

essas unidades utilizam mecanismos gerenciais flexíveis e dinâmicos, focados no paciente e suas necessidades, ganhando resolubilidade e produtividade no sistema.

A partir da experiência acumulada, particularmente na gestão do CAPS Itapeva, concluímos ser fundamental contribuir para um debate aberto e profundo a respeito dos princípios, estratégias e modelos de gestão que guiam o cuidado em saúde mental no País.

Com este objetivo, foi criado o curso *Políticas públicas de saúde mental*, em 2008, no CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira – o CAPS Itapeva, destinado, principalmente, a gestores de serviços e articuladores de saúde mental do Estado de São Paulo e dos municípios. De suas aulas nasceu este livro, cuja meta, mais do que relatar experiências, é buscar enriquecer o debate, organizando e esclarecendo conceitos que serão úteis a todo trabalhador em saúde.

Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Superintendente Hospitais Afiliados - SPDM



O curso *Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira, e este livro nasceram do desejo de aprofundarmos conceitos para a troca de ideias sobre saúde mental. Os textos aqui presentes não pretendem propor manifestos, prescrições ou soluções mágicas e devem ser entendidos como tentativas de enriquecer o repertório de abordagens da realidade extremamente complexa dos problemas em saúde mental.



A oferta de mais e melhores serviços de saúde mental à população ultrapassa o interesse dos especialistas da área e atende a necessidade de resolução de um grave problema. Partindo de nossa vivência de gestão hospitalar e sensibilizados com as necessidades da área, tivemos a satisfação, na direção do Hospital Geral de Pirajussara, em Taboão da Serra, de inaugurar a unidade de internação psiquiátrica dessa instituição. Posteriormente, compromissados com a inserção do hospital na rede locorregional de saúde, criamos também, em suas proximidades, o Centro Comunitário de Saúde Mental (hoje CAPS II daquela cidade localizada na Grande São Paulo).

A iniciativa foi tão proveitosa – tanto no atendimento de uma demanda até então reprimida na região, quanto no crescimento da instituição como um todo – que, a partir de então, todos os novos hospitais gerais geridos pela SPDM foram abertos com unidades de internação psiquiátrica, em consonância com o poder público. Administradas com a mesma eficiência e espírito de responsabilidade e compromisso social que são a marca da administração de nossas instituições afiliadas,

Políticas de saúde mental

Mário Dinis Mateus (Org.)

Políticas de saúde mental

Baseado no curso
Políticas públicas de saúde mental,
do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira

São Paulo, 2013

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:
Giovanni Guido Cerri

Instituto de Saúde

Diretora:
Luiza Sterman Heimann

Associação Paulista para o
Desenvolvimento da Medicina – SPDM

Presidente do Conselho Administrativo:
Prof. Dr. Rubens Belfort Jr

Superintendente Hospitais Afiliados:
Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur

Imagem da capa:

Paul Klee/Betroffener Ort, 1922/Zentrum Paul Klee, Bern

Foto da quarta capa:

CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira/Osmar Bustos

Revisão, capa e tratamento de imagens:

Moacir Barbosa

Projeto gráfico e editoração:

Lafgraf Design Editorial

CTP, impressão e acabamento:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Tiragem: 2.000 exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do Centro de Apoio Técnico Científico. Instituto de Saúde

Políticas de saúde mental: baseado no curso *Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

ISBN: 978-85-88169-227

1. Saúde Mental 2. Assistência em Saúde Mental 3. Serviços de Saúde Mental 4. Políticas de Saúde I. Mateus, Mário Dinis.

Todos os direitos reservados

Instituto de Saúde
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

SPDM – Associação Paulista para o
Desenvolvimento da Medicina
Rua Dr. Diogo de Faria, 1036
Vila Clementino – São Paulo / SP
CEP: 04037-003
www.spdm.org.br

Agradecimentos

Aos alunos do curso, que tanto nos ensinaram (e que nem frio, calor, chuva ou trânsito de São Paulo intimidaram!);

à equipe administrativa do CAPS Itapeva: as secretárias Sabrina dos Santos e Karina Romano, do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP);

à sra. Simone Baldon, Coordenadora Administrativa, que incansavelmente organiza toda a estrutura logística para a realização do curso;

à Cássia Gomes, Assistente Técnica da Direção, que trabalha na divulgação do curso, trocas de e-mails, organização dos textos de referência, entre outras coisas que o coordenador nem imagina;

aos professores Edith Lauridsen Ribeiro, Jair de Jesus Mari e José Francisco Quirino dos Santos, inspiradores, conspiradores e mantenedores deste curso;

ao nosso corpo docente, que doou-se generosamente para este projeto:

Alexandra Virgínia G. Oliveira
Auro Danny Lescher
Cássia Gomes
Cecília Cruz Villares
Cristiane Silvestre de Paula
Daniel Almeida Gonçalves
Denise Razzouk
Edith Lauridsen Ribeiro
Fernanda Nicácio
Gastão Wagner S. Campos
Jair de Jesus Mari
Jorge Cândido de Assis
José F. Quirino dos Santos
Leon Garcia
Marcelo Niel
Maria Cecília Galletti
Mauricio Lucchesi
Mônica Rolim
Neury José Botega
Oswaldo Y. Tanaka
Ronaldo Laranjeira
Sandra Fischeti
Sergio Baxter Andreoli
Sergio M. Paschoal
Sergio Nicastrì
Teng Chei Tung
Tereza Gonçalves
Wagner Silva Ribeiro

Lista de autores

ALEXANDRA VIRGÍNIA GUIMARÃES OLIVEIRA

Psiquiatra e Mestre em Ciências pela UFPel. Doutora em Psiquiatria pela Unifesp. Temas de interesse: epidemiologia dos transtornos mentais e pesquisa clínica. Trabalha na Coordenação da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Geral de Pirajussara/SPDM. Coordenou a implantação da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Geral de Itapevi, de 2004 a 2010. Trabalha com psiquiatria clínica e psicoterapia.

AURO DANNY LESCHER

Psiquiatra, fundador e coordenador geral do Projeto Quixote, serviço ligado ao Departamento de Psiquiatria Social da Unifesp que atende crianças e adolescentes em situação de risco, desde 1996. Participou de estágios em 1993 no Centre Médical Marmottan, Paris; Norman Zimberg Center for Addiction Studies – Harvard Medical School; e Cooperation Program in Drug Prevention, State University of New York. Consultor de Organizações Não Governamentais e prefeituras em vários estados do Brasil sobre a questão da criança e do jovem em situação de risco. *Fellow* da Ashoka e finalista do Prêmio Folha Empreendedor Social.

CARLA LAM

Psicóloga clínica com especialização em Psicologia da Infância pela Unifesp e em Coordenação de Grupo pelo Nesme – Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares. Assistente de coordenação do Projeto Quixote. Psicoterapeuta de crianças e adultos no consultório. Colabora com projetos ligados a Educação Democrática. Presidente da diretoria do Nesme.

CECÍLIA CRUZ VILLARES

Terapeuta ocupacional e Mestre em Saúde Mental pela Unifesp, onde coordena atividades docentes no Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental e na Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no Programa de Esquizofrenia (Proesq) do Departamento de Psiquiatria. Desde 2001 desenvolve projetos de informação e educação na comunidade para combater o estigma associado à esquizofrenia e desenvolver redes de apoio e participação social para pessoas com esquizofrenia e seus familiares. É co-fundadora e diretora adjunta da Abre – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia.

CLAUDIO LOUREIRO

Psicólogo, Coordenador Clínico e de Atendimento do Projeto Quixote, Supervisor Institucional do CAPSad-S. Matheus e do Projeto Novos Rumos, de Várzea Paulista. Psicoterapeuta de adolescentes e adultos no consultório. Especialista em Orientação Vocacional pelo Instituto Sedes

Sapientiae; em Dependência Química pelo Proad-Unifesp. Estudioso de mitologia e filosofia grega e simpatizante do pensamento desenvolvido por Nietzsche, Kierkegaard e Carl Gustav Jung.

CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA

Psicóloga, Mestre e Doutora pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp e Pesquisadora desse mesmo Departamento. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Mackenzie e Bolsista Produtividade do CNPQ.

DANIEL ALMEIDA GONÇALVES

Médico de Família e Comunidade, mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica e Doutor em Saúde Coletiva da Unifesp. Coordenador Pedagógico da UNA-SUS/Unifesp. Médico da Prefeitura do Município de São Paulo e preceptor da residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Unifesp.

PROF^ª DR^ª DENISE RAZZOUK

Psiquiatra, Professora Afiada do Departamento de Psiquiatria da Unifesp, Mestrado e Doutorado em Psiquiatria pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Pós-doutorado em Economia em Saúde Mental pelo King's College, Universidade de Londres. Coordenadora do Centro de Economia em Saúde Mental (CESM), Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

EDITH LAURIDSEN RIBEIRO

Médica pediatra; especialista em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

FERNANDA DE ALMEIDA PIMENTEL

Terapeuta ocupacional. Especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pela Unifesp. Mestre em Saúde Mental pela Unifesp. Supervisora do Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pelo Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp – 2006 a 2011. Coordenadora do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental do CAPS Itapeva (CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira), 2011. Gerente do CAPS Infantil II Guaianases.

GRAZIELA BEDOIAN

Psicóloga, fundadora e coordenadora geral do Projeto Quixote, formada pela Universidade de São Paulo (USP) com aprimoramento em Psicologia Clínica pela Faculdade de Saúde Pública da USP, iniciou na clínica do uso de drogas, tendo participado de estágios de cooperação técnica franco-brasileira no Centre Médical Marmottan, em Paris, França, pelo Cofecub/USP, em 1997 e 1999. Atualmente coordena também a área de ensino e

pesquisa do Projeto Quixote, para a formação de educadores. Consultora da área da infância e juventude, colabora também em projetos relacionados a inclusão social de jovens em situação de risco.

PROF. DR. JAIR DE JESUS MARI

Psiquiatra, Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Unifesp, Pesquisador I-A do CNPQ, coordenador da Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da Unifesp, Professor Honorário do King's College, Instituto de Psiquiatria, Londres.

JORGE CÂNDIDO DE ASSIS

Portador de esquizofrenia há 26 anos, atualmente é vice-presidente da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (Abre). Tem participado e ministrado aulas para o curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), membro do Advisory Group do Movement for Global Mental Health.

JOSÉ ALBERTO ORSI

Engenheiro civil pela Poli/USP e MBA pela University of Southern Mississippi, é também diretor adjunto da Abre – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. É portador de esquizofrenia desde 1994.

PROF. DR. JOSÉ FRANCISCO QUIRINO DOS SANTOS

Trabalha em antropologia médica, sendo formado e doutorado pela USP. Fez pós-doc na Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto, onde foi aluno de Sackett, obtendo o título de epidemiologista. Foi professor visitante na McMaster University por um ano, quando apresentou várias técnicas de coleta e análise de dados apropriadas às pesquisas não quantitativas. Leciona e pesquisa na Unifesp, onde é orientador permanente, e na USP. Basicamente preocupado com a temática da organização de si dos indivíduos em várias culturas, desenvolve presentemente estudos sobre os ecos culturais da doença mental.

LILIAN RIBEIRO CALDAS RATTO

Psiquiatra. Coordenadora da Unidade de Álcool e Drogas do Caism Vila Mariana, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e médica segundo assistente no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Mestre em Medicina e Doutora em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Professora assistente do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

MARCELO NIEL

Psiquiatra clínico e psicoterapeuta. Mestre em Ciências pela Unifesp. Colaborador da Divisão de Perícia Médica da Unifesp, atuando como psiquiatra forense. Médico assistente do Setor de Emergências do Centro de

Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Santa Casa de São Paulo. Supervisor Clínico-Institucional no âmbito público e privado.

MÁRCIA RODRIGUES SETÚBAL

Psicóloga da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e atua no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário. Trabalhou por 30 anos na Secretaria de Administração Penitenciária, dos quais sete na Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, desenvolvendo atividades e projetos relacionados à implementação de políticas de atenção à saúde da população prisional.

MARIA CECÍLIA GALLETTI

Terapeuta ocupacional, psicanalista e analista institucional, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica. Coordena o Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência em São Paulo.

MÁRIO DINIS MATEUS

Psiquiatra e Professor Afiliado do Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Mestre e Doutor em Saúde Mental pela Unifesp. Diretor técnico do CAPS Itapeva, de 2007 a 2010. Coordenador de Saúde Mental do Município de São Paulo no primeiro semestre de 2005. Coordenou a implementação da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Geral de Pirajussara e do Centro Comunitário de Saúde Mental (hoje CAPS II de Taboão da Serra), de 1999 a 2004. Em cooperação internacional, implantou Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa e participou da remodelação da assistência em saúde mental na Ilha de São Vicente, Cabo Verde, de 1994 a 1996.

MÔNICA ROLIM

Terapeuta ocupacional especialista em Saúde Mental pelo Ceto – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, desde 1992 trabalhando com saúde pública na Prefeitura Municipal de São Paulo. A partir de 1993, envolveu-se com as questões da moradia assistida em saúde mental e sua interface com a clínica, tendo atuado como acompanhante terapêutico (A.T.) da “República”, moradia assistida ligada ao Instituto “A Casa”, por 10 anos. Foi coordenadora do CAPS II Mandaqui e, posteriormente, do CAPS II Jaçanã/Tremembé. Participou da implantação dos SRTs na cidade de São Paulo, tendo coordenado o SRT Mandaqui I, entre 2008 e 2010. É interlocutora de Saúde Mental da Supervisão Técnica de Saúde Santana/Jaçanã.

PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

Psiquiatra, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

REYNALDO MAPELLI JÚNIOR

Formado em Direito pela Universidade de São Paulo (USP). Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo. Foi integrante do Grupo de

Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor (GAESP), Grupo de Promotores de Justiça Especializado em Saúde Pública na Capital de São Paulo, Assessor do Procurador-Geral de Justiça do Estado de São Paulo e Coordenador de Saúde Pública do Ministério Público do Estado de São Paulo. Integrou a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), órgão de assessoria do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPJ). Palestrante e professor em diversas instituições, como a Escola Superior do Ministério Público (ESMP), Escola Paulista da Magistratura (EPM), Escola Superior da Advocacia (ESA) da Ordem dos Advogados do Brasil – Seção de São Paulo, e Instituto de Direito Administrativo de Goiás (IDAG). Tem diversos artigos doutrinários publicados sobre Direito Sanitário e saúde mental e é coautor do livro *Direito Sanitário*, juntamente com Mário Coimbra e Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos, bem como é coordenador do projeto e do livro *O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo*, com o médico Paulo de Tarso Puccini. Foi chefe de gabinete da Secretaria de Estado da Saúde e atualmente é o Coordenador do Núcleo de Assuntos Jurídicos (NAJ) do gabinete do Secretário.

ROSÁLIA BARDARO

Advogada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com especialização em Direito Administrativo e Direito Sanitário. Assistente Técnico do Núcleo de Assuntos Jurídicos – NAJ, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

SOLANGE APARECIDA GONÇALVES DE MEDEIROS PONGELUPI

Psicóloga, com título de Especialista em Psicologia Jurídica. Trabalha há 22 anos no sistema prisional paulista, três dos quais como coordenadora de Saúde do Sistema Penitenciário e coordenadora do Programa de Controle de Tuberculose no Sistema Prisional.

PROF. DR. TENG CHEI TUNG

Psiquiatra supervisor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Coordenador do Serviço de Interconsultas do IPq-HCFMUSP (Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP). Doutorado em Medicina na área de Psiquiatria – FMUSP. Presidente da Comissão Científica da Abrata – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtorno Afetivo.

WAGNER SILVA RIBEIRO

Psicólogo, Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com estágio no Institute of Psychiatry – King’s College, London. Como psicólogo, trabalhou por mais de oito anos no sistema penitenciário do Estado de São Paulo, três dos quais na Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. Pesquisador no Setor de Psiquiatria Social do Departamento de Psiquiatria da Unifesp e pesquisador associado do Health Section and Population Research Department – Institute of Psychiatry – King’s College, London.

Índice

Apresentação 13

Prefácio 15

I – Introdução à política de saúde mental

1. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios 20
Adendo: um novo capítulo na política de saúde mental brasileira 44
2. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental 56
3. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental 76
4. Princípios dos cuidados de saúde mental na comunidade 92
5. Formulação de políticas e programas de saúde mental 108

II – A rede de serviços em saúde mental

6. Saúde mental na Atenção Básica: o matriciamento 124
7. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 139
8. Os Centros de Convivência e Cooperativas em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais 159
9. A questão da moradia em saúde mental 169
10. Atendimento às urgências em saúde mental 176
11. A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral 193

III – Temas para elaboração de políticas em saúde mental

12. O componente social da doença mental 204
13. As políticas de redução de danos na saúde mental: indicações e limites 219
14. Economia da saúde aplicada à saúde mental 230
15. Promoção da saúde e prevenção em saúde mental 252
16. Avaliação e manejo do risco suicida 269
17. A atenção psicossocial 290
18. Estratégias de combate ao estigma na saúde mental 306
19. Política de saúde mental para crianças e adolescentes 322
20. Crianças e adolescentes em risco social: refugiados urbanos 347
21. A saúde mental da população carcerária 361
22. Saúde mental – Legislação e normas aplicáveis 376

Apresentação

O curso *Políticas públicas de saúde mental* foi criado em 2008, no CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira – o CAPS Itapeva, sendo destinado principalmente a gestores de serviços e articuladores de saúde mental do Estado de São Paulo e dos municípios, tendo como objetivos:

- desenvolver conhecimentos para elaboração e avaliação crítica de projetos em saúde mental;
- capacitar esses profissionais para melhor compreender, organizar e desenvolver ações integradas de cuidado à saúde, na perspectiva da atenção integral à saúde individual e coletiva;
- instrumentalizar esses profissionais para o trabalho interdisciplinar, visando o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mental na comunidade.

Organizado pelo dr. Mário Dinis Mateus, com quem tivemos a oportunidade e o prazer de trabalhar na coordenação do CAPS Itapeva no período de 2007 a 2010, este livro é a prova concreta de sua capacidade de articular temas variados e relevantes para a construção conjunta de políticas de saúde mental, mediante a união de profissionais reconhecidos na área, que aqui dividem seu conhecimento.

Foram 277 alunos que completaram o curso nesses quatro anos, dentre os quais pós-graduandos de Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da Unifesp e, nos dois últimos anos,

alunos de associações de portadores de transtorno mental e familiares, cuja participação trouxe enriquecimento e abertura ainda maior ao leque de discussões sobre as políticas de saúde mental na sociedade.

Embora limitado em seu tempo (manhãs de terça-feira do segundo semestre) e na disponibilidade do corpo docente (todos voluntários), o desejo de ampliar seu alcance resultou, entre outros planos, no projeto deste livro.

Parabenizamos a todos os alunos que, ao longo desses quatro anos, mais que motivaram os organizadores do curso a continuar, indicando o caminho a ser seguido, além de terem avaliado, a cada ano, as estratégias adotadas para melhoria do projeto.

Marcel Higa Kaio

Diretor Técnico – CAPS Itapeva

Vladimir de Freitas Junior

Diretor Clínico – CAPS Itapeva

Prefácio

A Secretaria de Estado da Saúde vem dialogando com os diversos setores da saúde, do poder público e da sociedade civil para construir consensos que favoreçam o debate, considerando o cuidado de qualidade, a valorização do indivíduo e a garantia de direitos como metas a serem alcançadas e princípios norteadores das ações em saúde mental no Estado de São Paulo.

As questões relacionadas à saúde mental se apresentam no contexto político e social brasileiro como um grande desafio na busca da garantia de direitos de cidadãos com transtornos mentais. Os avanços que acompanham as transformações na condução do cuidado em saúde mental também são desafios aos gestores, que são chamados a redirecionar o modelo de atenção e implantar uma série de recursos de saúde com potencial técnico para efetivar tal transformação. E, nessa perspectiva, mudar o modelo de atenção não se resume simplesmente à abertura de novos serviços.

Implantar Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral requer, além da vontade política do gestor, recursos financeiros, administrativos e técnicos de que muitas vezes os municípios não dispõem.

O potencial humano também impõe barreiras na expansão da rede psicossocial. Algumas categorias profissionais são ausentes em diversos territórios do Estado de São Paulo e certamente na maior parte dos País, questão essa que compromete significativamente a implantação da rede psicossocial e deve estar pautada nas

agendas das três esferas de gestão. A sua superação garantirá bases sólidas para a construção da política de saúde mental no Brasil.

Outro grande desafio é a garantia de que esses serviços, quando implantados, não se cristalizem em pontos isolados de atenção. A orientação da Rede de Atenção Psicossocial pressupõe a atenção integral, dinâmica, estruturada a partir da Atenção Básica e articulada nos diferentes níveis de cuidado no Sistema Único de Saúde – SUS, e ao mesmo tempo deve ter direcionamento para a rede intersetorial, oferecendo suporte às ações desenvolvidas no território, na busca da autonomia dos indivíduos, da integralidade da atenção e da inserção social.

A transformação do modelo de atenção em saúde mental fundamentado pela política vigente chama a transformar paradigmas que envolvem culturas, crenças e preconceitos que nos remetem à história da saúde mental no País. Esse enfrentamento se dá no cotidiano das equipes com a rede, na construção da intersetorialidade, nos tensionamentos provocados pela judicialização da saúde mental e no manejo de situações de crise, como vemos atualmente na questão do consumo de crack e de outras drogas.

Nesse contexto, a judicialização dos procedimentos relacionados aos cuidados em saúde mental e à dependência de substâncias psicoativas retoma a lógica da internação como única alternativa de cuidado, favorecendo a ruptura dos vínculos familiares em detrimento da atenção comunitária. Assim, soluções imediatas e desarticuladas com forte apelo midiático são periodizadas para problemas de maior complexidade, e o indivíduo não participa, apenas assiste.

A experiência da Secretaria de Estado da Saúde no diálogo com o poder judiciário resulta em avanços coletivos para as pessoas com transtornos mentais e contribui para a concretização da rede psicossocial: o Termo de Ajustamento de Conduta de Sorocaba, assinado pelo Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e os municípios da região; e o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack – Recomeço, que estabelece parceria entre Ministério Público Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil, Tribunal de Justiça, Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, Secretaria

Estadual de Justiça e Defesa da Cidadania, Secretaria Estadual da Saúde e municípios são exemplos concretos desse diálogo.

A Secretaria de Estado da Saúde propõe articular políticas intersecretariais, entendendo que agravos sociais que requerem políticas sociais de melhoria de qualidade de vida e criação de oportunidades de desenvolvimento para a população de forma geral, considerando a complexidade das demandas de saúde mental, deveriam ser tratados intersetorialmente, estabelecendo fluxos, ações e dispositivos mais potentes, tendo como referência a corresponsabilização.

Estrategicamente, a formação proposta para profissionais de saúde mental no CAPS Itapeva se transformou e se concretizou no conteúdo que está disponível nesta publicação para todos aqueles que se interessam pelo tema, e se tornará um importante recurso para avançarmos no sentido da transformação cultural e política de que falamos ao abordar temas importantes como a política de saúde mental, prevenção em saúde mental, criança e adolescência, situações de conflito com a lei e violência, saúde mental na população privada de liberdade, entre outros.

As tecnologias e ações apresentadas neste livro são o resultado de um trabalho sério de profissionais que refletem suas práticas, não ditam regras e sim contribuem para alavancar novas discussões, contribuindo para a construção em saúde mental que faremos juntos, de forma participativa e solidária.

Rosangela Elias

Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Drogas



*Introdução à política
de saúde mental*

*Mário Dinis Mateus
Jair de Jesus Mari*

Introdução

O Brasil tem um sistema de saúde mental inovador, centrado nos cuidados na comunidade, mas ainda enfrentando grandes desafios em sua implementação.

As críticas ao modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e experiências localizadas de mudança da forma de atendimento vão se acumulando, principalmente a partir da década de 1960 (Cerqueira, 1984), mas foi somente a partir do final da década de 1980 que a reforma psiquiátrica brasileira toma vulto e implanta-se como política de governo (Resende, 1987; Medeiros, 1992).

1 O contexto político-administrativo

1.1 O Sistema Único de Saúde

Em 1990 é promulgada a lei n.º 8.080, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), adotando os princípios da universalidade de acesso, integralidade de assistência, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e a equidade na distribuição dos recursos (Souza, 2002).

O advento do SUS permite que diversos fatores de mudança se aglutinem e as duas últimas décadas assistem à efetivação da

reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Em 1990 é criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da Divisão Nacional de Saúde Mental, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. A CGSM passa a efetivamente coordenar a política de saúde mental do País e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (Borges e Baptista, 2008).

Existem no Brasil instâncias de participação social nas políticas de saúde mental, estabelecidas pelo SUS: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (lei n.º 8.142, de 1990). Foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992, 2001 e 2010.

1.2 Legislação

Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação dessa política (WHO, 2003a). Além da defesa dos direitos, a legislação pode dar conta da regulação do sistema de atendimento em saúde mental: seu financiamento, credenciamento dos técnicos e serviços, padrões mínimos de qualidade etc.

Uma das principais estratégias no Brasil para se implementar a política de saúde mental passa pela regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 2010). Essa estratégia tem se mostrado efetiva: serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros CAPS e SRTs, ao serem lançados como programa de governo, passam a contar com normatização e fi-

nanciamento garantidos pela legislação do SUS, provocando um crescimento explosivo no número desses serviços no País (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

1.3. Direitos humanos

O País é signatário da declaração da Organização das Nações Unidas de “Princípios para a proteção de pessoas com transtornos mentais e melhoria do cuidado em saúde mental”, de 17 de dezembro de 1991 (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2009) e toda a política brasileira vem sendo desenhada buscando os princípios de respeito à dignidade e às liberdades individuais dos usuários dos serviços de saúde mental, em especial os portadores de transtorno mental grave. No entanto, não há visitas de rotina nos serviços de saúde mental para inspeção e sensibilização sobre o respeito aos direitos humanos. Tradicionalmente, no País, a discussão sobre direitos humanos do portador de transtorno mental nos serviços como hospitais psiquiátricos, CAPS ou residências terapêuticas, não é promovida rotineiramente ou em eventos específicos, podendo estar presente nas discussões de equipes, administrativas ou de discussão clínica, na dependência da importância dada ao tema e da disponibilidade de cada serviço.

1.4 Financiamento

Dada a gigantesca dimensão do SUS e sua natureza descentralizada, é muito difícil falar em um orçamento nacional para a saúde mental. O governo federal estimou gastar 2,35%, em 2005, e 2,51%, em 2011, do seu orçamento para a saúde, com saúde mental. No entanto, sabe-se que os estados e municípios da União gastam, de sua própria verba, quantias muito variadas em saúde e, dentro desta, em saúde mental.

A proporção de gastos com internações psiquiátricas versus cuidados na comunidade vem se invertendo e, em 2005, o Ministério da Saúde já gastava 51% do orçamento da saúde mental com ações na comunidade e medicamentos, chegando a 71,2% em 2011. No intrincado jogo de números das planilhas do Datasus, foi observado que, na passagem para o modelo comunitário,

o montante gasto pelo governo federal com saúde mental diminuiu (Andreolli et al., 2007), ou seja, nem toda a verba antes gasta com internações psiquiátricas é hoje investida em serviços e ações comunitários, mas essa redução foi contestada pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde (Delgado, 2007).

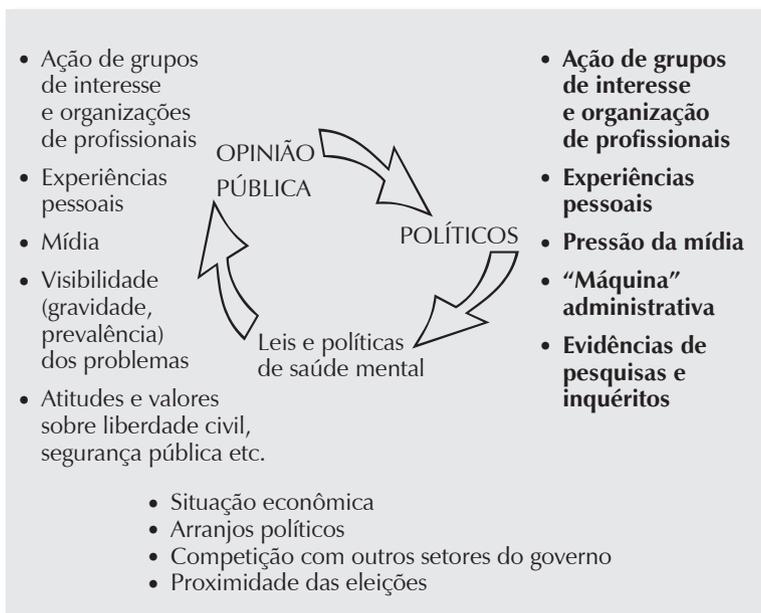
1.5 Acesso à medicação

Existe no País uma lista de medicamentos chamados “essenciais”, distribuídos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde e ambulatorios dotados de farmácias de dispensação de medicamentos. Uma relação de medicamentos para o programa de saúde mental está nessa lista de medicamentos essenciais (Negri, 2002). Em 1999 foi instituído o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental que, seguindo o princípio da descentralização, permite que a programação e as compras acompanhem a estrutura e as particularidades de cada local. O Ministério da Saúde envia diretamente aos fundos de saúde o equivalente a 80% dos gastos, que estão condicionados a uma contrapartida de 20% do total. Em 2001 foram destinados a esse programa R\$ 22,9 milhões por parte do governo federal. O Ministério da Saúde também trabalha com uma lista de medicamentos chamados “de alto custo” ou “excepcionais”, de valor elevado e utilizados, em geral, em tratamentos por longos períodos, como os destinados a doenças psiquiátricas, neurológicas, osteoporose, hepatite e transplantes (no caso da saúde mental, fundamentalmente os antipsicóticos de segunda geração). A aquisição e a distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos estados, sendo financiadas com recursos do Ministério da Saúde (Negri, 2002).

1.6 Contexto político

Thornicroft e Tansella (2006) nos fornecem uma estratégia para relacionarmos legislação, governo e sociedade (“opinião pública”) na evolução das políticas de saúde mental (Figura 1): numa contínua e mútua influência, a política de saúde mental faz-se muito além das tomadas técnicas de decisão para esta ou aquela estratégia. Se isso já é verdade para todo o sistema de saúde, o caráter subjetivo da saúde mental deu margem a que os debates

Figura 1 – Influências do governo e da opinião pública nas leis e políticas de saúde mental



Adaptado de Thornicroft e Tansella, 2006.

sociais sobre os critérios de normalidade e doença, os tratamentos preconizados, e o mandato social dos profissionais da área, fossem acirrados e antagonizados. Nesse jogo de influências, chamamos atenção para a ação de grupos organizados, ligados a entidades representativas de usuários e familiares ou de categorias profissionais (sindicatos, associações, conselhos profissionais) e grupos da comunidade acadêmica. Esses grupos tomam posição e lutam por influenciar opinião pública e políticos para a condução da política de saúde mental de acordo com os princípios que defendem.

No Capítulo 2 apresentaremos um detalhamento histórico da chamada reforma da assistência psiquiátrica, mas podemos separar, no Brasil, três grandes grupos de influência: a) os contrários à reforma; b) os defensores da reforma favoráveis à psiquiatria comunitária; e c) defensores do modelo da reforma italiana (ou antimanicomiais).

Os princípios da política de saúde mental brasileira costumam ser sintetizados com base nas resoluções da Declaração de Caracas (Uzcátegui e Levav, 1990):

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
 - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento.
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação.

Hoje, no entanto, esses princípios apresentam contradições frente às posições “basaglianas”. Por exemplo, Borges e Baptista (2008), a respeito do encontro “Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde”, realizado em 1991, comentam:

Esse encontro foi marcado pela articulação das propostas basaglianas com os princípios da Declaração de Caracas. (...) Essa articulação abria possibilidade de dubiedade da ação que passaria a ser desenvolvida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Os pressupostos que embasam cada vertente apresentam incon-

gruências que, se num primeiro momento passam despercebidas, brevemente ganham materialidade em torno de questões como: **o conceito de Atenção Primária em Saúde em contraposição ao de Atenção Básica** e seus efeitos sobre a responsabilização territorial com a organização de múltiplos e complexos dispositivos de assistência. (...) **Ademais, a Declaração de Caracas não toca no aspecto da desconstrução do saber psiquiátrico** que está no cerne das experiências vividas em Trieste (na Itália) e em Santos (Estado de São Paulo, Brasil). (Borges e Baptista 2008, grifos nossos.)

Talvez o documento que melhor represente o hibridismo da política brasileira seja o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2002). O relatório procurou contemplar a estrutura de funcionamento da Conferência, com seus quatro temas: *Financiamento, Recursos humanos, Controle social e Acessibilidade, direitos e cidadania*, discutidos em 35 grupos de trabalho, os quais apresentaram relatórios das discussões à plenária final, que por sua vez aprovou “diretrizes gerais” e 591 parágrafos de “propostas para a política de saúde”. Refletindo a composição dos participantes da III Conferência, encontramos um grande número de propostas aprovadas que alinham com as ideias do “movimento antimanicomial”, como, por exemplo:

Proposta 87. (...) garantia de leitos de curta duração em hospitais gerais como estratégia, visto que a rede de atenção deve trabalhar com a perspectiva de extinção da internação psiquiátrica em qualquer de suas formas (...).

Proposta 26. Abolir o eletrochoque, por ser prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos.

Proposta 511. Estender ao uso abusivo de psicofármacos a mesma atitude crítica que existe em relação ao eletrochoque, e em igual intensidade.

Diretriz (página 68). Nessa mesma direção, a política de recursos humanos deve estimular a dissolução do “manicômio mental” implícito no saber científico convencional, que discrimina o saber popular, por meio da maior valorização da experiência de familiares e usuários, garantindo dessa forma a integração e o diálogo com os saberes populares.

Proposta 25. Garantir o desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de “patologias”.

Por outro lado, convivem no mesmo documento posições dentro do referencial da psiquiatria comunitária:

Proposta 84. Articular as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial, (...) implementando uma rede de serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral (capacitado para o atendimento de urgências), Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, hospital-dia, oficina terapêutica, centro de convivência, programa de geração de trabalho e renda, cooperativa e serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar.

Proposta 85. c) tornar disponível o atendimento nas unidades básicas de saúde, tendo um protocolo de referência e contrarreferência; (...) f) estabelecer que as urgências de psiquiatria sejam atendidas em serviços de emergência geral; (...)

Proposta 105. Criar e implantar ambulatórios de neurologia, com profissionais capacitados, e oferecer exames complementares nos municípios-polo e microrregião.

Proposta 129. Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade.

Proposta 359. Adequar a política de medicamentos à programação orçamentária e à necessidade de medicamentos baseada no perfil epidemiológico e atualização técnico-científica, e garantia de pleno acesso.

Temos aqui dois conceitos que necessitam ser delimitados. A “reforma da assistência psiquiátrica”, tal como vem sendo implementada no Brasil, deve ser entendida como uma política governamental e o “movimento pela reforma psiquiátrica”, um movimento social e de organizações de profissionais envolvidas

na assistência em saúde mental. O movimento pela reforma psiquiátrica por vezes é apresentado como sobreposto ao chamado “movimento da luta antimanicomial”, mas na verdade conta com outros atores que não acompanham este último em vários momentos históricos, como, por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (Jorge e França, 2006).

Apesar da CGSM contar com frequente apoio desse movimento, a lista de reivindicações atribuíveis a este último não é consensual, nem foi oficialmente encampada pela política nacional, ao menos no que diz respeito às suas posições mais radicais, como, por exemplo, a extinção de toda e qualquer internação psiquiátrica, ou o princípio que vai contra o modelo de saúde e doença presente na medicina contemporânea. Se a Atenção Básica ou a política para medicamentos de alto custo, por exemplo, exigem orientações dentro do referencial tradicional da saúde (como o uso de diagnósticos psiquiátricos e níveis de gravidade, desenvolvimento de protocolos etc.), é nesse registro que se opera, mas sempre buscando estratégias como a equipe multiprofissional, ou o estímulo aos métodos alternativos à medicação. Se grupos de profissionais (por exemplo, Conselho Federal de Psicologia, 2009) e usuários reivindicam a proibição da electroconvulsoterapia (ECT), ou que na Atenção Básica não se deve “medicalizar” o “sofrimento mental” (expressão utilizada no lugar aos transtornos mentais mais prevalentes) (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2002), a negociação prossegue fazendo acordos e compromissos (por exemplo, o ECT não é proibido, mas instituições hospitalares que o utilizam são penalizadas com pontuação menor na avaliação do Ministério).

2 Programas e serviços

2.1 Cobertura de leitos psiquiátricos

Temos hoje evidências de que um “balanço” entre serviços comunitários e hospitalares (Thornicroft e Tansella, 2004) atende melhor as necessidades dos usuários do que um sistema planejado unicamente com o componente hospitalar ou o comunitário. A superação do hospital psiquiátrico (HP) é uma premissa da

política de saúde mental brasileira mas, ao final das mudanças em curso, ainda não está claro como ficará a oferta de leitos para hospitalização nem se toda internação/“acolhimento” será realizada indiferenciadamente nos CAPS III ou em unidades de psiquiatria em hospital geral (UPHG) (voltaremos ao tema no adendo ao final deste capítulo).

O planejamento proposto nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006) utiliza o conceito de “leitos integrais em saúde mental”, que seriam a soma dos leitos psiquiátricos em HG, HP, leitos de CAPS III e prontos-socorros, para calcular a cobertura de lei-

Tabela 1 – Total de leitos no Brasil, SUS (públicos e conveniados) e particulares, em 2006

Estabelecimentos	Leitos SUS	Leitos/ mil hab.	Leitos particulares	Leitos/ mil hab.	Total de leitos	Total de leitos/ mil hab.
HG com leitos de psiquiatria	1.094	0,0059	130	0,0007	1.224	0,0066
HG com unidade psiquiátrica	1.939	0,0104	420	0,0022	2.359	0,0126
Pronto-socorro especializado psiquiatria	45	0,0002	0	0,0000	45	0,0002
Leitos em CAPS III	74	0,0004	0	0,0000	74	0,0004
Leitos integrais em saúde mental (sem hospital psiquiátrico)	3.152	0,0169	550	0,0029	3.702	0,0198
Hospital psiquiátrico público ou conveniado	43.039	0,2304	4.900	0,0262	47.939	0,2567
Hospital psiquiátrico não SUS	0	0,0000	3.232	0,0173	3.232	0,0173
Total	46.191	0,2473	8.682	0,0465	54.873	0,2938

Fonte: CNES, junho de 2006. População do País, em 01/07/2006, de 186.770.562 habitantes (Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009).

tos por habitante, determinando que esta deva ser de 0,1 a 0,16 leitos/1.000 habitantes para “municípios com rede substitutiva efetiva” e de 0,16 a 0,24 leitos/1.000 habitantes para “municípios com hospital psiquiátrico e sem rede substitutiva efetiva”. Municípios que tenham cobertura acima desses números deveriam diminuir o número de leitos em hospital psiquiátrico.

A Tabela 1 mostra que, no ano de 2006, a soma dos “leitos integrais de saúde mental” sem os leitos em hospital psiquiátrico, mesmo se somados com os leitos particulares no País, não passava de um décimo do proposto para a cobertura em um Município funcionando com a chamada rede substitutiva.

Houve uma redução de 31% dos leitos em HP de 1999 a 2004, e o número continua caindo, passando, de 0,23 leitos públicos por mil habitantes, em HP, em 2005, para 0,17 leitos públicos por mil habitantes em HP, em 2011 (Brasil, Ministério da Saúde, 2012). Em termos comparativos, os países de renda “média-alta”, mesma categoria do Brasil, têm, na mediana, 0,77 leitos por mil habitantes, somando-se, neste último índice, leitos em HP e HG (World Health Organization, 2005). Esse índice é ainda mais preocupante por falarmos da *média nacional de leitos*, e já que alguns municípios têm grande concentração de hospitais psiquiátricos, todo o restante do País está muito abaixo dessa média.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (Pnash) do Ministério da Saúde avalia os hospitais psiquiátricos, segundo diretrizes da portaria n.º 251 do Gabinete do Ministro, de 2002. A avaliação utiliza um instrumento resultante de dois roteiros: de saúde mental e de vigilância sanitária (condições de higiene, alimentação, farmácia etc.). O Programa já realizou vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS em 2002, 2003/2004 e 2006/2007.

Já o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH) foi instituído em 2004, visando promover a redução progressiva dos leitos dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais. Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir,

no mínimo, a cada ano, 40 leitos; aqueles com 320 a 440 leitos podem chegar a reduzir de 40 a 80 leitos ao ano; e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. O determinante para a efetividade do programado é que os hospitais que não aderirem à diminuição planejada (da mesma forma que os hospitais mal avaliados no Pnash) recebem um valor de diária hospitalar menor do que aqueles que diminuíram seus leitos ou já eram previamente de menor porte.

Observamos que, além das estratégias criadas para a redução planejada de leitos, o PRP e o Pnash – o primeiro estimulando hospitais a reduzirem seu número de leitos de forma gradual, o segundo fechando hospitais que não obtenham pontuação mínima na avaliação –, vários hospitais psiquiátricos têm se descredenciado do atendimento SUS nos últimos anos, por insatisfação com o valor das diárias. Empiricamente, podemos observar instituições que, vendo sua margem de lucro diminuir, passam a diminuir investimentos no serviço, reduzindo equipe técnica e condições de infraestrutura. Quando essas instituições passam a ser questionadas pelos usuários, familiares, vigilância sanitária ou mesmo vislumbram o risco de ser rebaixadas ou descredenciadas pelo Pnash, tomam a iniciativa do descredenciamento, o que em geral causa grande impacto na cobertura de sua região, dado o imprevisto e os prazos pequenos para seu desligamento do sistema.

2.2 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

As políticas para os CAPS serão discutidas em detalhe nos Capítulos 7 e 17.

2.3 Hospital-dia, ambulatórios de saúde mental

Os hospitais dia em saúde mental e ambulatórios de saúde mental tendem a ser substituídos pelos CAPS e por atendimentos na Atenção Básica, mas, principalmente nas grandes cidades, ainda permanecem ambulatórios com um número de atendimentos expressivo: em 2005 foram 5.130.507 consultas de psiquiatria e 13.866.147 “atendimentos psicossociais” (terapias, oficinas terapêuticas, psicodiagnósticos) realizados em serviços ambulatoriais. O número de ambulatórios de saúde mental varia de acordo

com sua definição, não havendo uma padronização a esse respeito. Se considerarmos todos os serviços ambulatoriais que tenham pelo menos um psiquiatra em seu corpo técnico, chegamos ao número de 1.199 serviços no País em 2005.

2.4 Leitos em enfermarias psiquiátricas em hospital geral

O caso da UPHG é mais sensível: o Brasil tinha, em 2005, apenas 105 unidades com 2.074 leitos, 3,7% do total de leitos psiquiátricos do País. Apesar de constar como parte dos chamados “leitos de atenção integral em saúde mental” (hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), claramente essa não é uma estratégia prioritária na política atual (no Relatório de Gestão 2003-2006, da CGSM, as EPHG praticamente não são citadas).

Os motivos para o não desenvolvimento do modelo da UPHG podem ocorrer em três esferas: o não apoio por parte do movimento antimanicomial, que identifica a UPHG como atrelada à lógica do saber médico e da exclusão social; a aposta, por parte da CGSM, de que os leitos em CAPS III supriam grande parte ou toda a demanda de cuidados de crise em saúde mental; e dificuldades de convencimento dos gestores locais e administradores hospitalares da importância e viabilidade da proposta. Para Luccesi e Malik (2009), “A principal dificuldade para a implantação das unidades psiquiátricas não é o estigma presente na cultura dos hospitais gerais, mas uma limitação de ordem estratégica: a falta de uma política afirmativa para essas unidades”.

As UPHG serão discutidas no Capítulo 11.

2.5 Programa De Volta Para Casa

Criado pela lei federal n.º 10.708/2003, o Programa tem o objetivo de contribuir no processo de inserção social dos pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, através do pagamento mensal do chamado “auxílio-reabilitação”, no valor atual de R\$ 320,00, para os pacientes de longa permanência que rece-

beram alta hospitalar. O benefício é válido por um ano, podendo ser renovado mediante pedido da equipe de saúde mental que acompanha o caso, e pode ser pago também para moradores dos SRTs. Em 2011 haviam 3.961 pessoas inscritas no Programa (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

2.6 Serviços residenciais terapêuticos

A portaria n.º 106 do Gabinete do Ministro, de 2000, define Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social”. Esse programa vem crescendo continuamente: em 2002 existiam 85 SRTs, em 2008 já tínhamos 625, com 3.470 moradores (Brasil, Ministério da Saúde, 2012), o que é ainda muito pouco para atender a demanda de usuários que hoje permanecem nos HPs por não ter condições de suporte social e de tratamento na comunidade, caso recebam alta hospitalar. Somente no Estado de São Paulo, onde se realizou um “censo dos moradores de hospital psiquiátrico”, em 2008, encontraram-se 6.349 pacientes de longa permanência (mais de um ano), 65% destes internados há mais de 10 anos e 26% sem informações sobre os familiares (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008).

Um ponto positivo na proposta dos SRTs é que a verba para sua implantação vem da quantia anteriormente gasta no leito ocupado pelo paciente no HP (com a saída do paciente, a vaga deixa de existir), garantindo assim a transferência de recurso hospitalar para o recurso comunitário. As maiores dificuldades encontradas são a necessidade de equipes de saúde mental (no geral dos CAPS) preparadas para supervisionar o SRT e tratar os seus moradores, e o risco desses pacientes serem “institucionalizados na comunidade”, ou seja, serem transferidos para áreas degradadas da cidade (onde os vizinhos não colocaram empecilhos à abertura do serviço) e confinados à sua nova moradia (Furtado, 2006).

Os SRTs são tema do Capítulo 9.

2.7 Saúde mental na Atenção Básica

Ainda existe muita discrepância no estágio da atenção à saúde mental nos municípios, havendo a necessidade de desenvolver sistemas de informação que possam dar subsídios para compreender o impacto dessas ações.

Em janeiro de 2008, a portaria n.º 154 do Ministério da Saúde criou os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), visando “A responsabilização compartilhada entre as Equipes Saúde da Família e as equipes do NASF na comunidade [que] prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família (...)” (Brasil, Ministério da Saúde, 2009a).

Os profissionais da área da saúde mental dos NASFs devem realizar um trabalho conjunto com as equipes do PSF, que “consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da Atenção Básica” (Brasil, Ministério da Saúde, 2007). O CAPS também pode compor equipes de referência em saúde mental, e tanto as sediadas no CAPS como no NASF devem ser responsáveis, cada uma, pelo acompanhamento matricial de seis até nove equipes do PSF ou da Atenção Básica em geral. Ainda não temos estudos acerca da efetividade e eficiência dessa forma de capacitação e atendimento.

As iniciativas para treinamento dos profissionais na Atenção Básica estão hoje centradas nas ações de matriciamento (como veremos no Capítulo 6), mas um número não conhecido de programas de capacitação em saúde mental ocorre em diversos municípios. Apenas uma pequena parcela dos técnicos de Atenção Básica realiza treinamento em manejo de psicotrópicos, intervenções psicossociais ou outros temas de saúde mental; não existe um conteúdo mínimo padronizado para essas atualizações. O matriciamento encontra dificuldades em sua implementação, pois ainda são poucos os profissionais de saúde mental formados para trabalhos nesse referencial. Em 2005 já havia 24.600 equipes do PSF implantadas, o que geraria a necessidade de pelo menos 2.730 equipes de matriciamento em saúde mental, para a cobertura do PSF.

Tabela 2 – Número de profissionais atuando em serviços de saúde mental por 100.000 habitantes, por profissão (item 4.1.1 do WHO-AIMS Brasil, comparado com dados do Atlas 2005)

Profissionais atuando em serviços de saúde mental	Brasil	Américas	Países de renda média-alta
1. Psiquiatras	3,26	2,00	2,70
2. Outros médicos, sem especialidade em psiquiatria*	0,58	–	–
3. Enfermeiras psiquiátricas**	1,70	2,60	5,35
4. Psicólogos	10,19	2,80	1,80
5. Assistentes sociais***	1,08	1,00 [#]	1,50 [#]
6. Terapeutas ocupacionais	1,95	–	–

* Não temos o total. O número de clínicos gerais trabalhando em HP foi de 758 e, em CAPS, foi de 307.

** Enfermeiras habilitadas como enfermeiras psiquiátricas = 680; enfermeiras trabalhando em HP = 1.450; e em CAPS = 989.

*** Havia 14.338 assistentes sociais nos serviços de saúde como um todo. Não temos o número de assistentes sociais dedicados exclusivamente à saúde mental, mas existiam 949 nos HP e 1.036 trabalhando nos CAPS.

[#] Em outros países, a função do assistente social (*social worker*) na saúde mental está voltada para intervenções psicoterápicas e gerenciamento de caso de pacientes com transtorno mental grave.

Fonte: TABWIN-CNES, dezembro, 2005. World Health Organization, 2005.

Não faz parte da política nacional o estímulo ao desenvolvimento e adoção de protocolos ou diretrizes de ação para os problemas mais frequentes em saúde mental. Aqui, a política brasileira contrasta com as recomendações de ações voltadas para cuidados essenciais dos principais transtornos mentais da população, que trabalham com base na criação de diretrizes de diagnóstico e tratamento (World Health Organization, 2001 e 2003; Patel et al., 2007; Lancet Global Mental Health Group, 2007). Uma exceção a essa observação é o Programa de Prevenção do Suicídio, que adotou material desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, notadamente o “Manual para Profissionais da Saúde em Atenção

Primária” (World Health Organization, 2000), e que oferece diretrizes de diagnóstico e ação ao profissional da Atenção Básica, para atendimento de pessoas com risco de suicídio.

3 Recursos humanos

Os números referentes a profissionais de saúde mental trabalhando em serviços de saúde (os consultórios particulares não foram computados) mostram que temos 18,76 técnicos de saúde mental para cada 100 mil habitantes (Tabela 2). Sem levar em conta a grande variação regional desses números, a distribuição das diferentes categorias profissionais difere muito da encontrada pelo Projeto Atlas (World Health Organization, 2005) na mediana das Américas ou na mediana dos países de renda per capita “média-alta”, pela classificação do Banco Mundial (World Bank, 2009).

Esses números testemunham uma estratégia implícita no Brasil: a não centralização do modelo de assistência na figura do psiquiatra e do enfermeiro psiquiátrico. Essa característica pode encontrar duas explicações não excludentes: por um lado, a ênfase no princípio do trabalho em equipe multiprofissional, na chamada clínica ampliada e estendida (Campos e Amaral, 2007), e na crítica ao papel central do saber médico (alcançado também de “biomédico” e personificado na figura do psiquiatra e do enfermeiro); por outro lado, a necessidade de criar rapidamente, e a custos factíveis, serviços de saúde em todo o País. Os psiquiatras no Brasil estão muito concentrados nas maiores cidades e têm uma formação custosa e demorada em comparação com outros profissionais.

Na maioria dos cursos de graduação na área de saúde em geral, o número de horas dedicadas ao ensino e à prática em saúde mental é muito reduzido: estimamos em 3% do tempo total do curso de Medicina e 7% do curso de Enfermagem (Mateus, 2009). Em grande parte, esse ensino se faz em estágios em hospitais psiquiátricos ou em serviços universitários desvinculados, em maior ou menor grau, do sistema de saúde.

A formação de profissionais de saúde mental é reconhecida como prioritária na política brasileira, mas estratégias de maior

impacto ainda não foram efetivadas. Pode-se afirmar que os cursos de graduação em psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria ou especialização em saúde mental para serviço social e enfermagem não formam profissionais para o novo modelo de atendimento em saúde mental.

O governo tem prestigiado cursos de especialização em saúde mental, mas cursos universitários de graduação e cursos técnicos necessitam ser envolvidos para o aperfeiçoamento do conteúdo de saúde mental em seus currículos. O novo modelo espera que os profissionais detenham uma formação sólida na atenção aos direitos humanos dos pacientes, desenvolvam trabalho multidisciplinar, mantenham relação com outros setores da sociedade, tenham capacidade de implementar atividades culturais, esportivas, artísticas e de geração de renda. A transposição desses novos referenciais ainda em desenvolvimento para a realidade dos serviços tem sido descrita como difícil e estressante para os profissionais de saúde mental (Koda e Fernandes, 2007).

4 Associações de usuários e familiares, e organizações não governamentais ligadas à saúde

Não há uma política específica de apoio financeiro para a abertura ou manutenção de associações de usuários ou familiares, apesar da participação destas ser prevista e estimulada nos Conselhos de Saúde e nas Conferências locais e Nacionais de Saúde Mental. Algum suporte financeiro é fornecido com o pagamento de transporte e estadia de representantes das associações em encontros, como as conferências de saúde mental e o colegiado de saúde mental.

O Brasil tem uma composição peculiar em suas associações, que poderíamos chamar de mista. Diferindo das de outros países, as associações brasileiras se formam em torno de usuários, familiares e técnicos de saúde mental de um determinado serviço, também como forma de superar entraves burocráticos existentes nos serviços de saúde, para as atividades geradoras de renda ou na ajuda financeira aos usuários (Rodrigues et al., 2006).

Voltaremos a esse tema no Capítulo 3.

5 Intersetorialidade

O relatório de gestão de 2006 da CGNS (Brasil, Ministério da Saúde, 2007) relata as seguintes ações intersetoriais desenvolvidas pela política de saúde mental: “inclusão social pelo trabalho”, trabalhando fundamentalmente com a Secretaria Nacional da Economia Solidária do Ministério do Trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2005a); saúde mental e cultura (com o Ministério da Cultura); e ações que poderíamos agrupar em “ações intersetoriais para grupos ou populações específicos”: infância e adolescência (Brasil, Ministério da Saúde, 2005b), população negra, homossexuais e mulheres. No entanto, não temos ainda dados do impacto dessas ações, nem da extensão que experiências isoladas têm alcançado no País. A IV Conferência de Saúde Mental (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2010) foi chamada de conferência intersetorial, procurando envolver outros setores do governo e da sociedade nos temas de saúde mental discutidos.

6 Sistemas de informação

No Brasil, as principais fontes de dados utilizadas para monitorar os procedimentos de saúde mental são os bancos de dados Datasus (Brasil, Ministério da Saúde, 2009b) e CNES (Brasil, Ministério da Saúde, 2009c). No entanto, o Datasus traz limitações ao monitoramento do sistema de saúde mental, quer pela falta de informações relevantes apenas para o sistema de saúde mental, quer pelo fato de não contabilizar os procedimentos realizados na chamada medicina complementar (convênios de saúde, cooperativas médicas e serviços particulares). Os dados da medicina complementar são muito importantes para a avaliação do setor público; por exemplo, para verificar se o modelo atual está gerando aumento da procura por leitos particulares. Outra dificuldade trazida pelo uso do Datasus é que, sendo um sistema de dados fundamentalmente criado para o controle do repasse de verbas aos estados, municípios e prestadores de serviço conveniados, seus números podem apresentar um viés pelo risco de superfaturamento.

7 Pesquisa

O investimento canalizado para os programas de pós-graduação na formação de recursos humanos, por meio de bolsas de estudos e fomento à pesquisa, tem permitido ao País uma modesta mas crescente presença na pesquisa em saúde mental no cenário internacional (Mari et al., 2006).

O CNPq, em parceria com o Ministério da Saúde, abriu, em 2008, uma seleção pública de propostas de pesquisa sobre saúde mental, que abordem um dos seguintes temas: *Saúde mental na Atenção Primária; Desinstitucionalização e inclusão social e Gestão e organização da atenção* (Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2009). No que se refere ao envolvimento do sistema de saúde com a produção científica, ainda é pequena a participação dos técnicos dos serviços de saúde mental que produzem pesquisa científica nos seus locais de trabalho.

Conclusões

Apesar de, hoje, a maioria dos países desenvolverem políticas específicas para a área da saúde mental, a avaliação dessas políticas nacionais ainda é um desafio sobre o qual há pouca produção científica e muito pouco consenso. A avaliação da política nacional de saúde mental brasileira é especialmente difícil, dada a dimensão e complexidade de nosso sistema de saúde. A reforma do sistema de saúde mental brasileiro apresentou, nas duas últimas décadas, intensa mudança no modelo de assistência, no destino dos recursos financeiros, e no arcabouço legislativo.

Podemos dizer que o sistema de saúde mental no Brasil apoia-se sobre uma política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma da atenção psiquiátrica. O sistema baseia-se hoje numa ênfase às ações no âmbito do CAPS, havendo uma mudança de um sistema hospitalocêntrico para um modelo de enfoque comunitário.

O acesso ao tratamento (não só ao atendimento, mas também à medicação, quando necessária) está amplamente garantido por lei e programas do SUS. Neste estudo não se realizou

uma comparação entre Estados ou regiões do País, mas a variação dos índices de serviços ou recursos humanos por habitante, nas diferentes regiões, indica que as mais carentes (em especial a Região Norte) têm dificuldade em oferecer acesso ao tratamento.

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos é objeto de planejamento para que ocorra de forma gradual e acompanhada por programas de apoio, como a abertura de SRTs e a bolsa *De Volta Para Casa*. No entanto, as más condições de muitos hospitais psiquiátricos conveniados e a falta de estímulo financeiro para que estes invistam em sua infraestrutura podem estar levando a um descredenciamento não previsto de hospitais, com risco de crises de falta de assistência.

Novos serviços, os CAPS e os SRTs foram priorizados na política nacional e alcançaram grande expansão nos últimos anos. Não há, porém, investimentos na UPHG com a intensidade que se viu nos CAPS, e a aposta implícita de que os leitos nos CAPS III suplantarão a falta de leitos em hospital geral pode gerar dificuldades para o paciente e a equipe de saúde mental, nos casos mais graves ou com comorbidades clínicas.

A Atenção Básica passa neste momento por um grande investimento em saúde mental: a contratação de equipes de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O investimento em equipes de saúde mental (dos NASF ou dos CAPS), realizando o chamado apoio matricial, no lugar da estratégia tradicional de referência e contrarreferência entre serviços da Atenção Básica e serviços de saúde mental, ainda necessita de mais estudos sobre sua efetividade e eficiência no sistema de saúde.

Referências

- Andreoli, S. B.; Almeida-Filho, N.; Martin, D.; Mateus, M. D.; Mari, J. J. (2007). “Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 29 (1): 43-6.
- Borges, C. F.; Baptista, T. W. F. (2008). “O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004”. *Cad. Saúde Pública*. 24 (2): 456-468.
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009). Projeto de lei n.º 3.657, de 12 de setembro de 1989 (deputado Paulo Delgado). Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. (2009). Minuta do edital mct/cnpq/ct-saúde/ms/sctie/decit n.º 33/2008. Disponível em [<http://www.funtec.org.br/2008/setembro/033%20-%20sa%20dade%20mental%20-%20cnpq.pdf>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde (2002). Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde (2010). Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Brasília, Ministério da Saúde (2010). Disponível em [<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>] [citado 2010 junho 01].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). “Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção”. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). “Apresentação do NASF”. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/folder_nasf.pdf] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus). Disponível em [<http://w3.datapus.gov.br/datapus/datapus.php>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Ministério da Saúde (2009c). “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)”. Disponível em [<http://cnes.datapus.gov.br>] [citado 2009 maio 15].

- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2009). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/default.php] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Saúde mental em dados, 10*, informativo eletrônico, março de 2012. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf] [citado 2012 março 15].
- Campos, G. W. S.; Amaral, M. A. (2007). “A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12 (4): 849-859.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. São Paulo: Atheneu.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). “Manifesto contra a eletroconvulsoterapia”. Disponível em [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/debates/direitos_humanos/direitos_humanos_041007_0069.html] [citado 2009 maio 15].
- Delgado, P. G. (2007). “A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 29 (2): 188-99.
- Furtado, J. P. (2006). “Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):785-795.
- Jorge, M. R.; França, J. (2001). “A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23 (1): 3-6.
- Koda, M. Y.; Fernandes, M. I. A. (2007). “A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial”. *Cad. Saúde Pública*. 23 (6): 1455-1461.
- Lucchesi, M.; Malik, A. M. (2009). A viabilidade das UPHG no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 43(1): 161-68.
- Mateus, M. D. (2009). “Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil”. Tese de doutorado apresentada à Unifesp, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.
- Mari, J. J.; Bressan, R. A.; Almeida-Filho, N.; Gerolin, J.; Sharand, P.; Saxena, S. (2006). “Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources”. *Rev. Saúde Pública*. 40 (1): 161-169.
- Medeiros, T. (1992). “Uma história da psiquiatria no Brasil”. In: Silva Filho, J. F.; Russo, J. A. (ed.). *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Negri, B. (2002). *Política Federal de Assistência Farmacêutica – 1990 a 2002*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2009). “Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care”. Disponível em [http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/68.htm] [citado 2009 maio 15].
- Patel, V.; Araya, R.; Chatterjee, R.; Chisholm, D.; Cohen, A.; De Silva et al.

- (2007). "Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries". *The Lancet*. 370 (9594): 991-1.005.
- Resende, H. (1987). "Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica". In: Tundis et al. (orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, J.; Brognoli, F. F.; Spricigo, J. S. (2006). "Associação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Desvelando sua Significação". *Texto Contexto Enferm.*, 15(2): 240-5.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2008). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. Barros, S.; Bichaff, R. (orgs.) São Paulo: Fundap.
- Souza, R. R. (2002). *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2004). "Components of a Modern Mental Health Service: a Pragmatic Balance of Community and Hospital Care". *British Journal of Psychiatry*. 185: 283-290.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2006). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Uzcátegui, R. G.; Levav, I. (ed.) (1990). *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação*. Trad. Lobo, A. C. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde/ Instituto Mario Negri.
- World Bank. (2009). Data & Statistics – Country Classification. Disponível em [<http://web.worldbank.org/wbsite/external/datastatistiscs/0,,contentmdk:20420458~menupk:64133156~pagepk:64133150~pipk:64133175~thesitepk:239419,00.html>] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2000). "Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária – 2000". Disponível em [<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencobasica.pdf>] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2001). World Health Report 2001. "Mental health: new understanding, new hope". Disponível em [<http://who.int/whr/2001>] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2003). *Quality improvement for mental health (Mental Health Policy and Service Guidance Package)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). "Mental Health Atlas, 2005". Disponível em [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf] [citado 2009 maio 15].

Adendo: um novo capítulo na política de saúde mental brasileira

Neste primeiro capítulo apresentamos a ideia de que a política de saúde mental brasileira evoluiu ao longo da história do SUS de maneira híbrida, compondo valores e princípios por vezes contraditórios ou ambivalentes. Nos últimos anos o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias que apontam para uma virada nesse “equilíbrio instável” de posições (que serão mais detalhadas no Capítulo 2 e ao longo deste livro).

A importância dessa série de portarias está principalmente em explicitar princípios e estratégias já presentes no discurso da Coordenação Nacional de Saúde Mental ou em resoluções das conferências de saúde mental, mas nunca diretamente assumidos pelo Ministério. Destacaremos neste texto duas portarias:

- Portaria n.º 3.088/SAS, de 23 de dezembro de 2011.
- Portaria n.º 854/SAS, de 22 de agosto de 2012.

Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011

“Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.”

A Rede de Atenção Psicossocial, da mesma forma que a Rede de Atenção às Urgências e a Rede Cegonha (atenção ao parto), fazem parte da estratégia da Rede de Atenção à Saúde (RAS) lançada pelo Ministério em 2010 (portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010). Na portaria n.º 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é apresentada em seus princípios, seus componentes (com seus “pontos de atenção” ou serviços de saúde que os compõem) e o processo local que deve ser realizado para implementar ou complementar a RAPS.

No art. 5.º, os componentes da RAPS são listados (Figura 1):

- I – Atenção Básica em Saúde;
- II – Atenção Psicossocial Especializada;
- III – Atenção de Urgência e Emergência;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório;

- V – Atenção Hospitalar;
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII – Reabilitação Psicossocial.

I – Atenção Básica em Saúde

Pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde: “A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (...)”

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: (...) “atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades nas quais o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado”. Além dos NASE, criados para aumentar a capacidade resolutiva da AB em saúde mental, já existem experiências como a do município de Guarulhos, SP, de criar Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) voltados para as equipes das UBS tradicionais.

b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

- Equipe de Consultório na Rua
- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

c) Centro de Convivência (que será discutido no Capítulo 8).

II – Atenção psicossocial especializada

Os CAPS, que são discutidos nos Capítulos 7 e 17, são apresentados como único ponto de atenção psicossocial especializada. Apesar do trabalho em rede, por definição, não ter um “centro”, fica claro que todos os demais pontos de atenção dependem, ao menos para as situações de maior gravidade, da articulação do CAPS (Figura 1), e que regiões com redes psicossociais sem CAPS

Figura 1 – Relação entre os pontos de atenção da RAPS



terão grande dificuldade de sustentar um cuidado integral em saúde mental.

Os ambulatórios de saúde mental não são citados como parte da RAS, devendo nesse desenho de rede ser substituídos pelos CAPS e por atendimentos na Atenção Básica.

Atenção Básica versus atenção especializada

Para os transtornos mentais mais prevalentes na comunidade (nos adultos, os transtornos ansiosos, depressivos e devido ao uso de substâncias) uma das grandes questões para o debate é a dicotomia entre Atenção Básica versus atenção especializada (esta última restrita aos CAPS).

Na Atenção Básica (AB), o acompanhamento psiquiátrico e psicológico e as diversas modalidades de terapia individual são vislumbrados apenas se praticados pelo NASF. Tomemos um in-

divíduo com depressão moderada ou grave (mas não psicótico), com ideação suicida intermitente, que trabalha, mas vem correndo o risco de perder o emprego por ausências e queda de rendimento, com sérios problemas de relacionamento etc. Na rede desenhada, essa pessoa será atendida pela equipe de saúde da família, que pode ser supervisionada por psiquiatra e psicólogo do NASF. Eventualmente, os profissionais do NASF podem atender conjuntamente um caso com a equipe da AB, mas o NASF não deveria acompanhar a pessoa mesmo que por alguns meses, a não ser que destine parte do seu tempo na prática a um pequeno ambulatório. Poderá também haver uso de grupo de acolhimento e outras técnicas mais simples de apoio psicológico, mas no geral não poderá ser encaminhado para terapia (individual ou em grupo), mesmo que breve, com psicólogo.

O estudo de Andrade e cols. (2012) estima que, na cidade de São Paulo, 9,4% dos adultos tenham depressão maior no intervalo de um ano. Destes, 43,1% (cerca de 440 mil pessoas) teriam repercussões graves da doença (pelo menos uma tentativa de suicídio no ano e/ou prejuízo importante no cuidado da casa, no trabalho, relacionamentos íntimos e sociais). Não estamos falando de pessoas em “sofrimento mental”, termo usado para designar angústias cotidianas que todos podemos em algum grau enfrentar, que é agravado por privações básicas nas condições de trabalho, segurança, transporte, qualidade do meio ambiente etc. Uma pessoa com depressão grave tende a não responder satisfatoriamente a medidas genéricas de apoio, como participar de sessões de terapia comunitária ou grupos de acolhimento, muito menos à simples prescrição de um antidepressivo pelo clínico geral.

Se o caso se agravar (por exemplo, com uma tentativa de suicídio), será encaminhado para o CAPS de referência, onde o acompanhamento “é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação

do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso” (portaria n.º 3.088).

O CAPS pode atender consultas individuais periódicas, mas no geral não tem espaços adequados (salas com privacidade, local para espera) e seus profissionais estão imersos no cuidado intensivo, com todas as intercorrências que dele decorrem, mais os atendimentos de casos novos que chegam em crise. Para evitar um número grande desses usuários, os CAPS definem com frequência que quadros ansiosos e depressivos, mesmo que graves, “não têm perfil” para o serviço e os reencaminham para a AB (no que deveria ser o processo de cogestão referido, mas que com grande frequência só alcança a simples troca de papéis de encaminhamento e contraencaminhamento). Ainda no exemplo acima, mesmo que incorporada ao CAPS, uma parte dessas pessoas não se adapta à dinâmica das atividades do CAPS e abandona o tratamento, ou só procura o CAPS nos momentos críticos, ou ainda para elas é apenas reproduzido o ambulatório de má qualidade, onde se comparece para consultas rápidas (“para retirar o remédio”) e pouco efetivas.

III – Atenção de urgência e emergência

Pontos de atenção:

a) Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros – são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo colhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (...)

b) Os **Centros de Atenção Psicossocial realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental**, (...) devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Os CAPS são apresentados na rede como responsáveis também pelo atendimento de urgência especializado em saú-

de mental, e discutiremos o papel do acolhimento à crise psicossocial nos CAPS a seguir. Podemos citar como prováveis exemplos de emergência psiquiátrica os casos de extrema agressividade; os de alto risco de suicídio e de confusão mental, exigindo constante monitoramento (além da investigação de causas orgânicas) etc. Nesses quadros, a presença de sintomas pode ser tão intensa que o acolhimento pela equipe do CAPS não basta. O risco de agressão, suicídio, fuga, é muito alto e o CAPS não deveria se transformar em uma enfermaria para dar conta dessa demanda.

O ambiente de uma enfermaria é protegido por um controle de quem entra ou sai, objetos perigosos são controlados e o próprio número de estímulos é reduzido na medida do necessário para cada caso. A medicação, muitas vezes utilizada na crise em altas doses ou em associações novas para o paciente, necessita ser constantemente monitorada para efeitos indesejáveis. A presença de intercorrências clínicas é frequente e pode exigir exames subsidiários e interconsultas com outras especialidades (por exemplo, um paciente com anorexia nervosa, internado por risco de vida por desnutrição).

Ao menos no Estado de São Paulo, observa-se que vários municípios que possuem um ou mais CAPS III (São Paulo, Campinas, Santos, Santo André, entre outros) optaram por manter ou criar também serviços especializados de urgência em saúde mental: plantonistas de psiquiatria (em alguns serviços também psicólogos) em pronto-socorro geral, equipe especializada (com psiquiatra) do SAMU. Como será discutido no Capítulo 10, as equipes de urgência em saúde mental são dispositivos potentes no atendimento de diversas demandas em saúde mental e na integração com o restante do sistema de saúde, em especial nas grandes cidades.

IV – Na atenção residencial de caráter transitório

Pontos de atenção:

- a) A Unidade de Acolhimento
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas

Esse foco de atenção na rede nasce dentro das políticas de enfrentamento do crack, mas deve se expandir para uma série de circunstâncias em que a situação de rua ou a precariedade do ambiente familiar causam um agravamento insustentável do quadro enfrentado.

V – Atenção hospitalar

Pontos de atenção:

a) Enfermaria especializada

b) O Serviço Hospitalar de Referência [realiza] por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica (...)

VI – Estratégias de desinstitucionalização

a) Serviços Residenciais Terapêuticos

b) Programa *De Volta para Casa*

O futuro dos leitos psiquiátricos no País

“§ 1º – O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente. Estas regiões de saúde devem priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos” (portaria n.º 3.088).

Aqui fica clara a posição do Ministério, há tempos propalada, mas nunca oficializada, na normatização do SUS: todos os hospitais psiquiátricos deverão ser substituídos pela Rede, ou seja, já hoje não pertencem a ela (a não ser em caráter complementar e temporário), e não se trata de apenas desospitalizar o paciente de longa permanência, mas se aponta claramente que toda internação hospitalar se dará em enfermarias especializadas e unidades de desintoxicação, ambas em hospital geral.

Adotando-se esse princípio de ação, a discussão passa por sabermos quantos leitos e unidades especializadas teremos que

abrir e que estratégias serão adotadas para tanto. Como vimos no Capítulo 1, o número de leitos psiquiátricos em HG é muito baixo no País (existiam em 2005 apenas 105 unidades com 2.074 leitos, 3,7% do total de leitos psiquiátricos), e mesmo somando as enfermarias especializadas com leitos em enfermarias clínicas gerais e leitos de observação em prontos-socorros gerais, tínhamos, para o mesmo ano, 0,16 leitos em HG por 10 mil habitantes. Como comparação, a Itália, com o mesmo propósito em sua política de saúde mental de fechar todos os leitos públicos em hospitais psiquiátricos (objetivo alcançado em 20 anos de reforma), possuía, em 2006, 266 enfermarias públicas em HG, com 3.498 leitos, perfazendo um índice de 0,78 leitos por mil habitantes (cerca de 5 vezes mais que no Brasil), e ainda assim se observava na Itália a presença importante de unidades privadas de internação: em 2006, 54% de todos os leitos psiquiátricos de crise eram privados, média muito acima dos 18% de leitos privados no total de leitos do país (Girolano et al., 2007).

Outra discussão importante que veremos a seguir é a criação de leitos de acolhida noturna/finais de semana nos CAPS III, como substitutos dos leitos hospitalares em saúde mental.

VII – Reabilitação Psicossocial

Composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais: (...) Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares. (Portaria n.º 3.088.)

No Capítulo 17 abordaremos as várias concepções de reabilitação psicossocial, que ultrapassam o citado neste desenho de rede. A clínica desenvolvida “dentro” dos CAPS (através de oficinas e grupos terapêuticos, ações com os familiares etc.), tem sido preterida por posições que priorizam o “fora”, entendendo a reabilitação como um processo a ser desenvolvido “no território”, fora da ambiência criada no CAPS.

Portaria nº 854/SAS, de 22 de agosto de 2012

Essa portaria cria, na chamada “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS”, novos procedimentos para os CAPS, nomeados de RAAS (registro ambulatorial de ações de saúde).

A Área Técnica de Saúde Mental, em sua nota técnica n.º 42/2012, justifica essa série de procedimentos para “fomentar a discussão (...) sobre a clínica realizada” nos CAPS. Esses procedimentos não alteram em sua quantidade o repasse financeiro do nível federal para os municípios, que se tornou fixo, por tipo de CAPS, a partir da portaria n.º 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Se os RAAS ainda não são uma medida de produtividade do CAPS, a própria classificação de procedimentos possíveis já aponta para uma maior especificidade do modelo de serviço que se espera, afastando-se da excessiva abertura que levava a se dizer que “cada CAPS é um CAPS”.

De todas as definições de procedimento, talvez as mais importantes sejam as de acolhimento diurno e noturno, destinados a situações de crise psicossocial. Estas são definidas como:

Quadro 1 – Resumo dos procedimentos para os CAPS no RAAS

- Acolhimento inicial
- Acolhimento diurno
- Acolhimento noturno
- Atendimento individual de paciente
- Atendimento familiar
- Atendimento de paciente em grupo
- Práticas expressivas e comunicativas
- Práticas corporais
- Atenção às situações de crise
- Atendimento domiciliar para pacientes e /ou familiares
- Ações de reabilitação psicossocial
- Promoção de contratualidade
- Matriciamento de equipes da atenção básica
- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência
- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
- Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares
- Acompanhamento de serviço residencial terapêutico

Ação de hospitalidade [diurna/noturna] realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu **afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise** motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas **e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência** e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. (Portaria n.º 854, grifos nossos.)

A noção anterior de intensidade no cuidado, ao criar o cuidado intensivo, dava conta de que o usuário do serviço passaria o dia no CAPS, mas não deixava claro que essa deveria ser uma situação justificada pela crise, motivando situações em que a pessoa poderia passar anos frequentando o CAPS diariamente, dentro de seu projeto terapêutico. Se a equipe avaliar que a situação crítica não cessou, poderemos ter usuários do serviço por longos períodos no “acolhimento diurno”, mas a definição mais clara de crise psicossocial indica uma organização do serviço que usa do acolhimento diurno/noturno como um recurso temporário durante a resolução de uma crise. Todos os CAPS, e não somente os CAPS III, podem agora oferecer o acolhimento noturno desde que credenciem seus “leitos de acolhimento noturno”.

Outra questão para o debate, que surge desta definição de crise psicossocial, é sua diferença com a urgência psiquiátrica. Johnson e Thornicroft (2008) apresentam uma revisão sobre o tema:

Alguns autores distinguem emergências psiquiátricas e crise psicossocial (Segal, 1990; Rosen, 1997). Emergências tendem a ser definidas como situações nas quais há a necessidade de ação imediata, geralmente por conta de um nível alto de risco. (...) Frequentemente também se define uma emergência psiquiátrica como algo ocorrendo apenas no contexto de uma doença mental (Katschnig e Konieczna, 1990).

Em contraste, o uso clássico de “crise” origina-se na teoria da crise (Caplan, 1961, 1964) e descreve uma resposta humana geral ao estresse psicossocial grave, mais do que à manifestação de uma doença. (...)

Na prática clínica, no entanto, é difícil estabelecer fronteiras entre emergência e crise. (...) O uso destes termos tem, deste modo, mudado, e recentes discussões na organização e avaliação de serviços tem frequentemente usado o termo crise de modo mais pragmático para descrever situações nas quais há uma urgente necessidade de intervenção profissional, surgindo pelo menos em parte por problemas de saúde mental.

Como comentamos no tópico sobre as emergências na Rede, permanece a dúvida se o acolhimento nos CAPS dará conta também das emergências psiquiátricas, contando apenas com o apoio dos serviços de emergência não especializados e leitos de saúde mental nos hospitais gerais.

Conclusão

Mesmo em países em que a reforma se deu com grande participação dos nela envolvidos e com maior clareza de princípios e estratégias adotadas, como por exemplo o Canadá, o modelo de assistência em saúde mental mantém-se em intenso debate para seu aperfeiçoamento (Clarke Institute of Psychiatry, 1997; Mental Health Commission of Canada, 2012).

Ainda é cedo para dizer que as mudanças em curso consolidam a reforma da assistência psiquiátrica no caminho defendido pelo movimento antimanicomial, até porque, passadas algumas décadas do início do movimento e da reforma, mais e mais as ideias defendidas se tensionam e se dividem, saindo de maniqueísmos teóricos para agora dar conta da complexidade do dia-a-dia dos serviços e das necessidades da população. A explicitação de pontos antes ambíguos é um passo importante, mas não resolve, por si, nossas contradições, enfrentamentos, carências.

No Capítulo 2 retomaremos a história das políticas de saúde mental no Brasil e no mundo, mostrando que esse debate de décadas está longe de terminar. Pensamos que nosso grande desafio é justamente manter esse debate engrandecido e frutífero, envolvendo mais e mais a sociedade e aprofundando conceitos, para podermos sempre questionar nossas certezas e repactuar nossos compromissos.

Referências

- Andrade, L. H.; Wang, Y.; Andreoni, S. et al. (2012). “Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey”, Brazil. *PLoS ONE*. 7(2): e31879.
- Caplan, G. (1961). *Approach to Community Mental Health*. New York: Grune and Stratton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Girolano, G.; Bassi, M.; Néri, G.; Ruggeri, M.; Santore, G.; Picardi, A. (2007). “The Current State of Mental Health Care in Italy: Problems, Perspectives, and Lessons to Learn”. *European archives of Psychiatry Clinic and Neuroscience*. 257: 83-91.
- Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry (1997). “Best Practices in Mental Health Reform: Discussion Paper”. Disponível em [http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/best_practices.pdf] [citado 2012 março 15].
- Hori, A. A. (2013). “Potencialidades, limites e desafios da saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP”. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo.
- Johnson, S.; Thornicroft, G. (2008). “The development of crisis resolution and home treatment teams”. In: Johnson, S.; Needle, J.; Bindman, J. P.; Thornicroft, G. (ed.). *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Katschnig, H.; Konieczna, T. (1990). “Innovative approaches to delivery of emergency services in Europe”. In: *Mental health care delivery*. Marks, I. M.; Scott R. L. (ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mental Health Commission of Canada (2012). “Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada”. Calgary, A. B. Disponível em [<http://strategy.mentalhealthcommission.ca/pdf/strategy-text-en.pdf>] [citado 2012 março 15].
- Rosen, A. (1997). “Crisis management in the community”. *Medical Journal of Australia*, 167: 633-8.
- Segal, S. (1990). “Emergency care for the acute and severely mentally ill”. In: Scott, R. L.; Marks, I. (ed.). *Innovations in Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

CAPÍTULO 2 | Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental

Mário Dinis Mateus

A história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas nem sempre caminhando lado a lado... Este divórcio entre discursos e ações torna-se tanto mais evidente quanto mais próximo do período recente, devido à emergência de múltiplos – e frequentemente contraditórios entre si – interesses dos diversos grupos no poder. Torna-se, por isso, difícil ao pesquisador pinçar este ou aquele discurso como hegemônico sem correr o risco de incorrer em alto grau de arbitrariedade. (Resende, 1987.)

O texto deste capítulo baseia-se em parte da introdução da tese de doutorado “Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil” (Mateus, 2009), e foi escrito no intuito de fornecer elementos para uma análise da política brasileira em saúde mental, e não no de resumir o campo, extremamente diversificado e profundo, do estudo da história da assistência às doenças mentais.

A reforma do modelo centrado no hospital psiquiátrico

Com o nascimento da psiquiatria como ciência, no século XIX (Postel e Quetel, 1987), nasce também o hospital psiquiá-

trico (Pessoti, 1996). Muito já foi dito dessa instituição, de sua natureza totalitária e punitiva (Goffman, 1961), a sua descendência dos asilos e manicômios, dos quais herdaria a natureza excludente (Foucault, 1987). Chamaremos aqui atenção para o fato dos hospitais psiquiátricos surgirem de movimentos articulados dentro da área da saúde, para oferecer cuidado aos portadores de transtorno mental, e que paulatinamente se tornaram política de governo, fazendo com que quase a totalidade dos recursos financeiros e humanos destinados à saúde mental fossem investidos nessas instituições (Thorncroft e Tansella, 2006).

Ao longo do século XX, em especial a partir da sua segunda metade, diversos fatores precipitam questionamentos ao hospital psiquiátrico e às políticas de saúde mental centradas nessas grandes instituições. Podemos dividir essas críticas em financeiras, clínicas e culturais (ou éticas).

No campo financeiro, os enormes volumes de recursos gastos em internações de longo prazo chamaram atenção para um sistema que só fazia crescer: a cada ano adentravam novos usuários, dos quais muitos ficariam internados por décadas. Nos EUA, por exemplo, essa preocupação já ocorria no final do século XIX, provocando uma transinstitucionalização dos pacientes idosos para outras instituições de cuidado menos custosas (Grob, 2008). A pressão financeira por um sistema de atendimento de menor custo existe até hoje, apesar de evidências mostrarem que o sistema de saúde mental baseado em serviços na comunidade pode ser tão ou mais custoso que o centrado na atenção hospitalar (Knapp et al., 1990; Rothbard et al., 1998).

No campo clínico, começa-se a questionar a validade do tratamento, em especial de longo prazo, na instituição hospital psiquiátrico. Braton descreve em 1959 uma “neurose institucional”, em internos de longa permanência, caracterizada por perda de interesse, apatia e ausência de iniciativa, o que o autor atribui à pobreza de estímulos do ambiente e à falta de ações de reabilitação (Thorncroft e Tansella, 2006). Goffman (1961) formula o conceito de instituição total, chamando atenção para uma desumanização que seria inerente à estrutura do hospital psiquiátrico. Stanton e Schwartz (1954), realizando pesquisas sobre a institui-

ção, também apontam para os problemas decorrentes das lutas de poder internas da equipe técnica do hospital psiquiátrico, e que são transmitidos aos internos.

Em 1952, a clorpromazina começa a ser usada na psiquiatria e o surgimento de medicações efetivas para os transtornos mentais graves é considerado fator importante para diminuir a necessidade e duração das internações psiquiátricas. Se o peso atribuído às medicações na mudança do modelo de tratamento é questionado (Thornicroft e Tansella, 2006, Grob, 2008), é inegável que esse recurso não só facilitou a saída de parte dos pacientes hospitalizados para tratamentos na comunidade, como criou uma onda de otimismo que, juntamente com novos modelos de tratamento que vinham sendo desenvolvidos, acirrou a ideia de que o hospital psiquiátrico devia deixar de ser o centro do sistema de saúde mental. Esses modelos de mudança, que ofereciam alternativas ao sistema tradicional de atendimento no hospital psiquiátrico, dentro e fora deste, ganham destaque progressivamente, como a higiene mental e a psiquiatria militar nos EUA, as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psiquiatria de setor na França.

A psiquiatria preventiva ou higiene mental foi um movimento surgido nos EUA, dentro do conceito mais amplo de medicina preventiva na saúde pública (Caplan, 1980; Rose, 2001), e trouxe em seu bojo a premissa de que a doença mental é uma doença como as demais, e deve ser prevenida e tratada como tal, desencorajando assim seu isolamento da sociedade.

A chamada psiquiatria militar, desenvolvida pelos EUA para atender o contingente de soldados com problemas psiquiátricos, durante e após a 2.^a Guerra Mundial, reforçou princípios que em grande parte serão básicos para o cuidado na comunidade: a ideia de que o tratamento deve se dar tão próximo quanto possível do ambiente onde os sintomas são exibidos; que a identificação e tratamento precoce do problema podem levar a prognósticos mais favoráveis; que o tratamento psiquiátrico deveria consistir em grande parte em repouso, alimentação e suporte social e, finalmente, a ideia de que o retorno ao funcionamento anterior era inteiramente possível (Lamb, 1988, citado em Bachrach e Clark, 1996).

Muitas iniciativas se deram dentro do hospital psiquiátrico, em projetos de reformulação do atendimento de enfermarias ou alas, por grupos de profissionais que acreditavam que as novas técnicas da chamada psiquiatria administrativa, e o uso racional da medicação e de técnicas psicanalíticas poderiam mudar a natureza do atendimento empreendido no hospital, criando as comunidades terapêuticas dentro desses hospitais (Clark, 1973). A psiquiatria de setor, na França, vai num sentido diferente, passando pelo conceito de territorialização da demanda, através da criação de centros de saúde mental e de enfermarias de psiquiatria no hospital geral, que obedecem ambos a uma regionalização, e onde equipes de profissionais de saúde mental acompanham o paciente tanto na internação, como na comunidade (Ey, 1978).

Finalmente, no campo cultural, a crítica ao modelo do hospital psiquiátrico foi fortemente influenciada por fatores socio-culturais, pois durante todo o século XX houve uma crescente preocupação com o respeito aos direitos civis e liberdades individuais, além do questionamento dos limites do Estado no controle social dos indivíduos. Essa crítica ganhou forte impulso em momentos cruciais, como o final da 2.^a Guerra Mundial (Messas, 2008) e o final dos anos 60 (Goffman e Joy, 2007).

A mudança do modelo chamado *hospitalocêntrico* para o outro nomeado *comunitário* (Szmukler e Thornicroft, 2001) tornou-se premissa básica no que se convencionou chamar reforma da assistência psiquiátrica, cunhando-se o termo desinstitucionalização para as políticas caracterizadas por: a) evitar admissões de casos novos em hospitais psiquiátricos, através de alternativas de tratamento na comunidade; b) devolver à comunidade todos os pacientes institucionalizados que tenham recebido a adequada preparação para essa mudança; e c) estabelecer e manter um sistema de suporte e reabilitação na comunidade para as pessoas com transtornos mentais graves.

O princípio da desinstitucionalização, agregando todas as críticas e experiências alternativas em desenvolvimento, começa a ganhar a forma de uma política de saúde mental na década de 1950, com a psiquiatria comunitária, conceito

desenvolvido em especial nos países de língua inglesa, e que guarda semelhanças com a política da psiquiatria de setor na França. A psiquiatria comunitária caracteriza-se pelo atendimento em saúde mental em serviços na comunidade, sejam especializados ou de saúde em geral, obedecendo a princípios como o atendimento territorial, a busca da inserção do paciente na comunidade, e o atendimento multiprofissional (Szmukler e Thornicroft, 2001). Simultaneamente, várias mudanças contribuíram para o aperfeiçoamento do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, como a adoção de critérios diagnósticos padronizados, a busca de evidências de efetividade das ações, e o apoio dos estudos epidemiológicos para tomadas de decisão.

Crítica ao modelo médico na saúde mental

Com o tempo, uma segunda vertente é criada dentro das políticas de desinstitucionalização: profissionais da saúde, portadores de transtornos mentais e pesquisadores de diversas áreas procuraram alternativas ao modelo médico tradicional, desconstruindo todo o arcabouço que o sustenta: as categorias psicopatológicas e diagnósticas, a hierarquia decisória sobre o tratamento que coloca o psiquiatra como líder de uma equipe, as teorias etiológicas da doença mental ou a própria noção de doença. Essa “desconstrução” se deu de maneira fragmentada e descontínua ao longo do século XX, mas podemos destacar a importância dos trabalhos no campo das ciências humanas, reavaliando a corporação e o saber psiquiátrico (Foucault, 1989; Goffman, 2007; Stanton e Schwartz, 1954), o movimento da antipsiquiatria (Cooper, 1982; Laing, 1979) e a Reforma Psiquiátrica italiana (Nicácio, 2003; Basaglia, 1980).

A antipsiquiatria não se manteve como movimento organizado, propondo alternativas ao tratamento psiquiátrico como o fazia em sua origem, mas até hoje suas críticas são um referencial importante, por vezes explícito, como, por exemplo, em setores do movimento norte-americano de usuários de saúde mental (Rissmiller e Rissmiller, 2006).

No campo da psiquiatria comunitária, a prática do cuidado multidisciplinar vai fazendo que se utilize cada vez mais o termo “saúde mental”, no lugar de “psiquiatria”, nas denominações de programas, equipes, serviços. Bachrach e Clark (1996) chamavam a atenção para uma dicotomia entre a “psiquiatria comunitária” e a “saúde mental comunitária”, já nos anos 70, dizendo que a aliança entre a “psiquiatria” e a “saúde mental”, tão forte nos anos 60, estava comprometida, e atribuindo a crescente insatisfação e diminuição de psiquiatras interessados em trabalhar nos centros comunitários à “*boundarylessness*” (Dinitz e Beran, 1971) da ideologia da saúde mental comunitária. Essa é uma dicotomia conceitual, muito maior do que a atribuível a interesses dos profissionais de cada categoria, sendo o trabalho de Tenório (2001) um exemplo muito bem elaborado da diferença aqui em jogo: o movimento que se inspirou no ideário dos líderes da reforma psiquiátrica italiana (que veremos a seguir) combate a psiquiatria comunitária como imposição de um caráter adaptacionista e normalizador da noção de saúde mental e sua tendência de “psiquiatrização” do social, e defende como contraproposta a busca de uma convivência com a diferença:

O lugar estratégico que a expressão “saúde mental” ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para *demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais*. Do mesmo modo, a ideia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos *riscos de psiquiatrização* e normalização do social. Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a doença mental (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou o que visamos em nossa prática junto aos loucos). Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, *ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social* (e não o asilo de reclusão). (Tenório, 2001, grifos nossos.)

Foi com a reforma psiquiátrica italiana que esta vertente crítica se organiza e ganha a prerrogativa de política de governo, alcançando influência internacional. A reforma psiquiátrica italiana é conhecida principalmente pela Lei 180, de 1978, que representou um marco histórico por definir explicitamente uma política de desospitalização em nível nacional. A Lei tem como principais características: a) nenhum novo paciente pode ser admitido em hospitais psiquiátricos públicos; b) durante 2 anos, apenas antigos pacientes poderiam ser readmitidos; c) novos hospitais psiquiátricos não podem ser construídos e os técnicos que trabalhavam nos antigos hospitais devem ser realocados nos serviços comunitários conforme aqueles forem se desativando; d) hospitalização (voluntária ou compulsória) é entendida como uma intervenção excepcional, e deve ser realizada apenas em pequenas unidades em hospitais gerais, de até 15 leitos por hospital (Mosher e Burti, 1994). A Lei 180 é promulgada no bojo de mudanças políticas e culturais no país, como a aprovação por plebiscito do aborto e do divórcio. Essa onda progressista logo depois refluiria, sob a influência de uma reação da sociedade a fatores como recrudescimento do terrorismo e retração da economia (Mangen, 1989).

O movimento social da *democracia psiquiátrica* mobilizou diferentes correntes políticas para a aprovação da lei, desenvolvendo uma nova concepção de desinstitucionalização. De sua origem como um pequeno grupo de técnicos, liderados pelo psiquiatra Franco Basaglia, trabalhando em um hospital psiquiátrico público nos anos 60, na cidade de Gorizia, o movimento se expande para Trieste e depois pelo país, a partir de 1970, ganhando influência internacional com seus escritos e, após 1978, com a promulgação da Lei 180 (Mangen, 1989; Ramon, 1989). Dada a sua importância como modelo alternativo para a psiquiatria comunitária, a reforma italiana tem sido muito estudada (Girolano, 1989; Veltro e Morosino, 1989, apresentam extensas revisões sobre descrições e avaliações da experiência italiana).

As principais críticas apontadas à reforma italiana podem ser assim resumidas: a) em 1985, os hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento estavam fisicamente degradados e desfalcados de recursos humanos (Jones e Poletti, 1986), ou seja, a desos-

pitalização estaria se realizando com prejuízo para os pacientes. Em 2007, todos os hospitais psiquiátricos já estavam fechados, sobrando, dos 78.538 pacientes internados na ocasião da promulgação da Lei, menos de 2.000 pacientes idosos ainda não transferidos para residências terapêuticas ou clínicas de retaguarda; b) as unidades de internação em hospital geral eram insuficientes, apesar de consumirem grande parte dos recursos destinados à saúde mental e, sendo frequentemente unidades fechadas dentro do hospital geral, reproduziriam a lógica asilar (Lovell, 1986); c) os serviços comunitários não foram padronizados pela Lei, tendo cobertura e funcionamento muito diferentes entre as regiões do país, sendo poucas as cidades (Trieste, Arezzo, Ferrara, por exemplo) que possuíam uma rede bem estabelecida de cuidados 24 horas na comunidade (Lovell, 1986); d) a presença crescente de unidades privadas de internação: em 2000, 54% de todos os leitos psiquiátricos de crise eram privados, média muito acima dos 18% de leitos privados no total de leitos do país (Girolano et al., 2007); e) apesar de estudos recentes de qualidade de vida demonstrarem um bom nível de satisfação dos pacientes, os familiares relatavam uma grande carga no cuidado do paciente (Girolano et al., 2007).

Uma parte das críticas pode ser compreendida pela falta de investimentos, uma vez que várias regiões não se engajaram nas mudanças propostas ou não deram prioridade ao investimento em saúde mental. As regiões recebem verba para saúde como um todo, e desta destinam à saúde mental uma parcela que é decidida por critérios não padronizados no país (Piccinelli, 2002), acarretando diferenças substanciais nos índices de cobertura. As críticas aos serviços na comunidade que oferecem, por exemplo, tratamento medicamentoso de pouca qualificação técnica, ou de que há pouca oferta de programas de reabilitação psicossociais efetivos, na realidade são comuns a vários países europeus (Kohn et al., 2004).

A experiência italiana demonstrou que é possível uma política de saúde mental utilizando paradigmas exteriores à medicina. Até hoje foco de grande controvérsia, sua influência é um dado fundamental para entendermos a política de saúde mental brasileira.

A política de saúde mental no Brasil

1 A criação do SUS

Até o final da década de 1980, cabia ao Ministério da Saúde apenas campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças, ações pontuais em locais com carências importantes ou para populações específicas, e a manutenção de alguns hospitais para tuberculose e psiquiátricos, estes últimos a cargo do Serviço Nacional de Doenças Mentais. A maior parte do atendimento em saúde pública estava a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ligado a outro ministério, o da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas na década de 1960, que proporcionava grande parte dos atendimentos de saúde, porém apenas para os trabalhadores da economia formal e seus dependentes (Souza, 2002).

O restante da população que não pudesse pagar pelo atendimento particular era atendido por instituições de caráter filantrópico ou nos hospitais-escola das faculdades de Medicina (Jatene, 2008). Nesse sistema, a proporção de investimentos na saúde para cada estado e município era calculada pelo número de trabalhadores com carteira assinada residentes nesses locais, criando uma enorme concentração dos serviços nas regiões mais ricas do País (Souza, 2002).

Dentro desse quadro, e na conjuntura das lutas para a redemocratização do País, já na década de 1970, vemos manifestações das entidades representativas dos profissionais da saúde, centros universitários e setores organizados da sociedade, defendendo a importância de uma gestão eficiente, justa e participativa do atendimento à saúde, mais tarde dando origem ao denominado “movimento da reforma sanitária” (Campos, 2008).

Com o passar dos anos, um conjunto de mudanças é realizado para ampliar a cobertura do Inamps, com crescente participação do Ministério da Saúde e dos estados e municípios, mas a pressão crescente para uma cobertura universal e a crise do

financiamento do modelo da assistência médica da previdência social leva a medidas mais abrangentes: primeiramente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, mediante convênios entre o Inamps e os governos estaduais e, logo a seguir, a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde e a criação do SUS, em 1990 (Buss, 1995).

Já na Constituição de 1988 os princípios do novo sistema de saúde estão especificados nos cinco artigos da seção II (“da Saúde”) do capítulo sobre seguridade social. O primeiro destes, o artigo 196, define a saúde como “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009a).

A lei n.º 8.080, de 1990 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009b), aponta os seguintes princípios do SUS:

- I – **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – **preservação da autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – **utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – **participação da comunidade**;

- IX – **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na **descentralização dos serviços para os municípios**;
 - b) **regionalização e hierarquização da rede** de serviços de saúde;
- X – **integração** em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – **conjugação dos recursos** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – **capacidade de resolução dos serviços** em todos os níveis de assistência;
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Mais adiante o princípio da equidade, que mencionamos anteriormente, e que já era usado no artigo 194 da Constituição, no sentido de “equidade na forma de participação no custeio”, seria adicionado, como um aperfeiçoamento do conceito de igualdade no atendimento.

A participação da comunidade na gestão do SUS é garantida pela lei n.º 8.142, de 1990, que cria as Conferências de Saúde e o Conselho de Saúde, em cada uma das esferas federal, estadual e municipal.

Descentralização é um dos princípios chave, levando à municipalização da maioria dos serviços e ações de saúde, com verbas específicas advindas da União e dos estados. Serviços de maior complexidade, ou locados em áreas com maiores carências, poderão ser administrados pelo nível estadual ou federal, no entanto, todo o sistema tem de operar de maneira unificada.

O financiamento do SUS opera-se por dois sistemas de pagamento: o repasse aos municípios, com base em sua população, de verba destinada à realização de toda uma série de ações de saúde, listadas nas pactuações entre os três níveis de governo, e o pagamento por procedimentos específicos, como

internações ou procedimentos de maior complexidade (Lobato e Burlandy, 2000).

2 Histórico das políticas de saúde mental no Brasil

Não havia no Brasil, até a segunda metade do século XIX, atendimento específico aos doentes com transtornos mentais, sendo esses entregues às prisões ou mantidos em quartos fortes nos hospitais gerais (Oda e Dalgalarrodo, 2005). Em 1841 é iniciada a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. A assistência aos “lunáticos” nas santas casas das províncias e no hospício da capital será feita primeiro pela caridade, depois pela medicina geral e, finalmente, no final do século XIX, pela psiquiatria. Somente em 1886 um psiquiatra, Teixeira Brandão, irá assumir a direção do Hospício D. Pedro II (Medeiros, 1992). Podemos falar de uma política autônoma para a saúde mental no Brasil com o advento da República (Messas, 2008), havendo uma sequência de decretos logo após a sua proclamação, como o que desanexa o Hospício D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e o nomeia Hospício Nacional de Alienados, “estabelecimento central da assistência”, tendo Juliano Moreira como diretor.

O Brasil teve sua primeira lei organizativa do atendimento em saúde mental em 1903, o decreto n.º 1.132, que, por um lado, visava proteger a sociedade dos riscos atribuídos aos “indivíduos com moléstia mental”, e, por outro, estabelece um controle social da prática de internação (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009c):¹

O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1.º A reclusão, porém, se tornará efetiva em estabelecimento desta espécie, quer público, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2.º Se a ordem pública exigir a internação de um alienado, será

1 Mantivemos a grafia original da lei.

provisória sua admissão em asilo público ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro de 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita.

Art. 2.º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular.

§ 1.º No primeiro caso, a autoridade juntará á requisição:

(...) b) uma exposição dos factos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possível, de attestados medicos affirmativos da molestia mental.”

O decreto vislumbra a possibilidade de tratamento domiciliar, mas atribui ao Estado a fiscalização deste:

“Art. 3.º O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicilio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessários.

Paragrapho unico. Si, porém, a molestia mental exceder o periodo de dous mezes, a pessoa que tenha á sua guarda o enfermo communicará o facto á autoridade competente, com todas as occurrencias relativas á molestia e ao tratamento empregado.”

Outros parágrafos de defesa dos direitos dos pacientes já estão presentes:

“Art. 5.º Em qualquer occasião será permittido ao individuo internado em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade.

Art. 9.º Haverá acção penal, por denuncia do Ministerio Publico em todos os casos de violencia e attentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados.”

O decreto regulamenta também o funcionamento do Hospício Nacional e de manicômios a serem abertos nos Estados.

Nas primeiras décadas da República, figuras proeminentes,

como Teixeira Brandão e Franco da Rocha, procuram modernizar o atendimento psiquiátrico, criando, por exemplo, as “colônias agrícolas”, com proposta de laborterapia e busca da readaptação do indivíduo na sociedade (fundamentalmente através de sua inserção em famílias rurais que receberiam uma remuneração para essa função). Essas iniciativas foram perdendo seu objetivo inicial e absorvendo uma população que nunca mais deixaria o hospital. A colônia Franco da Rocha, inicialmente projetada para 800 pacientes, chegaria na década de 1950 a albergar 15 mil (Resende, 1987).

A legislação de 1903 seria substituída pelo decreto n.º 24.559, de 1934 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009d), que “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Esse novo decreto segue a estrutura do anterior, modernizando-o para dar conta de novas demandas, como: as ações em “profilaxia mental”, propostas pela “liga de higiene mental” (Costa, 2007); o atendimento dos “toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas”; a maior complexidade dos serviços de internação psiquiátrica (abertos, fechados ou mistos) e serviços de assistência hetero-familiar (famílias rurais vivendo próximo das colônias agrícolas, que receberiam um reembolso governamental por manterem ex-internos), e, finalmente, a necessidade de legislação mais elaborada para proteção dos portadores de transtornos mentais.

Da propalada “profilaxia das doenças nervosas e mentais”, a lei apenas afirma que esta se deverá dar pelo estudo das causas da doença no Brasil, organizando-se um centro especializado para aplicação dos preceitos de “higiene preventiva” e incluindo aqui dois parágrafos de caráter xenófobo: o governo organizaria um exame do estado “neuro-mental” de todo estrangeiro requerente de naturalidade brasileira e que “Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acordo com os governos dos respectivos países de origem”.

A expansão dos hospitais psiquiátricos pode ser dividida em

dois momentos: num primeiro passo até o início da década de 1960, essa expansão se faz fundamentalmente por grandes hospitais públicos; no momento seguinte, temos uma grande expansão de leitos conveniados ao Inamps, em hospitais particulares. Resende (1987) observa que, enquanto na rede conveniada o número de internações passou de 35 mil, em 1965, para 90 mil, em 1970, na rede pública permaneceu estável no mesmo período.

Administrativamente, a reorganização da assistência no início do século XX dá origem ao Serviço Nacional de Doenças Mentais que, mais tarde, em 1974, passará a ser chamado Divisão Nacional de Saúde Mental – Dinsam. Várias mudanças na política nacional, na linha do cuidado na comunidade, são propostas nos anos 60 e 70 por setores do governo, porém seu caráter não deliberativo e provavelmente o embate com outras forças dentro do sistema de saúde do INPS/Inamps não permitiram mudanças significativas. Em 1973, Luiz Cerqueira, ao defender mudanças na política de saúde, cita uma lista de 14 documentos “consagradores de uma assistência psiquiátrica não tradicional” (Cerqueira, 1984), na qual podemos observar que metade foi concebida pelo Ministério da Saúde, ou tem a participação deste.

Delgado (2001) acrescenta três documentos posteriores na mesma linha: a portaria interministerial (MS/MPAS) n.º 1.369, de 15/02/1979; as “Diretrizes da Dinsam”, de 1980; e o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, no âmbito da previdência social (MPAS/Conasp), de 1982.

Toda a movimentação social ao redor do debate sobre a política de saúde em geral para o País, presente nas décadas de 1970 e 1980, influenciou também a área da saúde mental e, em 1978, foi constituído o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que foi aos poucos incorporando usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, e que passou a se denominar, em 1987, Movimento da Luta Antimanicomial (Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios, 2008). Esse movimento terá influência nas Conferências de Saúde Mental, nos Conselhos de Saúde e na formulação da política nacional de saúde mental.

Em 1989 é apresentado o projeto de lei n.º 3.657 pelo deputado Paulo Delgado (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009e), que dis-

punha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. O projeto determinava: “Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”. Esse projeto foi substancialmente modificado pelo substitutivo do Senado ao projeto de lei n.º 8, da Câmara, de 1999 (tendo como relator o senador Sebastião Rocha), e se torna a lei n.º 10.216, de 2001 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009f), legislação vigente no País e que norteia a política nacional de saúde mental e “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

No debate de 12 anos entre o projeto de lei e seu substitutivo, é interessante ressaltar que, além de não se proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados, também se retira a denominação “manicômio” na referência aos hospitais psiquiátricos. A lei aprovada deixa clara a prioridade do tratamento na comunidade e condena o que nomeia de “instituição com características asilares”:

“Art. 4.º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1.º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2.º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3.º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2.º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2.º.

A lei n.º 10.216 também norteia a política nacional de saúde mental, quando determina que:

Art. 3.º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde dos portadores de transtornos mentais.

O advento do SUS permite que os diversos fatores de mudança se aglutinem e as duas últimas décadas assistem à efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Em 1990 é criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da Dinsam, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. A CGSM passa a coordenar efetivamente a política de saúde mental do País e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (Borges e Baptista, 2008).

Referências

- Amarante, P. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bachrach, L. L.; Clark, G. H. (1996). The first 30 Years: A Historical Overview of Community Mental Health. In: Clark, G. H., Vaccaro, J. V. (ed.). *Practicing Psychiatry in the Community: A Manual*. Washington: American Psychiatry Publishing.
- Basaglia F. (1980). *A psiquiatria alternativa. Conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates.
- Becker, T.; Vazquez-B., J. L. (2001). The European Perspective of Psychiatric Reform. *Acta Psychiatr Scand*. 104 (Suppl. 410): 8–14.
- Borges, C. F.; Baptista, T. W. F. (2008). “O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004”. *Cad. Saúde Pública*. 24 (2): 456-468.
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009a). Constituição da República Federativa do Brasil – 1988. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/legislacao/publicacoes/constituicao1988.html>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009b). Lei n.º 8.080, de 19 de setem-

- bro de 1990. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=365093&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009c). Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=585004&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009d). Decreto n.º 24.559, de 03 de julho de 1934. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=515889&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009e). Projeto de lei n.º 3.657, de 12 de setembro de 1989 (deputado Paulo Delgado). Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009f). Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=364458&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009g). Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=366031&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 maio 15].
- Buss, P. M. (1995). “Saúde e desigualdade: o caso do Brasil”. In: Buss, P. M.; Labra, M. E. (ed.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2008). “SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde”. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, Edição Especial de 20 anos do SUS. pp. 36-38.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. São Paulo: Atheneu.
- Clark, D. H., (1973). *Psiquiatria administrativa. Los roles en la comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.
- Costa, J. F. (2001). *História da Psiquiatria no Brasil*, 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond.
- Delgado, P. G. (2001). “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil”. In: Tundis et al. (orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Dinitz, S.; Beran, N. (1971). “Community mental health as a boundaryless and boundary-busting system”. *Journal of Health Social Behavior*. 12: 99-108.
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, B. (1985). *Manual de psiquiatria*. São Paulo: Masson. pp. 1.179-1.187.
- Ferraz, M. P. F.; Morais, M. F. L. (1985). “Política de saúde mental: revisão dos dois últimos anos”. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental*. 45 (1): 11-22.

- Foucault, M. (1989). *História da Loucura na Idade Clássica*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva.
- Girolano, G. (1989). "Italian Psychiatry and Reform Law: A Review of the International Literature". *The International Journal of Social Psychiatry*. 35(1): 21-37.
- Girolano, G.; Bassi, M.; Néri, G.; Ruggeri, M.; Santore, G.; Picardi, A. (2007). "The Current State of Mental Health Care in Italy: Problems, Perspectives, and Lessons to Learn". *European Archives of Psychiatry Clinic and Neuroscience*. 257: 83-91.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, K.; Joy, D. (2004). *Contracultura através dos tempos: do mito de Prometeu à cultura digital*. Trad. Alexandre Martins. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Grob, G. N. (2008). "Mental health policy in the liberal state: the example of the United States". *International Journal of Law and Psychiatry*. 31: 89-100.
- Jatene, A. D. (2008). "Financiamento da Saúde". *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, Edição Especial de 20 anos do SUS: 33-35.
- Jones, K.; Poletti, A. (1986). "The Italian Experience in Mental Health Care". *Hospital and Community Psychiatry*. 37(8): 795-802.
- Knapp, M.; Chisholm, D. et al. (2002). "Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the Epsilon Study". *Acta Psychiatr Scand*. 105(1): 42-54.
- Kohn, R. et al. (2004). "The treatment gap in mental health care". *Bull World Health Organ* 82: 858-866.
- Laing, R. D. (1979). *A Psiquiatria em Questão*. Lisboa: Presença.
- Lobato, L., Burlandy, L. (2000). "The Context and Process of Health Care Reform in Brazil". In: Fleury, S.; Belmartino, S.; Baris, E. (ed.). *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. IDRC Books.
- Lovell, A. M. (1986). "The paradoxes of reform: reevaluating Italy's mental health Law of 1978". *Hospital and Community Psychiatry*. 37(8): 802-808.
- Mateus, M. D. (2009). "Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil". Tese de doutorado apresentada à Unifesp, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.
- Mangen, S. (1989). "The Politics of reform: Origins and Enactment of the Italian 'Experience'". *The International Journal of Social Psychiatry*. 35(1): 7-19.
- Medeiros, T. (1992). "Uma História da Psiquiatria no Brasil". In: Silva Filho, J. F.; Russo, J. A. (ed.). *Duzentos anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Messas, G. P. (2008). "O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental". *História, Ciências, Saúde*. 15 (1): 65-98.
- Mosher, L. R.; Burti, L. (1994). "The Italian experience". In: *Community Mental Health*. New York: W. W. Norton.

- Nicácio, M. F. S. (1994). "O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura". Dissertação de mestrado, São Paulo, PUC. (mimeo).
- Oda, A. M. G. R.; Dalgalarondo, P. (2005). "História das primeiras instituições para alienados no Brasil". *História, Ciências, Saúde*. 12 (3): 983–1010.
- Pessoti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.
- Piccinelli, M. et al. (2002). Focus on psychiatry in Italy. *British Journal of Psychiatry*. 181: 538–544.
- Postel, J.; Quétel, C. (org.) (1987). *Historia de la Psiquiatria*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ramon, S. (1989). "The impact of the Italian Psychiatric Reforms on North American and British Professionals". *The International Journal of Social Psychiatry*. 35(1): 120–127.
- Resende, H. (1987). "Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica". In: Tundis et al. (orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Rissmiller, D. J.; Rissmiller, J. H. (2006). "Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism". *Psychiatric Services*. 57 (6): 863-866.
- Rose, N. (2001). "Historical Changes in mental health practice". In: Thornicroft, Szmukler (ed.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Rosen, A. (2006). "The Australian experience of deinstitutionalization: interaction of Australian culture with the development and reform of its mental health services". *Acta Psychiatr Scand*. 113 (Suppl. 429): 81–89.
- Rothbard A. B.; Schinnar, A. P.; Hadley, T. P.; Foley, K.A.; Kuno, E. (1998). "Cost comparison of state hospital and community-based care for seriously mentally ill adults". *American Journal of Psychiatry*. 155(4): 523-9.
- Souza, R. R. (2002). *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Stanton, A. H.; Schwartz, M. S. (1954). *The mental Hospital*. London: Tavistock.
- Szmukler, G.; Thornicroft, G. (2001). "What is community psychiatry?" In: Thornicroft, Szmukler (ed.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Tenório, F. (2002). "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito". *História, Ciências, Saúde*. 9 (1): 25-59.
- Thornicroft, G.; Tansella, M. (2006). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Veltro, F.; Morosini, P. (1989). "A Critical Appraisal of Papers Describing Italian Psychiatric Services". *The International Journal of Social Psychiatry*. 35(1): 110-119.

CAPÍTULO 3 | Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental

Cecília Cruz Villares

Fernanda de Almeida Pimentel

José Alberto Orsi

Jorge Cândido de Assis

Introdução

Movimentos e associações de defesa de direitos de usuários e familiares em saúde mental, não obstante sua heterogeneidade, têm uma raiz histórica comum: nascem da organização de pessoas em torno de uma causa, a partir de demandas como reconhecimento e legitimação, inclusão e participação social, e em oposição a práticas discriminatórias ou de exclusão. Seus pressupostos e estratégias de atuação diferem e divergem porque refletem a complexidade e as tensões de um campo de problemas atravessado por questões culturais, econômicas e políticas. Além disso, movimentos e associações de saúde mental são práticas sociais historicamente situadas e como tais sujeitas às construções discursivas predominantes e às visões de mundo de onde provêm. Mas, de maneira geral, têm se organizado em resposta aos danos decorrentes de organizações sociais e psiquiátricas segregadoras e desmoralizadoras. Esses movimentos têm também em comum a construção de uma identidade e um discurso orientados por pressupostos de liberdade, empoderamento, participação social, cidadania e auto-organização. Assim, tanto nos países de cultura anglo-saxônica, com longa tradição e caminho consolidado de ações de defesa de direitos, como no Brasil, onde somam poucas décadas de existência e modestas conquistas, um conjunto de posicionamentos em diversas composições e articulações geral-

mente tem estado presente nas trajetórias desses movimentos e associações, dentre os quais destacamos:

- O desafio à tradição cultural quase universal de laços de significado entre loucura e maldade que vêm sustentando a estigmatização e a discriminação das pessoas afetadas por transtornos mentais.

- Um posicionamento frente à crônica desmoralização promovida por práticas de determinadas instituições psiquiátricas, sobretudo aquelas geradoras de exclusão.

- Ações de denúncia e protesto contra a violação de direitos humanos de pessoas cronicamente submetidas a violência e negligência em instituições fechadas, ou vítimas de total desassistência por falta de acesso a tratamento, desinformação e preconceito social.

- Reivindicação por serviços de tratamento, tanto para atendimento de crise e alternativas à hospitalização prolongada/institucionalização, como pela continuidade da atenção em serviços já estabelecidos na comunidade.

- Iniciativas de acolhimento/suporte mútuo, orientação e legitimação de parcerias entre profissionais, pacientes/usuários e familiares nos serviços de tratamento.

- Iniciativas pelo reconhecimento do capital social das pessoas, quer através do discurso e posicionamento de aceitação e convivência com a loucura, quer dos atuais discursos e práticas em torno da desestigmatização dos transtornos mentais.

- Propostas de inclusão e participação social através de redes de solidariedade, articuladas a movimentos e militâncias políticas. No Brasil, tais propostas são representadas principalmente por núcleos e protagonistas da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

- Participação nas arenas decisórias para propor e cobrar implementação de políticas públicas em saúde mental.

- Articulação de parcerias e alianças com outros movimentos sociais para ações de educação e defesa de direitos junto ao poder público.

Tais posicionamentos e ações traduzem-se em variadas estratégias de atuação compostas por elementos de protesto, in-

formação, educação comunitária, mobilização e ativismo social. Também plural tem sido a composição de atores sociais nas lideranças dessas ações. Assim, coexistem, por exemplo, associações fundadas e integradas apenas por aqueles que se denominam usuários, ex-usuários, ou sobreviventes do sistema psiquiátrico; movimentos e grupos liderados apenas por e para familiares de pessoas com transtornos mentais. Ao mesmo tempo, associações mistas surgem de iniciativas conjuntas de familiares e usuários ou pacientes, às vezes com a participação de “amigos” ou simpaticizantes de suas causas; e associações lideradas por profissionais, alguns deles a partir da dupla vivência de serem provedores de serviços e familiares ou portadores de transtornos mentais.

A saúde mental é sabidamente uma complexa arena de ações porque suas questões são indissociáveis de problemas relativos aos direitos humanos e a questões políticas e sociais de gerência da pobreza e da cidadania. É também um campo onde o poder exercido através do conhecimento tem sido disputado muitas vezes a serviço de interesses corporativistas ou econômicos sem que a voz das pessoas diretamente envolvidas e afetadas seja realmente ouvida. E, ainda que muito tenhamos caminhado no País em relação às questões de cidadania e direitos civis, que estejamos mais atentos e conscientes e o discurso da responsabilidade social nos faça pensar duas vezes antes de deixar a torneira aberta ou jogar fora um alimento, estamos longe de estar confortáveis com relação a como conviver com as pessoas que apresentam as características e as dificuldades típicas dos graves problemas de saúde mental.

Associado ao cenário exposto acima está o fato de que a imensa maioria das pessoas afetadas por problemas de saúde mental vive com um sofrimento e sobrecarga que não deixam espaço para qualquer ativismo, exauridas pelas demandas de cuidado e controle constantes, e pela expectativa de perda do frágil equilíbrio na convivência diária. Além disso, a construção de ações sociais consistentes requer um grau de envolvimento e exposição social que muitas pessoas não suportam, justamente pela carga de preconceito associada à loucura/doença mental. Em outras palavras, vestir a camisa da causa da saúde mental não é

como defender a baleia jubarte ou a Mata Atlântica, pois há em jogo uma delicada questão de credibilidade e julgamento social que frequentemente assusta ou desanima os simpatizantes da causa. Além disso, o envolvimento em ações coletivas demanda tempo, dedicação, paciência e habilidade para dialogar e negociar emoções e posições frequentemente antagônicas e extremadas. Abrir mão do pouco tempo livre que se tem para continuar conectado às questões do sofrimento e da doença não é um convite interessante para quem já vive imerso nelas todos os dias.

Nos países onde ações da sociedade civil em prol da saúde mental são mais disseminadas, tem-se um conjunto de tradições culturais e de políticas públicas que contribuem para dar sustentação, credibilidade e visibilidade à participação das pessoas envolvidas na causa. É, por exemplo, a realidade dos países do norte da Europa e da América do Norte, sobretudo aqueles de predominância protestante e cultura anglo-saxônica. Isso não quer dizer que no restante do mundo inexistam movimentos vigorosos na saúde mental, mas certamente a construção de fortes alianças em torno de agendas comuns, marca da Federação Europeia de Associações de Saúde Mental (Eufami) e da norte-americana Nami (National Alliance for the Mentally Ill), é uma articulação que ainda engatinha ou patina em outros países, incluindo-se aí o Brasil. Embora esteja fora do escopo deste texto analisar os pressupostos e estratégias que sustentam esses movimentos, pensamos ser relevante ressaltar que essa é uma importante estratégia para ultrapassar as suas divergências e reivindicações locais, tornando-se mais potentes para reivindicar mudanças no sistema de saúde e na sociedade de maneira geral.

Escolhemos evidenciar esse aspecto das organizações internacionais longamente estabelecidas porque o consideramos um bom ponto de partida para alguns dos desafios que se impõem às associações no Brasil: superar discursos polarizados, ouvir e dar voz a usuários e familiares, contribuir para capacitar e empoderar lideranças, fomentar a construção de parcerias através de uma rede de ações que dê visibilidade às questões da saúde mental, para além das disputas teóricas e pela validade de modelos de compreensão da loucura/doença mental e seus desdobramentos sociais.

Assim, o objetivo deste capítulo é contribuir com algumas reflexões a partir do que aprendemos em quase 20 anos de atividades junto a familiares de pessoas com transtornos mentais, em espaços de ajuda mútua e, particularmente desde 2001, nas ações de combate ao estigma associado à esquizofrenia com base no Projeto S.O.eSq. (uma brincadeira com as palavras proposta por portadores, que ganhou o sentido de Serviço de Orientação à Esquizofrenia) e na Abre (Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia). Escolhemos, para tanto, apresentar um pouco da história, dos pressupostos e das estratégias de ação da Abre porque entendemos que a nossa ação, embora voltada inicialmente para uma população-alvo delimitada por um diagnóstico psiquiátrico, nunca esteve a serviço da conformação ao discurso e das práticas psiquiátricas. Procuramos sobretudo problematizar as questões do diagnóstico e da dimensão social e política do adoecimento mental/loucura, do sofrimento, do tratamento e dos caminhos de superação, com uma postura de diálogo permanente entre os diversos discursos sobre a esquizofrenia, a loucura e os transtornos mentais; além disso, concebemos nossas ações a partir de pressupostos que entendemos serem úteis a todas as associações em saúde mental, quais sejam: uma postura dialógica, geradora de ações colaborativas; a busca de parcerias e ações em rede; e o empoderamento mútuo de profissionais, familiares e usuários.

Elegemos também falar da nossa experiência porque, de maneira geral, o pouco que se tem escrito e publicado sobre o tema no Brasil é composto sobretudo de textos escritos *por* profissionais *para* profissionais, por meio de publicações acadêmicas, a partir de investigações sobre a vivência dos familiares e usuários, e algumas análises sobre o funcionamento de associações de saúde mental. Estudos como, por exemplo, de Almeida et al. (2010), Rodrigues et al. (2006) e Sousa (2001), embora contribuam com compreensões sobre a dinâmica e os desafios das associações no País, não valorizam ou se comprometem com a co-criação de novos textos e práticas para fomentar as transformações junto aos protagonistas das associações. Com isso,

raramente temos tido a chance de aprender com textos criados a partir de práticas *com* usuários e *com* familiares, e, mais raramente ainda, temos dado vez à voz dos próprios usuários e familiares nesses textos.

Talvez essa ausência de textos colaborativos seja representativa das lacunas e dificuldades dos movimentos associativos em saúde mental no País, como tão bem avaliam Rosa (2005) e Vasconcelos (2007; 2009). Certamente são também fruto do viés de produção de conhecimento que privilegia certos textos em detrimento de outros. Sabemos, nesse sentido, que muito da rica experiência de colaboração entre profissionais, familiares e usuários, quando chega a ser divulgado, fica restrito aos anais e relatórios de encontros onde se constroem e tecem conhecimentos à margem do ambiente acadêmico. De qualquer maneira, sabemos que muito mais se faz do que se publica, mas a voz dos profissionais ainda predomina tanto nas ações como nos textos.

Portanto, se aprendemos com a experiência de movimentos bem sucedidos na área da saúde mental que o processo de empoderamento mútuo inclui necessariamente dar voz e legitimar a fala e a posição de pessoas historicamente discriminadas e excluídas, não seria coerente apresentar aqui um discurso que não representasse um caminho de co-criação de práticas que consideramos empoderadoras e potencialmente transformadoras.

Ações educativas contra o estigma na construção de uma associação em saúde mental: reflexões sobre as aprendizagens no percurso de dez anos da Abre

O Projeto que deu início à Abre foi desenhado inicialmente como um conjunto de ações informativas, de educação e apoio para reduzir o estigma da esquizofrenia, gerar informação de qualidade, melhorar o acesso a tratamento e promover a inclusão social dos portadores¹ e de seus familiares. O projeto fez parte do

1 O debate sobre como nomearíamos as pessoas com esquizofrenia em nosso projeto foi um processo que incluiu essas pessoas e um dos primeiros exercícios de diálogo e protagonismo em nosso projeto. Es-

programa *Open the Doors* da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA), que chegou a ser desenvolvido em vinte países durante mais de uma década. No Brasil, o projeto foi inicialmente desenvolvido em São Paulo a partir de 2001.

Os objetivos do programa antiestigma da WPA eram os mesmos em todos os países: possibilitar às pessoas com esquizofrenia o acesso a tratamento de qualidade, a inclusão social, a recuperação da cidadania e o direito a uma vida digna. A estrutura do programa, porém, deveria ser definida localmente a partir da experiência daqueles que conhecem e sofrem com a discriminação e o preconceito. Respondendo ao convite e ao desafio de desenhar uma estratégia local de ações, um pequeno grupo de profissionais de saúde mental² começou a se reunir para planejar os primeiros passos do projeto. O programa da WPA representava a oportunidade de transformar indagações das ciências sociais à psiquiatria, em ações além do contexto da clínica, e tal perspectiva foi fundamental para desenharmos as estratégias do projeto. Sabíamos que precisávamos propor ações que levassem a uma mudança de visão e de postura da sociedade em relação aos transtornos mentais e particularmente à esquizofrenia, mas não tínhamos clareza de como poderíamos caminhar.

colhemos o termo “portador”, embora não o achando necessariamente correto ou bom, porque precisávamos de um termo que claramente designasse o sujeito-alvo de práticas que queríamos discutir e mudar. O preferimos ao termo “usuários” porque quisemos superar a distinção entre profissional (provedor de serviço) e paciente (usuário de serviço) que os participantes do projeto sentiam estar presente nas outras maneiras de nomear as pessoas com transtorno mental participantes do projeto.

2 O grupo inicial, liderado por Cecília Cruz Villares, foi integrado por seis profissionais de saúde ligados ao Proesq e ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Mental e Cultura do Departamento de Psiquiatria da Unifesp (Gismec). O grupo aos poucos se transformou e, dos colaboradores iniciais, apenas Cecília Villares e Elaine Vieira continuam ligadas às ações da Abre. Porém, o que possibilitou que o Projeto S.O.eSq e a Abre tenham tido êxito em suas ações ao longo desses dez anos foram todas as pessoas que acreditaram na potência das ações e colaboraram com ideias e projetos. Não teríamos como nomeá-los neste texto, mas agradecemos especialmente a Nilton Vargas, Jorge Assis e José Alberto Orsi pelo compromisso, entusiasmo e dedicação continuados e a todos os colaboradores e voluntários em nossas ações.

Então, começamos perguntando: é possível combater o estigma da esquizofrenia? Quais as experiências de preconceito e discriminação de cada um? Quais as ideias sobre o que fazer para mudar tal realidade? Com essas indagações iniciais, criamos rodas abertas de conversas, convidando pacientes e familiares atendidos no Proesq (Programa de Psiquiatria da Unifesp) a dialogar sobre sua vivência com a doença. Iniciamos, assim, ouvindo as experiências das pessoas diagnosticadas e de seus familiares sobre como entendiam a doença, como conviviam e encontravam soluções cotidianas para as dificuldades, como enfrentavam o preconceito e a discriminação social.

As questões que surgiram nesse período de conversas evidenciaram o desejo de convidar outras pessoas, sobretudo familiares e profissionais de saúde, para dialogar. Refletindo sobre a novidade daquela maneira de conversar que havíamos co-criado, nos propusemos a organizar um encontro aberto à comunidade, que batizamos de Encontro Conversando sobre a Esquizofrenia. A concepção e a organização dos eventos foram pautadas nas contribuições dos participantes das rodas de conversa. Suas contribuições definiram quem convidaríamos, quais perguntas endereçaríamos a cada convidado, como abriríamos espaço para o diálogo, e assim por diante.

A realização do I Encontro, em 2001, nos mostrou que era possível levar o cuidado e o novo das conversas produzidas naquelas rodas para espaços mais amplos na comunidade. Aprendemos também que os vocabulários praticados no grupo inicial poderiam ser ampliados para constituir uma estratégia de educação na comunidade. Assim, ao final de 2002, os encontros educativos já haviam reunido mais de 400 pessoas e vinham sendo bem-recebidos e avaliados pelos participantes, que relatavam encontrar nessa atividade um espaço de troca de vivências entre profissionais da saúde, familiares, portadores e outros profissionais, onde o diálogo ocupava o lugar principal.

Esses encontros, atualmente organizados a cada quatro meses, tornaram-se a principal atividade educativa da Abre na comunidade, atingindo milhares de pessoas em dez anos de realização. Sua programação continua a ser definida levando em conta temas e questões propostas nas avaliações dos participan-

tes ao final de cada encontro; a organização reflete a intenção de promover espaços de conversa e dar voz a todos – pessoas com transtornos mentais, familiares, profissionais de saúde e todos os interessados no diálogo como caminho de aprendizagem. Pensamos que o diálogo permite, além da aquisição de conhecimento e informação, o contato e a experiência conjunta, ingredientes essenciais para a mudança de postura diante da doença em todas as suas dimensões, de vivenciais a políticas.

Uma característica importante do projeto inicial do S.O.eSq. também mantida e ampliada na Abre foi a composição de Grupos de Ação nos quais colaboraram pessoas com formação e experiência diversas, muitas delas portadoras de esquizofrenia e familiares. Desde o início do projeto, elas participaram em todas as instâncias, desde a coordenação e o planejamento, até o desenvolvimento das atividades. Entendemos que essa postura de colaboração e o ato de compartilhar responsabilidades são fundamentais para o desenho de estratégias e a criação de práticas sociais que podem contribuir para gerar uma visão mais positiva sobre a doença mental em geral e a esquizofrenia em especial.

A história de como criamos o nome e a identidade visual do projeto no Grupo de Estratégias de Informação e Comunicação, descrita em outra publicação (Villares, 2006), é ilustrativa do processo que nomeamos, a posteriori, de construção de autoridade e mudança por meio de uma postura criativa. Naquele período inicial do projeto e de constituição da associação, desenvolvemos muitos textos conjuntos para diversos meios de divulgação: folhetos informativos, boletins, textos gerados em oficinas de criação literária, um guia de informações para jornalistas, textos para o *website* do projeto e, a partir de 2003, para o site da associação (www.abrebrasil.org.br). Ao mesmo tempo, mantivemos durante anos um encontro semanal de conversa e produção de textos, sempre aberto a visitantes e novos participantes. Esse grupo foi inicialmente coordenado por uma profissional de saúde mental, mas gradualmente sua liderança foi sendo assumida por Jorge Assis, um dos portadores participantes, que tornou-se ao longo dos

anos o principal articulador de ações da associação e é hoje seu vice-presidente.

Quando fundamos a Abre, em 2002, o fizemos principalmente para fomentar atividades de apoio e parcerias em defesa dos direitos e para dar sustentabilidade jurídica às ações iniciadas com o projeto S.O.eSq. Mas desejávamos, também, ampliar a experiência que havíamos adquirido como protagonistas na construção daquele projeto de ações e, a partir desse novo lugar de agentes de mudança social, queríamos estender as oportunidades de aprendizado de colaboração e construção conjuntas de um lugar de autoridade a outros possíveis parceiros.

Mas o que entendemos por “parceria”? Oferecemos, aqui, a definição de Janet Meagher, no livro “Partnership or Pre-tence” – um manual para portadores, consumidores, usuários ou pacientes de serviços psiquiátricos, escrito e publicado por essas pessoas, visando facilitar sua participação no sistema de saúde mental. Segundo Meagher (2002), constituir uma parceria é associar-se num empenho comum, avançando, juntos, através do processo de aprender sobre as habilidades, o conhecimento, as capacidades e o potencial de cada um, num movimento de crescimento mútuo. Esse conceito esteve sempre presente como tecido das ações colaborativas construídas ao longo dos dez anos de existência da Abre, sustentando o processo de legitimação de autoridade e empoderamento de seus participantes frente às propostas de ação da associação.

Resumidamente, as principais atividades regulares promovidas pela associação desde a sua fundação apoiam-se nas seguintes composições de estratégias e visam:

1 – Atividades por meio das quais buscamos criar espaços de Apoio + Educação + Empoderamento

Grupo de apoio a familiares, grupo de acolhimento a pessoas com esquizofrenia, encontros abertos “Conversando sobre a Esquizofrenia”, aulas e palestras em universidades e apresentações na comunidade, participações em fóruns de associações e conferências regionais e estaduais de saúde mental.

*2 – Ações voltadas principalmente para gerar
Informação + Apoio + Ativação de redes de solidariedade*

Através do *website* (www.abrebrasil.org.br), onde divulgamos textos, notícias, publicações, *links* para outros grupos e associações, e abrigamos o grupo virtual Abre_Brasil.

3 – Iniciativas para gerar e disseminar textos informativos e posicionamentos da associação frente às questões da saúde mental, através de atividades colaborativas entre portadores, familiares e profissionais de saúde visando a legitimação da multivocalidade em nossas ações de Informação + Empoderamento

Publicações em periódicos (Assis & Villares, 2006), livros acadêmicos e textos para revistas de ampla circulação, entrevistas a meios diversos de comunicação. Publicação dos livretos “Conversando sobre a Esquizofrenia” (Assis, Bressan & Villares, 2007a; 2007b; 2007c; 2008a; 2008b; 2008c; 2008d). Realização de mostras de cinema seguidas de debates abertos ao público, oficinas de arte, entre outras iniciativas na interface entre informação e mobilização social.

4 – Informação + Empoderamento + Defesa de direitos

Publicação da Cartilha “Saúde Mental e Direitos Humanos” em parceria com o CDH – Centro de Direitos Humanos, um trabalho minucioso e inédito que reúne informações jurídicas sobre a saúde mental nas várias áreas do Direito, em um texto acessível para as pessoas que não são especialistas nessa área. O objetivo da cartilha é contribuir para instrumentalizar líderes de associações, operadores do direito e os demais interessados em ações de defesa de direitos.

5 – Parcerias em níveis locais, nacionais e internacionais

Tendo nascido como um projeto ligado a um programa internacional de estratégias antiestigma, desde o início buscamos compor parcerias com grupos e associações locais. Também buscamos mapear e contatar as demais associações nacionais para compor estratégias de atuação conjunta. Participamos da Aliança Latina de Associações de Saúde Mental, do Global Movement for Mental Health, da World Federation for Mental Health (WFMH) e contribuímos para a fundação

da Associação Encontrar+se, em Portugal, da qual somos parceiros em várias realizações.

Ações em rede como tecnologia social para criar, sustentar e fortalecer ações de defesa de direitos em saúde mental

Assim como a maioria das associações nacionais de saúde mental, a Abre dispõe de poucos recursos e depende quase exclusivamente da colaboração voluntária de seus coordenadores de atividades. Assim, ao idealizar inicialmente ações de alcance local para aprender com a experiência e, posteriormente, disseminá-la através de atividades com potencial multiplicador, focamos o desenvolvimento de material informativo, atividades educativas e de apoio, estabelecendo a estratégia de construção coletiva através de processos que estimulassem a participação social e o empoderamento de todos os colaboradores do projeto. Nesse sentido, desde o início nos perguntamos quais ferramentas e práticas possibilitariam gerar informação e diálogo potencialmente transformadores que fossem acessíveis às pessoas afetadas pela vivência com a esquizofrenia e outros transtornos mentais, que pudessem contornar as restrições econômicas e barreiras geográficas. Assim, vislumbramos que investir na internet como veículo de informação poderia ser uma estratégia interessante e viável. Dessa maneira, criamos inicialmente o *site* do Projeto S.O.eSq., que transformou-se, a partir de 2005, no *site* da Abre, onde começamos a divulgar materiais informativos, eventos, depoimentos e *links* para outros projetos, serviços e grupos relacionados.

E foi a partir dessa plataforma virtual que vimos nascer e crescer uma potente ferramenta relacional e de empoderamento – o Grupo Virtual Abre_Brasil. Criado em 2004 para facilitar a aproximação de pessoas em torno de um assunto comum e estimular a troca de informações, o grupo vem gradativamente se configurando como um rico território de conversas e como tecnologia social (Bacigalupe, 2010). Com mais de 500 participantes de todas as partes do País, é moderado por José Alberto Orsi, diretor adjunto da Abre, e constitui-se numa ativa rede de trocas apoiada pela nossa associação. Numa avaliação informal conduzida em 2010, ouvimos dos participantes que o grupo virtual fun-

ciona como um espaço de apoio mútuo, de colaboração e troca de informações sobre diagnóstico, tratamento e convivência; que é um território seguro para compartilhar depoimentos sobre a experiência com a doença e para se pedir ajuda em momentos de crise e solidão; além disso, os integrantes o utilizam para circular e divulgar textos e eventos. Ouvimos também que o grupo virtual se constitui numa rede de solidariedade e de amizade e que propicia o fortalecimento, o empoderamento e a participação social de seus integrantes.

Nesse contexto de avaliação do grupo, publicamos um breve texto (Villares, Assis & Orsi, 2010) onde nos perguntamos quais parâmetros seriam úteis para pensar a efetividade dessa ação dentro da missão da associação e refletimos sobre a pertinência de avaliarmos o grupo segundo o seu potencial para promover o empoderamento de seus participantes. Nesse sentido, também encontramos no artigo de Bacigalupe questões úteis para refletir, por exemplo, sobre como essas novas tecnologias sociais podem propiciar experiências relacionais tão ricas e significativas quanto aquelas de contextos relacionais não virtuais, ou de como podem funcionar como um convite ao desenvolvimento de novas competências culturais. Assim, temos acompanhado com entusiasmo alguns desdobramentos da evolução de nosso grupo, como a articulação de grupos presenciais de familiares em mais de uma cidade em diferentes estados do Brasil e a circulação de informações que tem facilitado o acesso ao tratamento para tantos de seus participantes.

Conclusão

A Abre é ainda uma pequena associação; no entanto, dez anos de atividades já nos permitem compartilhar aprendizados e conquistas que resumimos a seguir, na intenção de convidar todos os interessados em somar seus esforços e experiências para contribuir com as mudanças que desejamos para a saúde mental no País.

As ações para reduzir o estigma associado aos transtornos mentais e lutar pelos direitos das pessoas afetadas por práticas de exclusão usualmente se desenvolvem a partir de três estratégias

principais – protesto, educação e contato. Protesto é uma estratégia reativa, normalmente pontua o que não se considera aceitável, mas pouco contribui para a construção de atitudes mais positivas na sociedade. As ações educativas e aquelas que promovem contato entre portadores de transtornos mentais/usuários de serviços de saúde mental e a comunidade na qual se pretende atuar parecem ser mais efetivas quando planejadas e implementadas em co-participação entre usuários, familiares, amigos e profissionais de saúde, e direcionadas a grupos específicos – que podem compreender os próprios familiares de pacientes e os profissionais de um determinado serviço, educadores, alunos de ensino médio ou estudantes de graduação, profissionais da mídia ou legisladores, e outros segmentos de uma comunidade. Nessas circunstâncias, a ação desejada pode atender de maneira mais específica às demandas de cada grupo em questão.

Sabemos que uma multiplicidade de ações de apoio, educação e defesa de direitos têm sido propostas e implementadas através de associações de saúde mental, da mesma maneira como muitas vezes conduzimos as ações da Abre: na raça, no improviso, com poucos recursos, muita criatividade e alguma ousadia. Todos temos atingido resultados imediatos mais ou menos positivos, mas os ganhos perdem efetividade diante da força do estigma associado aos transtornos mentais e da desarticulação de nossas iniciativas. Ainda sabemos pouco sobre como tornar mais efetivas e duradouras as conquistas de nossas associações, mas já aprendemos que as estratégias são mais eficientes se, por exemplo:

- constituímos espaços de diálogo, troca de experiências e informações e envolvemos usuários e familiares em todas as esferas de atividade da associação;
- mantemos uma postura de respeito aos diferentes olhares e sentidos sobre uma mesma condição;
- evitamos o isolamento que mina as forças de qualquer iniciativa a longo prazo, e buscamos construir parcerias num contínuo exercício de dialogar e negociar espaços, agendas e responsabilidades;
- avaliamos as ações empreendidas para aprender com acertos e erros.

Baseando-nos nessas e noutras diretrizes, a organização das nossas atividades reflete a intenção de pôr em prática a multivocalidade, ou seja, ouvir a voz de todos – usuários/portadores, familiares e profissionais – e incentivar o diálogo como caminho de aprendizagem, estratégia de ação e processo de transformação pessoal e social.

Sustentando essa proposta de ação estão duas posturas fundamentais frente ao conhecimento e ao empoderamento. Primeiro, a de que somos todos construtores desse conhecimento, cada um com sua experiência e seu “saber fazer”. E, segundo, que para gerar mudanças efetivas, precisamos refletir juntos sobre como conhecemos o que conhecemos, como construímos as ideias que temos das coisas e como atuamos a partir desses saberes. Nesse processo, não há saber que seja maior ou melhor – é a combinação de todos, através do diálogo, que abre caminho para construirmos outras narrativas sobre a doença mental que proponham lugares novos e ampliados, com autoridade e autonomia para enfrentarmos o desafio de transformar práticas e abrir espaços de convivência possível entre discursos, limites e necessidades em uma sociedade em que todos sejam cidadãos de fato.

Referências

- Almeida, K. S.; Dimenstein, M.; Severo, A. K. “Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental”. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 14(34):577-89, 2010.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2007a). “Conversando sobre a esquizofrenia: entenda como ela acontece”. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.abrebrasil.org.br/livretos/livreto1.pdf>.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2007b). “Conversando sobre a esquizofrenia: caminho até o diagnóstico”. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.abrebrasil.org.br/livretos/livreto2.pdf>.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2007c). “Conversando sobre a esquizofrenia: a importância do tratamento”. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.abrebrasil.org.br/livretos/livreto3.pdf>.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2008a). “Conversando sobre a esquizofrenia: estigma – como as pessoas se sentem”. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.abrebrasil.org.br/livretos/livreto4.pdf>.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2008b). “Conversando sobre

- a esquizofrenia: o convívio familiar”. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.abrebrasil.org.br/livretos/livreto5.pdf>.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2008c). “Conversando sobre a esquizofrenia: recuperação e novas perspectivas”. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.abrebrasil.org.br/livretos/livreto6.pdf>.
- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. *Entre a Razão e a Ilusão: Desmistificando a Loucura*. São Paulo: Segmento Farma, 2008d.
- Assis, J. C.; Villares, C.C. “Serviço de orientação à esquizofrenia”. In: Malta, S. M.; Attux, C.; Bressan, R.A. (Eds.). *Esquizofrenia: integração clínico-terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2006, pp. 167-181.
- Bacigalupe, G. “Visitando o domínio das tecnologias sociais para estreitar as conversações colaborativas”. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 37:9-19, 2010.
- Meagher, J. *Partnership or Pretence. A handbook of empowerment and advocacy for consumers/users and survivors of psychiatric services*. Psychiatric Rehabilitation Association, Sydney, 3rd ed. 2002.
- Rodrigues, J.; Brognoli, F. F.; Spricigo, J. S. “Associação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sua significação”. *Texto Contexto Enferm*, 15(2):240-5, 2006.
- Rosa, L. “A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental”. *Psicologia em Revista*, 11(18):205-218, 2005.
- Souza, W. S. “Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):933-939, 2001.
- Vasconcelos, E. M. “Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e profissionais de saúde mental no Brasil”. *Vivência*, 32: 173-206, 2007.
- Vasconcelos, E. M. “Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas”. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), 2009. 1 cd-rom.
- Villares, C. C. “A criatividade como postura em ações para gerar transformação social”. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 26:65-75, 2006.
- Villares, C. C.; Assis, J. C.; Orsi, J. A. “Redes digitais de diálogo e apoio para pessoas com esquizofrenia, seus familiares e amigos: a experiência da Abre”. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 38:115-118, 2010.

CAPÍTULO 4 | Princípios dos cuidados de saúde mental na comunidade

Mário Dinis Mateus

Saúde mental ou psiquiatria comunitária?

Como vimos no Capítulo 1, dois paradigmas se desenvolveram com a reforma da assistência psiquiátrica, estando em constantes movimentos de aproximação e antagonismo: uma linha de ação chamada (principalmente nos países de língua inglesa) de psiquiatria comunitária, que se inspira na psiquiatria social e no movimento de aproximar a psiquiatria da área da saúde como um todo; e outra linha de crítica à abordagem centrada no conhecimento e nas instituições tradicionais da medicina e da psiquiatria, muitas vezes nomeada de abordagem psicossocial.

É frequente que estas linhas de ação se combinem, com maior ou menor consciência da procura de harmonizar o melhor de cada corrente para evitar conflitos ou contradições, e cada vez mais se utilize o termo genérico “saúde mental” para nomear o campo interdisciplinar do cuidado em todas as suas vertentes (promoção em saúde, prevenção, tratamento e reabilitação) ligadas aos aspectos psicológicos da saúde. Como se, havendo uma grande disputa de ideias e interesses no campo da saúde/doença cardíaca entre defensores de mudanças na dieta, práticas esportivas, uso de medicações, intervenções cirúrgicas etc., adotássemos o termo “saúde cárdio-circulatória” para denominar todos os programas e serviços da área.

Não pretendemos neste capítulo defender este ou aquele lado, ou mesmo oferecer esta ou aquela composição, mas sim tra-

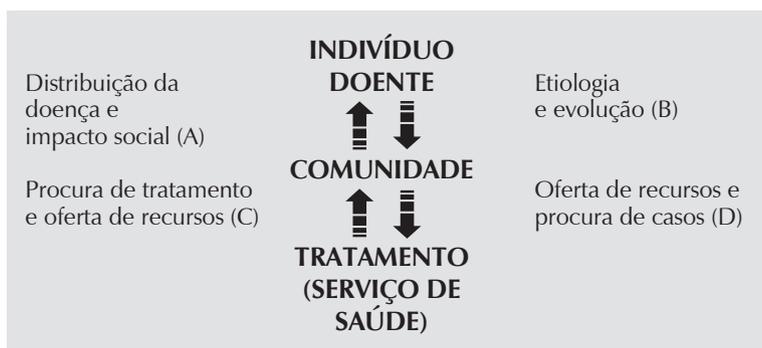
zer mais elementos para o debate, discutindo princípios básicos para a organização das políticas de saúde mental.

1 **Psiquiatria social**

A psiquiatria social utiliza-se de diversas áreas do conhecimento das ciências humanas (psicologia social, economia, sociologia, antropologia etc.) para fazer a ponte entre a psiquiatria e o coletivo. Podemos utilizar vários termos para delimitar esse campo de estudo *social* (sociedade, coletivo, família, vizinhança, rede social, comunidade), de acordo com o interesse em questão.

Durante todo o desenvolvimento da psiquiatria, diversos autores (como, por exemplo, Kraepelin) atentaram para a importância dos fatores socioculturais na patogênese e topoplastia das doenças mentais, mas o termo psiquiatria social só aparece pela primeira vez na literatura científica em 1917, no livro “Mental Hygiene”, de E. Southard.

Figura 1 – Temas de interesse para a psiquiatria social



Na Figura 1 temos um esquema da interrelação das áreas de interesse da psiquiatria social:

- Distribuição e impacto dos transtornos mentais na comunidade, família, sociedade (A). Como os indivíduos doentes se distribuem na sociedade, por idade, gênero, área geográfica, ocu-

pação etc.? Qual é a letalidade, morbidade, taxa de incapacidade, quais os custos diretos e indiretos trazidos por essa doença naquela sociedade?

- Influência dos determinantes sociais na etiologia e evolução dos transtornos mentais (B). Como os fatores socioculturais influenciam a saúde mental dos indivíduos, causando ou favorecendo um melhor ou pior prognóstico?

- Itinerários terapêuticos (percursos de busca de tratamentos oficial e alternativo) e recursos comunitários para o tratamento/reinserção social (“como levar a comunidade até as ações em saúde mental”) (C).

- Organização dos serviços de saúde mental; busca ativa de casos, programas de prevenção e promoção da saúde mental (“como levar as ações em saúde mental até a comunidade”) (D).

Apesar da produção de conhecimento na psiquiatria social ter como foco o coletivo, não devemos nos pautar por uma simples oposição entre atenção ao individual versus atenção ao coletivo. Na atenção ao indivíduo com problemas mentais, utilizamos todo o conhecimento disponível na psicodinâmica, neurociência e psiquiatria social, pois não podemos imaginá-lo como um ser isolado no universo, desconsiderando entre outros o contexto sociocultural em que se insere, a epidemiologia da doença que porventura apresenta, o sistema de tratamento disponível e o acesso que poderá ter a estes.

Do mesmo modo seria empobrecedor, senão impossível, pensar o coletivo (por exemplo, em estudos sobre como uma doença se distribui na população ou num planejamento de como melhorar o tratamento dessa doença) ignorando que esse coletivo se faz com indivíduos, cada qual com corpo, história de vida e inserção social únicos.

2 Influência dos determinantes sociais na etiologia e evolução dos transtornos mentais

No Capítulo 15 (sobre promoção de saúde e prevenção) abordaremos algumas ideias a respeito da ação do social sobre as condições de saúde e doença mental dos indivíduos. Focaremos

aqui em um assunto importante para a elaboração de políticas e programas de saúde mental: a influência dos fatores socioculturais na inserção de indivíduos com transtorno mental grave e persistente (TMGP). Apesar de vários dos conceitos aqui expostos poderem ser estendidos aos pacientes com transtornos mentais leves, optamos por limitar nosso tema, para um maior aprofundamento da discussão.

Teoria da rotulação social

A teoria da rotulação social (por exemplo, Waxler, 1974) aborda os efeitos das experiências sociais sobre uma pessoa, desde o início do processo no qual a sociedade reconhecerá nela um “doente”, independentemente das causas primárias da doença reconhecidas pela medicina, ou mesmo se o conhecimento médico concordaria tratar-se de uma patologia, mental ou orgânica.

O paciente modela seu comportamento dentro das expectativas de pessoas relevantes, dos familiares e dos responsáveis pelo seu tratamento, além de utilizar suas próprias crenças sobre doença mental trazidas pela cultura e experiências pessoais. Ao aceitar o *papel social de doente* (aceitar ajuda, mostrar-se frágil e dependente, por exemplo), receberá atenção especial e será dispensado de uma série de obrigações; caso contrário, poderá ser visto não como doente, e sim como “preguiçoso”, “malandro” etc. Porém, se essa rotulação permanece por muito tempo, o status do indivíduo cai, podendo ser estigmatizado por sua doença.

Fatores como o poder e status do paciente e de sua família na sociedade, assim como seu grau de instrução, conhecimento e capacidade de autoavaliação, pesarão para que ele resista à rotulação de doente. Se já houve diagnóstico e tratamento prévio, o efeito poderá ser inverso, facilitando essa rotulação.

Waxler (1979) (Quadro 1), na tentativa de explicar por que os nativos do Sri Lanka com esquizofrenia teriam, em sua pesquisa, uma melhor evolução que a esperada em países industrializados, argumenta que os cingaleses usualmente explicam a doença mental como sendo proveniente de uma causa externa, natural ou sobrenatural. A loucura é identificada como problemática e merecedora de tratamento, mas não incurável. Se, por exemplo,

um novo surto ocorre após um intervalo de tempo, a tendência é acreditar que outra doença surgiu e não que ocorreu uma recaída.

Quadro 1 – Comparação da rotulação social em duas sociedades (adaptado de Waxler, 1979)

SOCIEDADE NÃO-INDUSTRIAL	SOCIEDADE INDUSTRIAL
Causas sobrenaturais, o paciente não acredita ser o responsável pela doença.	Causas psicológicas/biológicas demonstram uma “fraqueza” ou “fragilidade” do paciente.
A doença não mudará de forma substancial a natureza da pessoa.	Acredita-se que, uma vez que se tenha uma doença como a esquizofrenia, “muda-se” para o resto da vida.
Assim que os sintomas agudos desaparecem, isto é, as causas sobrenaturais cessaram, a família, vizinhos e curandeiro acreditam que o paciente está curado.	A doença é vista como crônica com períodos de agudização.
Uma recaída será considerada na verdade uma nova doença, provavelmente com outra causa.	A recaída é a confirmação da cronicidade
O paciente pode reter maior controle sobre o tratamento médico e deixar de ir à consulta quando ele e a família quiserem.	O sistema médico mais organizado tem consultas ambulatoriais periódicas, executa visitas domiciliares etc.
Os técnicos de saúde mental terão uma influência apenas relativa, quer pelo menor alcance dos serviços, quer pela concomitância com vários tratamentos alternativos, por sua vez menos rígidos e mais direcionados a atender as expectativas trazidas pelo paciente e sua família.	Os técnicos de saúde mental têm pouco tempo para os pacientes, pouca informação sobre eles e suas ações são altamente rotinizadas. Manter a medicação ou a internação, ou continuar marcando novas consultas é uma tendência, para não se “pecar por omissão”.

Importância do ambiente familiar: emoções expressas e famílias extensas

Brown e cols. (1972) desenvolveram o conceito de *emoções expressas* (EE) como uma medida da “temperatura afetiva” dos la-

res de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que viviam com familiares. Os autores realizaram na Inglaterra um estudo prospectivo longitudinal no qual usaram uma entrevista semiestruturada gravada, e que levava em conta aspectos como a tonalidade e elevação da voz, além do conteúdo manifesto. Tinha a entrevista os seguintes componentes: *comentários críticos, hostilidade, superenvolvimento emocional e afeto*, este último o único componente positivo, e foram padronizados diferentes níveis de EE. Familiares foram entrevistados durante a internação hospitalar de 101 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e seguidos por nove meses após sua alta. Dentre os pacientes vivendo com familiares com altos índices de EE (maior intolerância e hostilidade), a taxa de recaída foi de 58%; nos de baixos índices de EE, foi de 16% (o alto índice de EE sendo um risco de recaída maior inclusive que a aderência ou não à medicação).

O conceito de EE tem sido largamente utilizado, não só como um índice preditivo da evolução da doença, mas também como base para terapias de intervenção familiar (Koenigsberg e Handley, 1986). No entanto, Jenkins e Karno (1992) chamam atenção de que qualquer elucidação teórica do construto das EE terá que considerar suas bases essencialmente culturais. No caso de seu estudo comparativo entre famílias méxico-americanas e anglo-americanas, Janis Jenkins (1988) aponta as seguintes razões para a ocorrência de índices altos de EE ser menor nas famílias méxico-americanas (43%) do que nas anglo-americanas (83%):

a) os méxico-americanos tendem a uma resposta emocional à doença do familiar em que culturalmente predomina a tristeza e não a raiva;

b) o modelo etnopsiquiátrico da “doença dos nervios” propicia uma maior tolerância para com o familiar doente;

c) estratégias de manejo de situações difíceis, isto é, os méxico-americanos tendem a evitar argumentações e confrontos;

d) valores familiares que incorporam a obrigação de ajuda e estendem as responsabilidades a seus membros, de forma que diminui o encargo individual de cada familiar.

Outro aspecto importante referente à estrutura familiar é documentado por El-Islam (1982), ao encontrar um melhor es-

tado clínico e ajustamento social em pessoas com TMGP vivendo em *famílias extensas* do que em famílias nucleares, no Qatar. O autor lembra que nesse país a família extensa não é apenas caracterizada por um maior tamanho, mas pela forte relação entre seus agregados, que optam por viver juntos, enquanto nas famílias nucleares houve a opção de sair para morar separado dos demais. Foram definidas seis categorias presentes ou não nas famílias estudadas: supervisão da medicação do paciente; tolerância aos comportamentos anormais, tolerância ao isolamento; ausência de cobrança excessiva de respostas do paciente aos estímulos; ocupação do tempo livre do paciente e “normalização cultural”, esta última definida como uma preocupação dos familiares em explicar a doença de maneira socialmente aceita. Todas essas categorias foram encontradas em maior número de vezes nas famílias extensas. Coloca-se a hipótese de que em famílias extensas a divisão de responsabilidades e a preocupação com o bem-estar de cada membro explicam esse achado.

Temos, assim, uma dicotomia entre culturas industrializadas e não-industrializadas: a proteção ao paciente na estrutura familiar das culturas não-industrializadas, sobressaindo-se quer pela importância dada à obrigação de ajudar um parente adoecido, quer pela tendência a um relacionamento mais afetuoso e menos hostil.

Retirada positiva

O esforço de entender as experiências subjetivas vividas pelas pessoas com TMGP nos leva a questionar quando e quais estratégias são adotadas para essas pessoas manterem-se inseridas na comunidade.

Um estudo de Corin (1992) fala de entrevistas em profundidade com uma amostra sorteada de 45 indivíduos, entre todos os pacientes tratados em um hospital canadense em um dado período, com 5 a 15 anos de diagnóstico de esquizofrenia, divididos em três grupos, de acordo com sua história de re-hospitalização nos últimos quatro anos. Foi possível observar que havia diferenças na vivência dos pacientes dos grupos de melhor ou pior evolução da doença (definida como o número de re-hospitalizações).

Foi observado que os pacientes do citado estudo passam por uma reorganização da experiência da doença, de si próprios e do mundo, na qual a desconfiança ou retraimento social que experimentam, por exemplo, passa a ter um sentido pessoal. O ambiente sociocultural terá forte interação nessa reconstrução da experiência.

Muitos dos indivíduos com menos hospitalizações apresentavam certas estratégias, nomeadas de *retirada positiva*, nas quais mantinham sua inserção social baseada em relacionamentos pessoais distanciados e ligações tênues com o mundo à sua volta. São pacientes que mantêm relacionamentos com o jornalista ou com atendentes de balcão, por exemplo, ou passam o dia a passear por parques e centros comerciais. Outra tendência é a de participar de grupos de postura alternativa e justificar seu distanciamento social por uma discordância dos valores da sociedade (algo como “recuso-me a trabalhar neste sistema capitalista explorador”, ou “só me preocupo agora com valores espirituais”, por exemplo). De certa forma, essas pessoas encontraram brechas dentro de sua cultura, a qual privilegia a eficácia e a autonomia.

*Oportunidade de trabalho,
expectativas do paciente e familiares*

Em culturas não-industriais, a divisão do trabalho é menos minuciosa, havendo várias gradações e acumulações de papéis sociais que podem ser desempenhadas pelo paciente, facilitando sua readaptação. As expectativas de ascensão social são pequenas ou simplesmente irrelevantes para toda a comunidade, havendo pouco acesso a níveis superiores de educação. Além disso, a valorização social recai sobre aspectos tradicionais, para além do nível financeiro, como a origem familiar, religiosidade etc. Todas essas características podem facilitar a adaptação social do paciente.

Esses fatores são também observados na distribuição de tarefas entre os gêneros, com características mais toleradas nas mulheres do que nos homens em diversas culturas, como permanecer solteiro(a), viver com os pais, abandonar precocemente os estudos ou desempenhar apenas tarefas domésticas (Chaves, 1995).

*Acesso e características do sistema
de saúde e tratamentos alternativos*

Tem-se aventado a hipótese de que certos tipos de serviços de saúde mental, com atendimento a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, poderiam gerar um efeito paradoxal, involuntariamente produzindo dependência nesses pacientes, e mesmo estimulando, por meio das pensões ou licenças por invalidez, uma manutenção desnecessária no sistema de saúde (Estroff, 1981; Strauss et al., 1989). Alguns programas de atendimento poderiam ter dificuldade em perceber o limite em que a medicação e as terapias de apoio passariam a favorecer mais a discriminação social e tenderiam a ver todas as interrupções de tratamentos como abandonos a serem combatidos; por exemplo, visitas domiciliares ou uso de medicação de depósito. Essa tendência poderia estar influenciada também por uma pressão social sobre os serviços de saúde.

Cooper e Sartorius (1977) colocam a questão de que, nas pequenas comunidades das culturas não industrializadas, o número de pacientes será também pequeno e as possíveis alterações e distúrbios decorrentes da doença mais facilmente administrados pelo corpo social. É com o aumento do número desses pacientes, acompanhado de seu anonimato nas grandes sociedades urbanas, que cresce o estado de tensão entre os indivíduos – bem como a pressão sobre os serviços de saúde e de polícia para que mantenham a ordem pública –, levando assim a hospitalizações e afastamento do paciente de seu contexto social.

Waxler (1974) observa que no Sri Lanka (ver Figura 3) todos os tipos de tratamento – da psiquiatria ocidental ou os tradicionais (medicina ayurvédica, exorcismo e outros tratamentos nativos) –, são de curta duração. Não há, segundo a autora, nenhum tipo de política nos hospitais para reter os pacientes por longos períodos. Se o paciente ou familiar não concorda com o diagnóstico ou com o tratamento, pode facilmente mudar (o que fazem com frequência) para outro tratamento mais congruente com suas crenças. A autora não questiona a validade do tratamento em si, mas a maneira como os profissionais de saúde mental podem validar ou não rótulos sociais que estão

em negociação com o paciente e sua família, mesmo sem ter consciência de fazê-lo.

Programas psicopedagógicos que, na tentativa de aumentar a adesão ao tratamento, utilizem fórmulas prontas, como “a esquizofrenia é como diabetes, deve-se cuidar para toda a vida”, ou “não se tem esquizofrenia, se é esquizofrênico”, podem estar contribuindo para a estigmatização do paciente (discutida no Capítulo 18), que muitas vezes abandona o tratamento justamente para fugir ao rótulo que sente receber e que o desqualifica.

3 A psiquiatria comunitária

Retornando à Figura 1, podemos dizer que a psiquiatria comunitária corresponde aos itens C e D do esquema, ou seja, ao campo da psiquiatria social que abrange as relações entre comunidade e sistema de saúde.

A psiquiatria comunitária pode ser dividida em duas grandes vertentes no desenvolvimento de seu corpo teórico e prático:

A. O incremento da atenção à saúde mental na rede básica de saúde (promoção da saúde e prevenção dos transtornos mentais, detecção precoce e tratamento dos transtornos leves e moderados);

B. A desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (TMGP), com a criação de uma rede de suporte para sua manutenção na comunidade.

Abordaremos abaixo alguns conceitos-chave para a psiquiatria comunitária.

Pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (TMGP)

A terminologia “pacientes crônicos”, outrora utilizada, vem sendo combatida por induzir ela mesma à “doença institucional” que poderíamos denominar *cronificação*.

Apesar da falta de um consenso, tem-se avançado na caracterização de quais pacientes mereceriam a classificação de portadores de TMGP (Bachrach, 1988). Em uma revisão da literatura a respeito, Schinnar et al. (1990) encontraram 17 definições de

TMGP e dentre estas destacamos a definição do National Institute of Mental Health, que estipula os seguintes critérios:

- a) doença *prolongada* e tratamento de longa duração;
- b) diagnóstico de *psicose não orgânica* ou de *transtornos de personalidade* (pessoas com quadros de dependência a substâncias ou retardo mental são consideradas portadoras de TMGP apenas se apresentam quadros psicóticos ou de transtorno de personalidade associados, além dos demais critérios aqui listados);
- c) *prejuízo* em pelo menos três áreas listadas (atividades da vida diária, funcionamento social, desempenho no trabalho, procura de assistência necessária etc.), que leva o paciente a um alto grau de *dependência*;
- d) comportamento necessariamente *demandador de cuidados*, e *vulnerabilidade aumentada ao estresse*.

Desinstitucionalização

Podemos caracterizar a política de saúde mental denominada desinstitucionalização por: a) evitar admissões em hospitais psiquiátricos recorrendo a alternativas de tratamento na comunidade; b) devolver à comunidade todos os pacientes institucionalizados que tenham recebido a adequada preparação para essa mudança, e estabelecer e manter um sistema de suporte na comunidade para as pessoas com transtornos mentais graves. Esse segundo aspecto foi o grande motor da reabilitação psiquiátrica ou psicossocial, que abordaremos em capítulos seguintes.

Seguimento de caso (SC) e tratamento comunitário assertivo

Apesar de enfrentar grandes dificuldades na organização de seu sistema de saúde como um todo, os Estados Unidos deram grande impulso à sua reforma da atenção psiquiátrica em 1963, com o *Community Mental Health Center Construction Act*, que estimulou a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental e a oferta de outros serviços, visando a manutenção dos pacientes na comunidade e não nas instituições hospitalares.

Em resposta à crescente demanda das pessoas com TMGP por serviços de saúde mental na comunidade, o National Insti-

tute of Mental Health estabeleceu, em 1977, o *Community Support Program* cuja principal função foi de coordenar os serviços de saúde mental na comunidade. Criou-se então uma nova função nos serviços, o seguimento de caso (SC, *case management*, no Brasil também nomeado de gerenciamento de caso), e um novo profissional de saúde mental, o seguidor de caso (*case manager*).

Inicialmente, o papel do seguidor de caso era referir o paciente, coordenar e integrar os vários serviços em um programa coeso, mais bem preparado para atender as necessidades de cada paciente. Além dessas tarefas básicas, as responsabilidades do seguidor de caso têm crescido e, com o desenvolvimento de intervenções com o paciente (como psicoterapia individual intermitente, treinamento em habilidades para independência no dia a dia, psicoeducação etc.) e no ambiente (contatos com os recursos comunitários, consultas à família e outros cuidadores, manutenção e expansão dos contatos sociais, colaboração com médicos e serviços de saúde e defesa dos direitos do paciente) (Kanter, 1998).

Como podemos perceber, na concepção do seguimento de caso encontramos as bases para o profissional e a equipe de referência, que discutiremos no capítulo sobre intervenção psicossocial (Capítulo 17).

Em 1970, Stein e Test criaram um programa designado “tratamento comunitário alternativo ao hospital para pessoas com doença mental”. O programa original foi posteriormente desenvolvido como um “pacote” de cuidados especializados para pacientes com prejuízos psiquiátricos mais graves, usualmente caracterizados tanto pelo diagnóstico de psicose grave e persistente, como pelo padrão de intenso uso dos serviços. Assim, essa abordagem comumente é conhecida como Tratamento Comunitário Assertivo (TCA) ou das “equipes de cuidado assertivo contínuo”. O TCA é executado por uma equipe multidisciplinar, usualmente consistindo de um psiquiatra, um enfermeiro e, no mínimo, dois seguidores de caso.

As características básicas do TCA incluem:

a) relação número de pacientes/equipe baixa (10:1, ao contrário de 30:1, ou mais, do seguimento de caso);

- b) maioria dos atendimentos ocorre na comunidade (por exemplo, nas residências, mercados, abrigos);
- c) os casos são compartilhados entre os clínicos, mais do que divididos entre a equipe;
- d) cobertura 24 horas;
- e) maioria dos atendimentos é fornecida diretamente pela equipe, mais do que intermediada por ela;
- f) o caso é atendido sem um prazo para finalizar o acompanhamento.

A prioridade do modelo de TCA está na providência de suportes práticos para a vida diária, como compras, lavanderia ou transporte, por exemplo, e aqui também enxergamos similaridades ao esforço para que as equipes dos CAPS possam agir “foramuros” (que discutiremos no Capítulo 7).

A importância de se estudar o modelo de TCA está em que diversos estudos (Bond et al., 2004) mostraram que ele é efetivo e melhor indicado para os casos de não aderência ao tratamento convencional em serviços de saúde mental (inclusive para casos ligados ao abuso de substâncias), transformando-se de intervenção-piloto em política oficial de saúde mental (Phillips et al., 2001).

Necessidades dos pacientes (needs of patients)

A percepção de que questões sociais e de saúde estão inseparavelmente intrincadas na atenção ao portador de TMGP levou pesquisadores ingleses à busca de metodologias para levantar as necessidades dos usuários dos serviços (de saúde e de promoção social), qual a base de apoio que essas pessoas já contam (família, amigos, recursos da comunidade), e o quanto os referidos serviços estariam auxiliando nessas necessidades.

Esses “*requerimentos dos indivíduos para aquisição, manutenção ou restauração do nível de independência social ou qualidade de vida aceitáveis*” (Department of Health Social Services Inspectorate, 1991) foram chamados pelos ingleses simplesmente de *needs* (necessidades) e instrumentos foram desenvolvidos para registrar as necessidades, mensurar a gravidade dos problemas e o quanto de apoio está sendo oferecido. Desse modo, além de se criar uma ferramenta de apoio à clínica da reabilitação em

saúde mental, se obtiveram também indicadores para avaliação dos serviços sociais e de saúde que atendem pessoas com TMGP na Inglaterra.

A *Camberwell Assessment of Need (CAN)* (Phelan et al., 1995; Slade et al., 1999) é, desses instrumentos, o mais conhecido e utilizado. A CAN possui uma versão para uso na clínica e outra para fins de pesquisa, ambas com 22 áreas a serem investigadas, listadas no Quadro 2. Para cada área, questões estabelecem se existem necessidades causadas por problemas, que recebem graus em uma escala: 0 = ausência de problema sério; 1 = problemas ausentes ou moderados, devido a uma contínua intervenção (necessidade atendida); ou 2 = problemas sérios (necessidades não atendidas). A seguir é aferido quanto de ajuda é recebido da rede de apoio pessoal e dos serviços, e quanto precisaria ser provido.

A versão para pesquisa foi traduzida e validada para o Brasil pela equipe dos professores Marcia Scazufca e Paulo Rossi Menezes (Schlithler et al., 2007).

Quadro 2 – Áreas pesquisadas pela CAN

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Acomodação | 12. Problemas com álcool |
| 2. Alimentação | 13. Problemas com drogas |
| 3. Cuidados com a casa | 14. Companhia de outras pessoas |
| 4. Ocupação | 15. Relacionamento íntimo |
| 5. Cuidados pessoais | 16. Expressão sexual |
| 6. Saúde física | 17. Cuidados com crianças |
| 7. Sintomas psicóticos | 18. Educação básica |
| 8. Informação sobre sua doença e tratamento | 19. Telefone |
| 9. Sofrimento psíquico | 20. Transporte |
| 10. Segurança em relação a si próprio | 21. Dinheiro |
| 11. Segurança em relação aos outros | 22. Benefícios sociais |

Referências

- Bachrach, L. L. (1988). "Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper". *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (4): 383-388.
- Bond, G. R.; Salyers, M.P.; Rollins, A.L. et al. (2004). "How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration". *Community Mental Health Journal*, 40(6): 569-588.
- Brown, G.; Birley, J.; Wing, J. (1972). "Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication". *British Journal of Psychiatry* 121: 241-258.
- Chaves A. C. (1995). "Diferenças entre os sexos na esquizofrenia". Tese de doutorado em saúde mental, apresentada à Unifesp.
- Cooper, J.; Sartorius, N. (1977). "Cultural and Temporal Variations in Schizophrenia: a Speculation on the Importance of Industrialization". *British Journal of Psychiatry*, 130: 50-55.
- Corin, E. (1992). "Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: the Reconstruction of Experience Among Schizophrenics". *Psychiatry*, 55: 266-278.
- Davies, S.; Presilla, B.; Strathdee, G. et al. (1994). "Community beds: the future for mental health care?" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29: 241-243.
- El-Islam, M. F. (1982). "Rehabilitation of schizophrenics by the extended family". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65: 112-119.
- Estroff, S. (1981). *Making it crazy: an ethnography of psychiatric clients in a American community*. Berkeley: University of California Press.
- Jenkins, J.; Karno, M. (1992). "The Meaning of Expressed Emotion: Theoretical Issues Raised by Cross-Cultural Research". *American Journal of Psychiatry*, 149(1):9-21.
- Jenkins, J. (1988). "Ethnopsychiatric Interpretations of Schizophrenic Illness: The Problem of Nervios within Mexican-American Families". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12: 301-329.
- Kanter, J. (1989). "Clinical case management: definition, principles, components". *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 361-368.
- Kanter, J. (1989). "Clinical case management: definition, principles, components". *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 361-368.
- Killaspay, H.; Dalton, J.; McNicholas, S. et al. (2000). "Drayton Park, an alternative to hospital admission for women in acute mental health crisis". *Psychiatric Bulletin*, 24:101-104.
- Koenigsberg, H.W.; Handley, R. (1986). "Expressed Emotion: From Predictive Index to Clinical Construct". *American Journal of Psychiatry*, 143(11): 1361-1373.
- Mosher, L. R. (1999). "Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187:142-149.
- Mueser, K. T.; Bond, G. R.; Drake, R. E.; Resnick, S. G. (1998). "Models of Community care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management". *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1): 37-74.

- Phelan, M.; Slade, M.; Thornicroft, G. et al. (1995). "The Camberwell Assessment of Need: the validity and reability of an instrument to asses needs of seriously mentally ill". *British Journal of Psychiatry*, 167: 589-595.
- Phillips, S. D.; Burns, B. J.; Edgar, E. R. et al. (2001). "Moving assertive community treatment into standard practice". *Psychiatr Serv.* 2001 Jun, 52(6):771-9.
- Schinnar, A. P.; Rothbard, A. B.; Kanter, R. (1990). "An Empirical Literature Review of Definitions of Severe and Persistent Mental Illness". *American Journal of Psychiatry*, 147: 1602-1608.
- Schlithler, A. C. B. et al. (2007). "Confiabilidade da versão brasileira da escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN) em casos incidentes de psicoses em São Paulo, Brasil". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2):160-3.
- Slade, M.; Thornicroft, G.; Loftus, L. et al. (1999). *CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness*. London: Gaskell.
- Stein, L. I.; Test, M. A. (1980). "Alternative for the hospital treatment: I. Conceptual moddel, treatment program, and clinical evaluation". *Archives of General Psychiatry*, 37: 392-397.
- Strauss, J.; Rakfeldt, J. et al. (1989). "Psychological and Social Aspects of Negative Symptoms". *British Journal of Psychiatry*, 155 (sup. 7) 128-132.
- Waxler, N. E. (1974). "Culture and Mental Illness. A Social Labeling Perspective". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159: 379-395.
- Waxler, N. E. (1979). "Is Outcome for Schizophrenia Bether in Nonindustrial Societies? The Case of Sri Lanka". *Journal of Mental and Nervous Diseases*, 167: 144•158.
- Thornicroft, G.; Tansella, M. (2002). "Balancing community-based and hospital-based mental health care". *World Psychiatry*. 2002 June; 1(2): 84–90.
- Thornicroft, G.; Tansella, M. (2004). "Components of a Modern Mental Health Service: a Pragmatic Balance of Community and Hospital Care". *British Journal of Psychiatry*, 185: 283-290.
- Thornicroft, G.; Tansella, M. (2006). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press.

CAPÍTULO 5 | Formulação de políticas e programas de saúde mental

Mário Dinis Mateus

“Política” agrega o sentido de *“politics”*, em inglês, que entre outros significados refere-se a “relações sociais envolvendo autoridade e poder”; e o de *“policy”*, “um plano de ação adotado por um indivíduo ou grupo social” (Princeton University, 2011). Como não temos essa diferenciação em português, por vezes referimo-nos a “luta política entre partidos” ou a “aliados políticos no Senado”, utilizando o mesmo termo para “políticas sociais” ou “estabelecendo uma política de prioridades”. Neste capítulo usaremos para *política de saúde mental*, o sentido geral de “filosofia presente no planeamento do sistema de saúde mental”, ou seja, estaremos, no geral, mais próximos da ideia do termo *“policy”*.

Políticas de saúde mental

Nossa grande referência no campo de formulação das políticas de saúde mental são as publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos textos se baseiam principalmente na consulta a *experts* e nas descrições das experiências de determinados países membros. Há mais de uma década a área de saúde mental da OMS vem sistematizando uma linha de ação que foi assim resumida pelo grupo de trabalho “Mental Health, the Call for Action” (Lancet Global Mental Health Group, 2007):

- o impacto dos problemas de saúde mental na sociedade é imenso;
- existem ações efetivas para prevenir e tratar esses proble-

mas, e se demonstra que é possível adaptar essas ações a cada realidade econômica;

- apesar disso, há uma imensa lacuna (maior nos países pobres) entre a necessidade da população e o cuidado oferecido;
- mudanças na política de saúde são necessárias para sanar essa lacuna.

Nesse esforço, foram desenvolvidos manuais, instrumentos de avaliação, campanhas etc., estimulando os países membros a formularem ou aperfeiçoarem sua política de saúde mental. No “pacote de 14 módulos para política, planejamento e desenvolvimento de serviços em saúde mental”, disponível na internet, temos a seguinte definição de política de saúde mental:

Política de saúde mental

Um conjunto organizado de **valores, princípios e objetivos** para a melhoria da saúde mental e redução do impacto dos transtornos mentais na população (WHO, 2005).

A política de saúde define uma visão do futuro e colabora no estabelecimento de um modelo para a ação. Ela também estabelece o nível de prioridade que o governo dedica à saúde mental, em relação às demais políticas sociais e de saúde. Uma política de saúde mental é geralmente formulada para cobrir um longo período (cinco a dez anos).

Para desenvolver o conceito de visão de futuro (ou imagem-objeto, outro termo utilizado no planejamento em saúde), podemos recorrer aos objetivos fundamentais de um sistema de saúde como um todo (WHO, 2000):

- a) melhorar a saúde da população;
- b) responder às expectativas da população;
- c) prover proteção financeira para os custos da saúde.

Em outras palavras, não basta que o sistema de saúde de um país ou região seja efetivo em promover saúde, prevenir e tratar as doenças. Essas ações devem ser realizadas de maneira compatível com os valores da população e acessível a todos, independente

de seus recursos financeiros. Esse trinômio auxilia a sistematizar um conjunto de valores que guiarão o sistema de saúde e, nesse ponto, mais do que nunca a participação de toda a sociedade é desejada, especialmente dos mais envolvidos: os usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde, governantes, empresários do setor e outros.

Como exemplo, uma sociedade pode valorizar em primeiro lugar as liberdades e direitos individuais, e esse valor levará a princípios de ação dentro do sistema de saúde. Num outro caso, uma sociedade valoriza mais a segurança coletiva e o controle social de comportamentos inadequados, priorizando então outros princípios de ação. É claro que essa é uma falsa dicotomia (apesar de sempre haver algum balanço entre “liberdade” e “segurança”, não temos que optar por uma ou outra), mas forçamos o exemplo para dizer que uma dada cultura, em um dado momento histórico, apresenta um conjunto de valores prioritários, por força da tradição, da ação de grupos de interesse, movimentos sociais etc. Os princípios da política de saúde mental advêm desse conjunto de valores, que deveriam ser debatidos e explicitados ao máximo. Quando uma sociedade não é capaz de pactuar valores e princípios fundamentais para sua política de saúde, ou temos “princípios no papel”, que revelam declarações “politicamente corretas”, mas que não se acredita realmente que serão implementados, ou temos ações desencontradas, contraditórias entre si.

Um princípio que nasce dos valores de uma sociedade associados a justiça social é o da equidade. O princípio da equidade ganha cada vez mais destaque no debate brasileiro e mundial a respeito da organização dos sistemas de saúde, para responder à questão de como melhorar o acesso e resolubilidade do sistema, para diminuir as imensas disparidades no estado de saúde entre indivíduos, grupos da população e países (CNDSS, 2008; WHO 2010a, 2010b).

A equidade na saúde pode ser definida como iguais oportunidades para se alcançar ou manter um estado saudável, iniquidade em saúde sendo as disparidades no risco de adoecer e no acesso ao tratamento, uma vez adoecido, em decorrência de condições injustas e evitáveis. Não se trata de desejar que todos nasçam e vivam com a mesma condição de saúde, mas comba-

ter diferenças injustas e passíveis de solução. Uma vez que as iniquidades estão fortemente associadas ao status social (Marmot, 2008; WHO, 2010c), as soluções passam por melhores políticas na área da saúde, mas extrapolam um único setor, devendo ser debatidas como projeto de sociedade que queremos.

Nas palavras da Comissão Internacional de Determinantes Sociais da Saúde, promovida pela OMS:

A Comissão adota uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a conseqüente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir uma vida próspera. Essa distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenômeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas econômicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países (WHO, 2010c).

Planos e programas de saúde mental

Após explicitarmos os valores e princípios pactuados, devemos desenvolver estratégias para colocá-los em prática. A formulação organizada dessas estratégias é chamada de plano:

Plano de saúde mental

“Uma detalhada elaboração para implementar **ações** em saúde mental” (WHO, 2005).

O plano permite a implantação da visão, valores, princípios e objetivos definidos na política, organizando as estratégias es-

colhidas em elementos como atividades a serem desenvolvidas, metas a serem atingidas, indicadores, cronogramas e orçamentos.

Os programas são destinados ao enfrentamento de um quadro mais específico, em um determinado grupo ou situação de saúde, como “programa para promoção de saúde na terceira idade”, ou “de conscientização e combate ao estigma das doenças mentais nas escolas públicas de segundo grau” ou, ainda, “de atendimento em saúde mental para vítimas da violência”. Um programa costuma ser estabelecido para um período mais curto e para uma realidade mais local do que os planos de saúde mental (e nesse sentido um plano de saúde pode articular vários programas específicos). Essa diferenciação, no entanto, não é consensual e muitos autores usam “plano” e “programa” como sinônimos.

Programas de saúde mental

“Um conjunto de intervenções focadas em prioridades específicas em saúde mental” (WHO, 2005).

Estratégias no plano de saúde mental

A elaboração de estratégias para um plano de saúde é um processo complexo, no qual irão se destacar este ou aquele elemento, de acordo com a formação dos planejadores e grau de participação de diferentes envolvidos.

A Organização Mundial da Saúde enumera dez áreas principais para ação na política de saúde mental (WHO, 2009), listadas no Quadro 1.

Não há necessidade de seguirmos essa divisão à risca, e a realidade local pode trazer mudanças à lista, mas o importante é lembrar os envolvidos no planejamento da política que suas ações devem se dar em várias direções simultaneamente, ou seja, não basta reorganizar os serviços se não buscarmos financiamento para garantir a sustentação do sistema, recursos humanos capazes de trabalhar no modelo assistencial empregado, atentarmos para a questão dos direitos humanos na saúde mental etc., e todas essas demandas não podem ser geridas isoladamente, mas sim de modo simultâneo e coordenado.

**Quadro 1 – Dez áreas principais
para ação na política de saúde mental (WHO, 2009)**

1. Organização dos serviços, planejamento e orçamento
2. Financiamento
3. Legislação e direitos humanos
4. Oferta e distribuição de medicamentos
5. Recursos humanos e treinamento
6. Sistemas de informação
7. Melhora da qualidade das intervenções
8. Defesa dos direitos (*advocacy*)
9. Avaliação da política e planos de saúde mental
10. Áreas de especial interesse (infância e adolescência, p. ex.).

Para dar conta dessas áreas de ação, são sugeridas no Relatório Mundial de Saúde da OMS, de 2001, dez estratégias (Quadro 2) que deveriam estar presentes nas políticas nacionais e regio-

**Quadro 2 – Estratégias para uma política de saúde mental
(OMS, 2001)**

- Prover tratamento para transtornos mentais integrados aos cuidados primários.
- Assegurar amplo acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais.
- Prover cuidados na comunidade.
- Educar o público.
- Envolver comunidades, famílias e usuários.
- Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais de saúde mental.
- Desenvolver recursos humanos.
- Estabelecer vínculos com outros setores.
- Monitorizar a saúde mental comunitária.
- Apoiar pesquisas relevantes.

nais de saúde mental. A principal crítica ao estabelecimento de recomendações universais para os sistemas de saúde mental é que estas podem ser inatingíveis para os países com poucos recursos ou acanhadas para os que têm muitos recursos. Para contemplar essas diferenças, a OMS, ao propor suas dez recomendações estratégicas, contextualiza com exemplos de estratégias para cenários com muitos, médios e poucos recursos disponíveis.

Elaboração de planos e programas de saúde

Não pretendemos trazer uma “receita” pronta e, sim, ilustrar um encadeamento lógico a ser adaptado a cada realidade e feito do grupo que elabora o plano de ação em saúde mental para uma região, cidade, distrito.

Não temos em nossa cultura a tradição de documentar com rigor nossos passos, estabelecer compromissos com investimentos, prazos, divisão de tarefas. Em nossa opinião, o medo de parecer burocrático ou inacessível aos leigos em saúde mental favorece o descompromisso dos gestores, além da sensação de estar sempre “inventando a roda”, retomando a discussão sempre do início, ou de um avançar muito frágil, pela presunção de consensos que não existem. Nosso grande argumento a favor de uma formalização do planejamento em saúde mental é que esta deve estar a serviço de um debate mais amplo e aprofundado com todos os envolvidos (usuários de serviços e seus familiares/amigos; técnicos de saúde, gestores, envolvidos de outros setores, como a educação, a justiça, o desenvolvimento social). Para que esse debate avance é necessário (mas não suficiente...) que os consensos possíveis e os compromissos alcançados estejam registrados e acessíveis, sendo constantemente retomados e rediscutidos.

Etapas do plano de saúde mental

Todo planejamento consiste na tentativa de unir esforços, otimizar recursos, preservar valores, aplicar estratégias, para alcançarmos nossos objetivos. Mas essa realidade, é claro, não tem

ponto de início nem de chegada, muito menos para periodicamente a fim de que possamos avaliá-la. As etapas aqui descritas não são “reais”, mas sim momentos do debate e da escrita do documento que traduz o plano de saúde mental elaborado.

1. Exame preliminar da comunidade

Muitas vezes não temos recursos ou não podemos esperar por estudos (quanti ou quali) de uma comunidade para elaborar nosso plano. Isso não implica sair do zero, ou abandonar a elaboração do plano. Na verdade, já temos muita informação disponível, esperando por alguma sistematização. Os números produzidos pelos serviços são um bom início (e a melhor maneira de demonstrar aos técnicos a importância de registrá-los corretamente é usá-los para tomadas de decisão): número e características demográficas dos usuários, número de consultas ou outras intervenções por usuário, diagnósticos etc. O chamado exame preliminar da comunidade (Gofin e Levav, 1992) também pode conter diversas informações, recolhidas pelo grupo de trabalho, sem uma preocupação excessiva de rigor nas fontes dos dados e sistematização da pesquisa:

- delimitação geográfica da área de cobertura do plano;
- dados sociodemográficos e socioculturais;
- principais atividades econômicas;
- organização política, lideranças e instituições de interesse presentes;
- organização da comunidade, valores, expectativas percebidas, senso comum, concepções de doença e de saúde, itinerários terapêuticos, religiosidade;
- principais problemas sociais (desemprego, violência, degradação do meio ambiente, meios de transporte, falta de moradias).

2. Diagnóstico comunitário e da comunidade

O diagnóstico comunitário pode ser definido como um “Processo quantitativo e contínuo para estabelecer a distribuição e os determinantes do estado de saúde e doença de uma comunidade” (Levav, 1992). Trata-se do levantamento das dimensões dos problemas de saúde mental de uma comunidade, por meio dos registros

dos serviços, estudos epidemiológicos disponíveis ou realizados especificamente para esse diagnóstico, em que se buscam, além da frequência dos problemas, sua distribuição (grupos de maior risco), seu impacto e determinantes, que guiarão a planificação.

Paralelamente à busca por dados quantitativos, a contextualização dos problemas pode ser aprofundada por estudos qualitativos (por vezes diferenciados como “diagnóstico da comunidade”. Entrevistas com informantes-chave, grupos focais, observação *in loco* e pesquisa participante, são os métodos mais utilizados.

3. *Levantamento dos recursos*

No exame preliminar, muitas vezes já estamos abordando recursos (e carências), principalmente de setores não oficiais e fora da saúde. Nessa etapa, tratamos de explicitar os recursos identificados, em especial aqueles em que percebemos parcerias possíveis em nossas estratégias (e aqui vale notar que esse processo de elaboração do plano não segue uma progressão linear: ao chegarmos à elaboração das estratégias, nos damos conta de um tipo de recurso não mencionado e voltamos atrás para completar nosso levantamento, e assim por diante).

Os recursos podem ser nomeados de visíveis (serviços, recursos humanos etc.) e invisíveis (a qualificação profissional da equipe, tempo de experiência e de entrosamento; existência de legislação e normalizações no campo da saúde mental ou setores interrelacionados; atitudes da população etc.) (Thornicroft e Tansella, 1999).

A lista de serviços de saúde deve incluir os governamentais e não governamentais (conveniados ao SUS ou não) e, se possível, todos os locais de tratamento alternativo à saúde oficial. Mesmo aquilo que for considerado uma distorção do sistema (por exemplo, automedicação nas farmácias) deve ser mencionado se for considerado significativo para as ações pretendidas.

4. *Levantamento de evidências nas ações*

Quanto mais o plano consegue, partindo dos valores e princípios estabelecidos na política, aprofundar ações técnicas, mais interessante será o esforço de justificar com as evidências encontradas que essas ações são efetivas (ou seja, que funcionam na rea-

lidade dos serviços) e eficientes (funcionam com um custo que permite que o máximo de pessoas possam usufruí-las). Não é uma tarefa fácil, produzir ou adaptar à realidade local essas evidências, e o debate de quem decide o que é uma evidência razoável permanece (Rose et al., 2006), mas o esforço de justificarmos nossas ações para a sociedade é um imperativo ético e um desafio que só faz avançar o debate sobre a política e planos de saúde mental. Várias metodologias de construção com a comunidade de um plano ou programa de ação ressaltam a importância de se explicitar quais as teorias que embasam as ações propostas (Hernández e Hodges, 2003; Kellogg Foundation, 2004).

5. *Encontros com todos os envolvidos no plano*

De posse das informações anteriores, geralmente recolhidas e elaboradas por um pequeno grupo de trabalho (muitas vezes o coordenador de saúde mental chefia “uma equipe de um só”...), é crucial que se realizem o máximo de conversas possível, com representantes dos usuários, técnicos de saúde, pesquisadores, coordenadores dos serviços de saúde em geral, outros setores, de preferência por meio de encontros abertos à participação de todos. Textos prévios a esses encontros ajudam a aprofundar a discussão e a formação de grupos de trabalho com incumbências específicas organiza a execução de tarefas. Pode-se também utilizar o treinamento de facilitadores e métodos de construção coletiva (por exemplo, ver Kellogg Foundation, 2009). Temos várias barreiras para uma participação plena e diversificada: o pequeno número de organizações de usuários e familiares, a dificuldade de se organizar uma representatividade real dos participantes, a falta de tempo e energia que acomete a todos nós, que costumamos acreditar que tais encontros serão de fato significativos para mudanças na política de saúde etc. A cultura de construir coletivamente a política de saúde é mais que uma exigência legal, pelas diretrizes do SUS: é a melhor estratégia para que os envolvidos de fato banquem as ações planejadas.

6. *Elaboração do plano de saúde*

Chegamos à parte mais importante: a passagem dos princípios e macroestratégias da política de saúde mental para as ações do plano.

As estratégias fazem a ligação entre “política” e “plano”, ou seja, na política elegem-se as estratégias para cada uma das áreas prioritárias, e no plano colocam-se em prática essas estratégias.

A OMS (WHO, 2009) sugere que se descrevam até quatro estratégias para cada área de ação identificada (como as áreas de ação do Quadro 1). Para cada estratégia deveriam-se registrar metas e indicadores que serão produzidos para o monitoramento do plano. O passo seguinte é criar uma planilha com os custos estimados de cada atividade necessária para cada estratégia; e outra planilha com os responsáveis e prazos esperados para cada passo dessas ações.

7. Implementação, monitoramento e avaliação

Cada um dos itens citados a seguir mereceria um capítulo à parte, mas neste espaço nos limitaremos a breves comentários.

Na implementação do plano ou programa, o momento em que este “sai do papel”, vários pontos merecem atenção, como foram resumidos pela divisão de saúde mental da WHO (2009):

- divulgação da política de saúde mental;
- geração de suporte político e de financiamento;
- criação de um grupo de implementação;
- estabelecer áreas de demonstração (em especial nos projetos de maior porte, escolher áreas-piloto para as mudanças não só permite desenvolver ajustes, como também promove a divulgação e treinamento para as mudanças);
- empoderar os cuidadores em saúde mental para a implementação do plano;
- reforçar a coordenação intersetorial e promover interação entre todos os envolvidos.

Uma diferenciação importante a ser lembrada é a de avaliação, como um processo de obtenção de dados, comparação e emissão de juízo de valor sobre o avaliado (Tanaka e Melo, 2001); e de monitoramento, processo contínuo de diagnóstico da situação, por meio de um pequeno número de indicadores selecionados.

Outros aspectos na formulação de políticas de saúde mental

Coordenação de saúde mental

É fundamental a existência de uma equipe responsável pela

coordenação das ações de saúde mental, tanto no sentido de seu planejamento como da execução das ações, nas diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal).

Os defensores da total integração da saúde mental ao sistema geral de saúde por vezes sugerem que essa coordenação, no nível local, pode ser exercida por um único coordenador de várias áreas temáticas (como a saúde da mulher, da infância, da população indígena, DST-Aids etc.) ou da Atenção Básica. Apesar da integração com outros setores da saúde ser necessária, as características da saúde mental (com legislação, serviços, programas específicos) fazem com que a existência de uma coordenação específica da saúde mental seja mais benéfica do que prejudicial à integração da saúde mental com a saúde como um todo.

Financiamento

Não existe um percentual ideal de quanto o sistema de saúde deveria investir na atenção direta à saúde mental. Países com sistemas de saúde muito desenvolvidos, como a Inglaterra, gastam em saúde mental 6% de todo o orçamento da saúde (WHO, 2005). Como vimos no Capítulo 1, o Brasil utilizou em 2005, em ações diretas de saúde mental, 2,34% do orçamento federal para a saúde (Mateus, 2008). É interessante notar que, se não existe um número ideal, frente à realidade do “cobertor curto” (em que as necessidades de saúde lutam entre si por mais recursos), uma porcentagem maior de investimentos em saúde mental evidencia o sucesso da política de saúde mental em angariar apoios, demonstrar sua importância, garantir, por meio da legislação e da própria organização dos serviços no sistema, a destinação dos recursos etc.

A rede de serviços

A modelagem da rede de serviços (Mendes, 2007) sempre será o ponto de maior visibilidade dentro de um sistema de saúde, para onde se voltam as maiores críticas e apoios, pois é para a prática diária do atendimento que todos os demais aspectos do plano convergem. Por outro lado, a existência de uma rede de diferentes tipos de serviços (que serão vistos em detalhes nos capí-

tulos que seguem) não basta se nosso planejamento não dá conta de estratégias para a defesa dos direitos do usuário, formação dos recursos humanos, obtenção de dados dos serviços que permitam monitoramento, avaliação das atividades realizadas etc.

Um exemplo da complexidade da organização de um modelo de rede está na convivência da diretriz de hierarquização dos serviços no SUS e o princípio de trabalho em redes (também discutido no Capítulo 19, sobre políticas para a criança e o adolescente). O conceito de níveis hierárquicos de atenção dos serviços (Bertolote, 1996), com seu clássico desenho da pirâmide, tem sido muito criticado, seja por pretender impor uma porta de entrada única ao sistema (Cecílio, 2001), seja por estimular, através do sistema tradicional de referência e contrarreferência, a não responsabilização dos profissionais com o paciente (ver também Capítulo 6, sobre a estratégia do matriciamento em saúde). Devemos, porém, lembrar as razões históricas para a estratégia da hierarquização, em especial a busca por inverter um modelo de sistema centrado no hospital (na saúde como um todo), privilegiando o nível de atenção primária como norteador do sistema.

A hierarquização pode colidir, no entanto, em aspectos centrais da busca por um funcionamento em rede na saúde, naquilo em que este respeita a definição de Castells para “estruturas sociais com base em redes”:

Redes são estruturas abertas capazes de se expandir-se de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho). Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio. (Castells, 2000, citado em OPAS, 2008.)

Conclusão

Este capítulo procurou introduzir questões presentes ao longo de todo o livro. Apesar de podermos dizer que nosso sistema de saúde é um dos mais complexos e bem planejados do mundo, nossa cultura de debater e pensar as políticas de saúde ainda está

muito aquém das gigantescas dimensões do sistema e dos problemas de saúde que enfrentamos. Se de um lado temos grande parcela da população e dos técnicos de saúde alheios ao debate, do outro, com frequência, encontramos apenas a repetição de palavras de ordem que vão com o tempo se esvaziando de conteúdo. Planejamento, equidade, liberdade de escolha, participação da comunidade etc. serão apenas termos técnicos em tratados e documentos oficiais, ou *slogans* de grupos de influência, se não buscarmos seu real significado no dia a dia da atenção à saúde.

Referências

- Bertolote, J. M. (1992). “Planificación y administración de acciones em salud mental en la comunidad”. In: Levav, I. (ed.). *Temas de Salud mental en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. pp. 103-125.
- Cecílio, L. C. O. (1997). “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada?”. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2008). “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final”. Disponível em <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> [citado 2009 maio 15].
- Gofin, J.; Levav, I. (1992a). “Examen preliminar de la comunidad”. In: Levav, I. (ed.). *Temas de salud mental en la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. pp. 3-16.
- Gofin, J.; Levav, I. (1992b). “Diagnostico comunitario”. In: Levav, I. (ed.). *Temas de Salud mental en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. pp. 17-28.
- Hernández, M.; Hodges, S. (2003). *Diseñando Modelos Lógicos para Sistemas de Cuidado: Ideas en Acción*. [Serie Logrando Servicios Exitosos para la Salud Mental de la Niñez, Volumen 1]. Tampa, Florida, Instituto para la Salud Mental de la Florida, Louis de la Parte, Universidad del Sur de la Florida, Departamento de Estudios de la Niñez y la Familia.
- Mendes, E. V. (2007). “A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde”. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Disponível em [http://www.saude.es.gov.br/download/a_modelagem_das_redes_de_atencao_a_saude.pdf] [citado 2012 maio 15].
- Organização Pan-Americana da Saúde (2008), Gestão de Redes na Opas/OMS. “Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas”. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde.

- Princeton University (2011). “Wordnet: A lexicon database for English”. Disponível on line em <http://wordnet.princeton.edu/> [citado 2011 maio 10].
- Rose, D.; Thornicroft, G.; Slade, M. (2006). “Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 113 (Suppl. 429): 109–114.
- Tanaka, O. Y.; Melo, C. (2001). *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente, um Modo de Fazer*. São Paulo: Edusp.
- Thornicroft, G.; Tansella, M. (2006). *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- W. K. Kellogg Foundation (2004). *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action*. Michigan: W.K. Kellogg Foundation.
- W. K. Kellogg Foundation (2009). “Creating Spaces for Change. Working toward a ‘story of now’ in civic engagement”. Disponível em [<http://www.wkkf.org>] [citado 2012 maio 15].
- World Health Organization (2000). “World Health Report 2000: The world health report 2000 – Health systems: improving performance”. Disponível em [<http://www.who.int/whr/2000/en/>] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2001). “World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope”. Disponível em [<http://who.int/whr/2001>] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2005). “Mental Health Atlas, 2005”. Disponível em [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Package*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). “Improving health systems and services for mental health”. Disponível em [http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2010a). Relatório Mundial da Saúde 2010. “Financiamento dos sistemas de saúde, o caminho para a cobertura universal”. Disponível em [http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization (2010b). “Equity, social determinants and public health programmes”. Editors Erik Blas and Anand Sivakurup. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf] [citado 2009 maio 15].
- World Health Organization CDSS (2010c). “Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais”. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf] [citado 2009 maio 15].



*A rede de serviços
em saúde mental*

CAPÍTULO 6 | Saúde mental na Atenção Básica: o matriciamento

Daniel Almeida Gonçalves

A Atenção Básica à Saúde (ABS), tal como o Sistema Único de Saúde, é norteada por princípios, dentre os quais a integralidade. Ao propor um cuidado independente da presença ou ausência da doença, incorporando a prevenção e promoção de saúde e, principalmente, sem que haja distinção entre condições físicas e mentais, observa-se a importância da efetiva abordagem das condições psicossociais nesse nível de atenção. Assim, seus profissionais devem estar habilitados para uma abordagem resolutiva, além de contarem com uma efetiva integração da rede de saúde.

No entanto, é comum que os profissionais da ABS não estejam familiarizados com esse aspecto da integralidade e as redes de saúde estejam pouco integradas. Neste capítulo, além de se destacar a importância da saúde mental na Atenção Básica, serão apresentados os desafios da formação dos profissionais da ABS em saúde mental e o papel que o matriciamento exerce nessa formação e na organização das redes de saúde.

A saúde mental na Atenção Básica

No Brasil, já foi demonstrada a importância das condições psiquiátricas na Atenção Básica, com índices que variam de 38% a 56%¹⁻³ de prevalência de transtornos mentais na população de abrangência e que utiliza as Unidades Básicas de Saúde, em especial no modelo Estratégia Saúde da Família. A Organização Mundial

da Saúde enfatiza a importância dos quadros mentais na Atenção Básica⁴ e apontou, em parceria com a Wonca (Associação Mundial de Médicos de Família), a necessidade de uma ótima integração de cuidados em saúde mental nesse nível de atenção,⁵ destacando que transtornos mentais tratados inadequadamente estão associados a uma baixa qualidade de vida e à perda de capacidade funcional, além de um aumento nos custos dos serviços de saúde que gera um impacto negativo na economia dos países.⁶⁻⁹

Não há dúvida, portanto, da necessidade de se desenvolver estratégias para o efetivo suporte ao sofrimento psíquico e às doenças psiquiátricas na Atenção Básica. Mas, como desenvolvê-las? Quais as etapas e desafios para implementação da política matricial? Para atingirmos as respostas a essas perguntas, dividiremos este capítulo didaticamente em aspectos teórico-conceituais e prático-administrativos.

1. Aspectos teórico-conceituais

Primeiramente, é importante que se entenda exatamente o que é Atenção Básica no contexto brasileiro. Em 21 de outubro de 2011 foi publicada a portaria n.º 2.488,¹⁰ que regula a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa portaria vem ratificar as portarias n.º 648 e n.º 1.097, de 2006, nas quais foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na Atenção Básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI). A portaria n.º 2.488 mantém a Saúde da Família como estratégia prioritária para a Atenção Básica no País e apresenta a Atenção Básica da seguinte forma:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a respon-

sabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

No Brasil existem dois modelos de Atenção Básica: a “tradicional”, na qual o cuidado dá-se por meio da clínica pediátrica, ginecológica e médica, em grandes centros de saúde e pequenas Unidades Básicas de Saúde; e a estratégia Saúde da Família, nas unidades de Saúde da Família, orientada por uma equipe de referência, focada na abordagem integral sem divisão das clínicas, por gênero ou faixa etária, com ênfase na vigilância em saúde e adstrição de clientela. A inserção de cuidados à saúde mental neste último modelo dá-se de forma mais natural, dado que as equipes deparam-se frequentemente com a problemática psicossocial e há, via de regra, maior proximidade e responsabilidade junto às comunidades.

A Atenção Básica, como porta de entrada do sistema de saúde, relaciona-se com as redes de atenção à saúde. Porém, tradicionalmente, os sistemas de saúde organizam-se de uma forma vertical (hierárquica) através de uma lógica de transferência de responsabilidade, em especial quando Atenção Básica apresenta baixos índices de resolubilidade por formação e atuação insuficientes de seus trabalhadores. Há uma precária comunicação entre os níveis hierárquicos, geralmente mediante documentos de “referência e contrarreferência”, ou outros formulários, que não

oferece uma boa resolubilidade em função de ações burocratizadas e pouco dinâmicas.

Objetivando-se um processo de trabalho mais horizontalizado, que propicie uma maior interação entre os demais níveis especializados e melhor resolubilidade na ABS, surgem estratégias para aproximação dos níveis de atenção e equipamentos de saúde. No Brasil, esse modelo foi impulsionado pela oficialização da política matricial e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2008, que foram reorientados e redimensionados pela portaria n.º 3.124 em 2012.¹¹ Experiências semelhantes vêm sendo desenvolvidas no mundo e são apresentadas como cuidados colaborativos (*collaborative care*)¹²⁻¹³ ou compartilhados¹⁴ (*shared care*). Recentemente foi demonstrado, em revisão sistemática que envolveu 24 mil pessoas em 79 ensaios clínicos randomizados,¹⁵ que os cuidados colaborativos são efetivos para manejo de quadros de depressão e ansiedade na ABS. Foram apontados como elementos fundamentais na composição dos cuidados colaborativos (critérios de inclusão para revisão) a atuação de equipe multiprofissional, plano de cuidado estruturado, acompanhamento contínuo e compartilhado (*case management*) e comunicação interprofissional “potencializada”. Tais elementos guardam semelhanças com os fundamentos estruturantes da prática matricial, como será apresentado a seguir neste capítulo.

Assim, por meio da prática matricial há, no processo de trabalho das UBS, a participação de profissionais de outras especialidades médicas e de outras categorias profissionais (matriciadores) junto aos profissionais de Atenção Básica (equipe de referência), com objetivo de implementar a resolubilidade na atenção primária e capacitar seus profissionais para uma prática mais integrativa, além de facilitar a articulação das redes de saúde.

Inicialmente, a atenção horizontalizada proposta por esse modelo foi voltada à saúde mental. No entanto, com a experiência em diversos municípios e a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, há uma ampliação disciplinar, atingindo outras especialidades médicas – fisioterapia, nutrição, educação física, entre outras.

Há, entre as equipes matriciais e as da Atenção Básica, segundo Campos e Domitti,¹⁶ uma relação que constitui um novo

arranjo organizacional do sistema de saúde para gestão do trabalho, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. É fundamental que ocorra um suporte técnico por parte dos matriciadores, a fim de ampliar o campo de atuação e qualificação dos profissionais da Atenção Básica, caracterizando-se, portanto, como um espaço para educação permanente e transferência de tecnologias. Esse suporte técnico-pedagógico propicia retaguarda especializada, vinculação interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos, de tal forma que o matriciador participa ativamente do processo de cuidado. O matriciador pode, ainda, referenciar a si mesmo, caso seja identificada a necessidade de um cuidado mais específico como parte do projeto terapêutico. Deve também apoiar a articulação com outros equipamentos de saúde e sociais, ajudando portanto à composição de uma rede de cuidado onde o usuário deve transitar com mais resolubilidade.

Pode-se dizer que o matriciamento não é:

- encaminhamento ao especialista;
- atendimento individual pelo profissional de saúde mental ou de outra especialidade;
- intervenção psicossocial coletiva realizada apenas pelo profissional matriciador.

O matriciamento constitui-se, assim, numa ferramenta para transformação da realidade de trabalho de equipes interdisciplinares e de suas relações com as pessoas e comunidades. É fundamentado também nos seguintes elementos:

- efetiva comunicação e coordenação de cuidados entre os profissionais envolvidos;
- ações realizadas predominantemente na Atenção Básica;
- integração entre recursos locais de saúde e intersetorial.

2. Aspectos prático-administrativos

A implementação do modelo matricial na ABS depende de um comprometimento tanto dos profissionais envolvidos, seja nas equipes de referência ou matriciais, quanto dos gestores lo-

cais. A maioria dos profissionais da ABS não é especialista em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade, além de terem tido uma formação acadêmica sem enfoque na ABS, com ênfase em uma prática hospitalar. Dentre os profissionais matriciadores, é comum que não compreendam as particularidades e responsabilidades da ABS, além de não dominarem o uso das ferramentas e tecnologias comuns à prática dos cuidados compartilhados propostos pelo matriciamento, apresentados a seguir neste capítulo.

As pessoas com problemas de saúde mental apresentam-se à ABS de forma diferente daquelas que são tratadas nos ambulatórios de especialidades, CAPS ou hospitais psiquiátricos. Frequentemente, os transtornos mentais comuns estão associados a queixas físicas e/ou a quadros subsindrômicos, sem os critérios diagnósticos dos sistemas tradicionais de classificação CID-10 ou DSM-4, porém igualmente associados a prejuízo da qualidade de vida. Menos comuns (mas muito impactantes), são os transtornos mentais graves e persistentes, que podem se apresentar para os profissionais da ABS a partir de situações extremas de violência e exclusão social. Quadros psicóticos em cárcere privado, violência sexual em pessoas com deficiência mental, drogadição e desestruturação familiar são exemplos vistos rotineiramente pelas equipes de saúde da família.

Dessa forma, passo fundamental para o desenvolvimento da saúde mental na ABS, por meio da prática do matriciamento, é a facilitação de espaços de treinamento e educação permanente que envolvam os profissionais das equipes de referência e matricial, preferencialmente de forma conjunta. Conteúdos da clínica psiquiátrica devem ser apresentados aos profissionais da ABS, elementos dos sistemas de saúde e particularidades da ABS para os profissionais de saúde mental e, finalmente, a construção de um espaço comum de trabalho deve ser facilitada e discutida em conjunto, com o desenvolvimento e prática na realidade das tecnologias de cuidado e matriciais, como, por exemplo, a construção de projetos terapêuticos singulares a partir de avaliações clínicas conjuntas e discussão de casos. Nesse processo, a participação efetiva dos gestores é determinante para a implementação

do modelo, uma vez que os cuidados compartilhados (matriciamento) envolvem mudanças no processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos. No Canadá, após 20 anos de implantação do *Collaborative Mental Healthcare*, documento nacional com base em revisão sistemática¹⁷ orientador das práticas “matriciais” aponta como fundamental a organização e estabelecimento de equipes administrativas para gerir a relação entre equipe de referência e os matriciadores.

As tecnologias envolvidas na rotina de trabalho da prática matricial são específicas e necessitam ser desenvolvidas. São tecnologias leves, segundo conceito de Mehry e Onoko¹⁸. Para referências mais detalhadas e entendimento dessas tecnologias, sugerimos o estudo do manual prático de matriciamento¹⁹, que pode ser encontrado no endereço eletrônico <http://www.scribd.com/doc/70063697/guia-pratico-de-matriciamto-em-saude-mental>.

Foge ao escopo deste capítulo o detalhamento de tais instrumentos, sendo apresentada aqui uma breve síntese. São eles:

- a) interconsultas e seus vários elementos: discussão de caso, consultas, visitas e grupos conjuntos;
- b) elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares;
- c) contatos à distância: uso de telefones ou outras tecnologias de comunicação;
- d) instrumentos de registro e planejamento: genograma e ecomapa.

Discussão de casos, consulta, visita e grupos conjuntos

As interconsultas têm sido um instrumento comum para as atividades interdisciplinares, sendo portanto o principal instrumento de apoio matricial. A prática mais comum nas atividades matriciais é a discussão de caso entre as equipes ou profissionais de referência e os matriciadores. No processo de trabalho do NASF, é comum os matriciadores entrarem em reuniões de equipe e discutirem as situações ali apresentadas, desenvolvendo uma ação colaborativa e compartilhada. Espera-se que, nesse momento de discussão entre os vários profissionais detentores de visões e saberes distintos, construa-se uma compreensão do pro-

cesso saúde-doença, atingindo-se uma visão ampliada e integral da situação, para construção de projetos terapêuticos.

No entanto, é frequente que esse espaço seja dominado por momentos de apresentação de referenciais teóricos subjetivos ou distantes da realidade dos profissionais da Atenção Básica, como elementos da psicanálise, por exemplo. Antes mesmo da teorização das situações ali discutidas, é importante que alguns tópicos sejam previamente definidos, como: o motivo pelo qual aquele caso deve ser discutido (com a demanda do profissional da Atenção Básica e do usuário ou família em questão), descrição da situação atual (com elementos da realidade, problemas concretos, dados sociofamiliares), recursos terapêuticos e de suporte disponíveis naquele território ou UBS; e, finalmente, os objetivos que as equipes pretendem alcançar (sendo comum a conclusão de que muitas vezes o principal objetivo é o acolhimento de situações de sofrimento). A riqueza da discussão de caso está relacionada positivamente com a quantidade de profissionais de diferentes disciplinas que dela efetivamente participam e do envolvimento e organização metodológica de todos os integrantes.

Consulta, visita domiciliar e grupos conjuntos: são as atividades em que os matriciadores realizam a aviação do caso e a intervenção juntamente com os profissionais de referência, usuários e famílias, em um mesmo ambiente. São as atividades mais ricas do matriciamento, pois permitem a real troca de experiências e transferências de saberes, uma vez que os profissionais envolvidos podem observar a atividade do outro e incorporá-la à sua prática. A avaliação do estado mental, por exemplo: após uma enfermeira ou médico de família observarem algumas vezes psicólogos ou psiquiatras avaliarem o estado mental, investigando quadros delirantes, nível de consciência, estado do humor, passam a fazer essas perguntas durante suas anamneses. No entanto, as atividades compartilhadas devem ser planejadas, geralmente durante as discussões de caso, e fazem parte de um projeto terapêutico. Devem também ser pactuadas com os usuários, pois é possível que eles estranhem um número excessivo de profissionais na consulta. Segundo Mello Filho,²⁰ “É uma técnica de aprendizagem em serviço (...) para complementar e/ou elucidar

aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico”. É importante destacar que, por vezes, é possível a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em especial nas visitas domiciliares conjuntas. No entanto, a participação dos ACS em atividades compartilhadas com os pacientes deve ser cuidadosamente planejada. Trata-se de profissionais sem formação específica na área de saúde, além de serem pessoas das comunidades, às vezes muito próximas pessoalmente dos usuários do serviço. Assim, a questão do sigilo e confidencialidade da consulta pode ser ameaçada, fragilizando a relação entre profissional e paciente. Por outro lado, os ACS podem ser potencializadores da vinculação com os usuários e conhecedores de detalhes importantes, sendo via de regra indispensáveis durante a discussão dos casos. É importante que o matriciador não seja apenas um prescritor de condutas e compartilhe suas observações com os profissionais matriciados, de tal modo também que estes continuem sendo os principais responsáveis pelo usuário ou grupo de pessoas. Um roteiro mais detalhado sobre os passos das atividades conjuntas pode ser encontrado no manual prático de matriciamento já citado neste capítulo.

Vale destacar algumas particularidades das visitas domiciliares conjuntas. É possível que os profissionais de saúde mental estejam habituados às visitas realizadas pelos CAPS ou equipamentos semelhantes, para acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves. No entanto, na Atenção Básica, as visitas podem acontecer por vários motivos, como para vigilância em saúde com casos de variada complexidade psicossocial e econômica. E também deve-se evitar que as discussões dos achados sejam feitas na casa, devendo as equipes reservar um momento na UBS para rediscussão e retornar à casa, se for o caso.

Os grupos com participação dos matriciadores também são outro espaço riquíssimo para o desenvolvimento de matriciamento. Geralmente, os profissionais da ABS não tiveram formação específica nos fenômenos grupais e seus potenciais terapêuticos e vinculantes. Acabam por fazer dos grupos momentos de palestras ou transmissão vertical de conhecimentos. A presença

dos matriciadores pode auxiliar os profissionais a entenderem essa proposta de intervenção, seja nos grupos de convivência, de trabalhos manuais ou até nos grupos terapêuticos.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS foi originalmente criado como um recurso da clínica ampliada e da política nacional de humanização em saúde. Não é um recurso específico do matriciamento, mas é um instrumento fundamental para organização do processo de trabalho matricial. Há uma valorização do olhar as práticas de saúde coletiva nas quais leva-se em consideração o indivíduo e seu contexto social, focando-se na singularidade de sua realidade, como consta na política nacional de Atenção Básica. Segundo Carvalho e Cunha,²¹⁻²² os projetos podem ser, além de individuais, familiares e até territoriais. Assim, permitem extrapolar o foco da intervenção para além do indivíduo, o que para saúde mental muitas vezes é fundamental. São produto da interação entre os vários profissionais, nas discussões de caso. Parte integrante da realização do PTS é a formulação diagnóstica multiaxial, que é composta pelos seguintes itens: sintomas mentais e transtornos mentais; estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; problemas de saúde em geral; avaliação de incapacidade; e problemas sociais. As propostas de intervenção são criadas conjuntamente pelos membros da equipe, sendo que tarefas específicas devem ter seus responsáveis destacados, assim como o momento para reavaliação do caso. Deve haver também um responsável pelo caso, para coordenar (e cobrar) as pactuações construídas durante sua formulação. Finalmente, a formulação do PTS deve ser composta por vários tópicos, a saber:

- abordagens biológica e farmacológica;
- abordagens psicossocial e familiar;
- apoio do sistema de saúde;
- apoio da rede comunitária; e
- trabalho em equipe – quem faz o quê.

Mais detalhes sobre o PTS podem ser encontrados em literatura específica.²³

Contatos à distância

Cada equipe de NASF pode estar vinculada com até nove equipes da ESF, segundo a nova portaria, de tal modo que muitas vezes os encontros matriciais acontecem mensalmente. Às vezes, quando o matriciamento fica a cargo de profissionais dos CAPS, há uma relação maior de equipes por profissional matriciador, com contatos menos frequentes. No entanto, podem ser necessários contatos mais constantes, ou mesmo momentos para uma consulta rápida, como uma dúvida a respeito da dose de uma medicação, por exemplo. A disponibilização de linhas de telefone, por mais simples que pareça, facilita e tranquiliza as atividades dos profissionais de referência da Atenção Básica. Algumas equipes matriciais têm adquirido celulares, como forma de facilitar o acesso. Contudo, como em qualquer relação de trabalho, as equipes que optarem por essas tecnologias de comunicação devem pactuar momentos de disponibilidade, além de preocupar-se em registrar em prontuário os passos da assistência proposta.

Um exemplo bem sucedido em alguns estados do Brasil é o Telessaúde, projeto que aproxima os profissionais especialistas focais dos profissionais da Atenção Básica para segunda opinião ou esclarecimento de dúvidas. Nesse projeto, o acesso se faz via internet. (Mais detalhes sobre esse projeto podem ser obtidos no portal www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php.)

Registro e planejamento do cuidado

É comum que durante os encontros matriciais a discussão não avance, pela escassez de informações sobre o caso, sua rede social de apoio e equipamentos de saúde, que podem ser utilizados para composição do PTS. Para melhor entendimento da situação apresentada, duas fontes de informações são o genograma e o ecomapa.

O genograma permite entender não só a composição familiar, como suas relações. Estas podem ser muito importantes na prevenção e recuperação de doenças, e seu envolvimento na abordagem terapêutica pode ser necessário. Com uma representação gráfica da composição familiar, propiciada pelo genograma, é mais fácil visualizar os padrões de relações, repetição de doenças, permitindo uma abordagem familiar mais efetiva.

Algumas vezes, é importante também conhecermos a relação das famílias com o meio social, além da rede social de apoio para construção de projetos terapêuticos mais ampliados. Para tal finalidade, há o ecomapa, que pode ser definido como uma visão gráfica do sistema ecológico de uma determinada família, permitindo que os padrões organizacionais e suas relações com o meio sejam avaliados.¹⁹

Genograma e ecomapa não são familiares a muitos profissionais de saúde, seja da Atenção Básica ou das equipes de apoio, sendo necessário muitas vezes momentos de capacitação e sensibilização para fomentar o uso dessas ferramentas.

Espera-se que com a prática rotineira do matriciamento, o uso contínuo dessas tecnologias e o envolvimento das equipes de saúde, através da relação horizontalizada, compartilhada e colaborativa, haja um desenvolvimento profissional de todas as pessoas envolvidas e que, finalmente, amplie-se a resolubilidade da Atenção Básica e integração da rede de serviços. Assim, nesse processo se estabelece a lógica da educação permanente atribuída ao matriciamento.

Ainda, para que tais atividades se efetivem, é muito importante que os seguintes elementos sejam enfatizados:

- contatos interprofissionais e pessoais baseados em respeito e confiança;
- competência e interesse técnico-científicos, baseados nas características culturais locais e recursos disponíveis;
- apoio organizacional e gerencial.

Aqui, observa-se a importância do ambiente das unidades de saúde para efetivação da prática matricial. Há problemas estruturais, como falta de espaço, mas também organizacionais, como o não planejamento da agenda dos profissionais, contemplando os momentos de atividades conjuntas. Além disso, como essa prática ainda é pouco compreendida entre muitos profissionais, em especial os da Atenção Básica, que guardam enorme expectativa na possibilidade de “encaminhar” os casos para os matriciadores e assim transferirem a responsabilidade, é comum o surgimento de ruídos entre as pessoas, ou mesmo a disputa por espaço e fal-

ta de entendimento de funções e responsabilidades. A portaria do NASF¹¹ determina que cada equipe matricial apoie de 8 a 20 equipes de saúde da família (ESF), o que pode ser um desafio de planejamento quando se adota a relação de uma equipe de NASF para 20 de ESF. Assim, é fundamental a existência de um corpo administrativo que possa coordenar as atividades de matriciamento, bem como planejar e avaliar seu impacto. Trabalho muito semelhante é desenvolvido há mais de 16 anos no Canadá, com resultados positivos na organização do fluxo de pacientes no sistema de saúde, na satisfação profissional e nas melhoras dos indicadores de saúde das pessoas.²⁴ O conhecimento acumulado pela equipe canadense destaca a necessidade desse corpo administrativo, bem como dos outros elementos já citados neste capítulo.

Todas as atividades matriciais tomam tempo dos profissionais, o que afeta inicialmente suas “produtividades” em termos quantitativos. Muitos gestores mantêm a cobrança de volume de consulta, mesmo tendo implementado as equipes de apoio matricial. É importante o entendimento de que, se por um lado as tecnologias matriciais tomam tempo, por outro elas atingem situações extremamente desgastantes, tanto para a equipe quanto para a comunidade. Há grande avanço qualitativo quando a equipe se vê apoiada na organização para o enfrentamento de situações graves; impactando na autoestima das equipes e na vinculação com a comunidade. Mas há que se ter instrumentos para registrar as atividades matriciais, bem como seu volume de trabalho. Para tanto, é possível a adoção de “fichas de matriciamento” que, além de favorecerem a coleta de informações e sistematizarem o PTS, possibilitam o registro em prontuário e a produção das equipes.

Nota-se, portanto, a importância do envolvimento dos gestores no processo de implementação do matriciamento.

Conclusão

Finalmente, voltando às questões da introdução deste capítulo, podemos dizer que o desenvolvimento de estratégias para integração da saúde mental na Atenção Básica depende tanto de políticas públicas voltadas ao investimento na capacitação de

recursos humanos, como da atitude individual dos profissionais, seja da Atenção Básica, seja das equipes matriciais, e envolvimento de gestores. O trabalho colaborativo e compartilhado entre profissionais de diferentes disciplinas e especialidades requer comprometimento pessoal e organizacional, envolve mudança no processo de trabalho e relações interpessoais afinadas, o que torna o desenvolvimento do matriciamento tão desafiador quanto recompensador, uma vez que possibilita o real exercício da integralidade.

Referências

1. Fortes, S., Villano; L. A. B.; Lopes, C. S. “Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro”. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (São Paulo, Brazil, 1999), 2008. 30(1): pp. 32-7.
2. Goncalves, D. M.; Kapczinski, F. “Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. 24(9): pp. 2.043-53.
3. Maragno, L. et al. “Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2006. 22(8): pp. 1.639-48.
4. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008. Geneva: WHO.
5. World Health Organization. Integrating mental health into primary health care – a global perspective. 2008. Geneva: WHO. vii, 170 s.
6. Kessler, R. C. et al. “The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys”. *Epidemiologia e psiquiatria sociale*, 2009. 18(1): pp. 23-33.
7. Scott, K. M. et al. “Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys”. *Psychological Medicine*, 2009. 39(1): pp. 33-43.
8. Kohn, R. et al. “The treatment gap in mental health care”. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004. 82(11): p. 858-66.
9. Prince, M. et al. “No health without mental health”. *The Lancet*, 2007. 370(9590): pp. 859-77.

10. Brasil, M.d.S., Portaria n.º 2.488, Portaria Nacional de Atenção Básica. 2011.
11. Brasil, M.d.S., Portaria n.º 154, 2008.
12. Bower, P. and Gilbody, S. "Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base". *BMJ (Clinical Research ed.)*, 2005. 330(7495): pp. 839-42.
13. Bower, P. et al. "Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression". *The British Journal of Psychiatry*, 2006. 189: pp. 484-9
14. Vingilis, E. et al. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2007. 5(4).
15. Archer, J.; Bower, P.; Gilbody, S.; Lovell, K.; Richards, D.; Gask, L.; Dickens, C.; Coventry, P. "Collaborative care for depression and anxiety problems". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10.
16. Campos, G. W. d. S.; Domitti, A. C. "Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde". *Cadernos de Saúde Pública/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 2007. 23(2): pp. 399-407.
17. Craven, M.; Bland, R. "Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base". *Can J Psych* 2006;51(Suppl 1, May). Disponível em www.ccmhi.ca.
18. Merhy, E. E.; Onocko, R. O. S. P. H. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 1997: Hucitec.
19. Chiaverini, D. H. et al. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. 2011: Ministério da Saúde/Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
20. Mello Filho, J.; Silveira, L. M. C. "Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde". *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2005. 29(2): p. 4.
21. Carvalho, S. R.; Cunha, G. T. T. "A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde". In: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec. 2006. pp. 837-868.
22. Cunha, G. T. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. 3. ed. 2010, São Paulo: Hucitec.
23. Brasil. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. S.d.A.à.S. Ministério da Saúde, Editor. 2008: Brasília. p. 60.
24. Kates, N.; McPherson-Doe, C.; George, L. "Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team". *The Journal of ambulatory care management*, 2008. 34(2): pp. 174-82.

CAPÍTULO 7 | O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Mário Dinis Mateus

Marcelo K. Dias (2007), em sua tese “Centros de Atenção Psicossocial: do Modelo Institucional à Experiência Social da Doença”, um dos mais aprofundados estudos sobre a teoria e prática do modelo CAPS que temos, descreve a evolução desses serviços dentro de nossa reforma psiquiátrica brasileira, chamando atenção para três fases no desenvolvimento dos CAPS:

- 1) 1987-1991 – período em que os serviços implantados tinham caráter experimental. Essas experiências eram fortemente ligadas a iniciativas políticas sensibilizadas por referenciais da reforma psiquiátrica.
- 2) 1991-2002 – nesse período existiam já formas de repasse financeiro às secretarias que optassem por implantar serviços de tratamento psiquiátrico alternativos aos hospitais como os CAPS, NAPS e hospitais-dias.
- 3) 2002-dias atuais – nesse período, o formato dos CAPS, seus procedimentos, equipe e papel social estavam consolidados, assim como as formas de incentivo financeiros para implantação e manutenção (Dias, 2007).

Sobre a primeira etapa, ressaltamos a experiência do CAPS Luiz R. Cerqueira, em São Paulo, 1987, descrita por Jairo Goldberg em seu livro *Clínica da psicose* (1994), e a implementação dos NAPS na cidade de Santos, a partir de 1989, descrita por

Tabela 1 – Características dos CAPS

Tipo de unidade	CAPS I	CAPS II	CAPS III
Tamanho da população do município no qual podem ser criados	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes
Horário de funcionamento*	De 8 às 18h, em 2 turnos, cinco dias úteis da semana	De 8 às 18h, em 2 turnos, cinco dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno funcionando até às 21h	24h, sete dias da semana
Máximo de vagas para cuidado intensivo por mês, financiadas pelo SUS	25	45	60
Equipe mínima Médico	1 médico com formação em saúde mental	1 médico psiquiatra	2 médicos psiquiatras
Enfermeiro	1 enfermeiro	1 enfermeiro com formação em saúde mental	1 enfermeiro com formação em saúde mental
Profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	3	4	5
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	4	6	8

Fonte: portarias GM n.º 336, de 2002, e SAS, n.º 189, de 2002 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

*Desde agosto de 2012 os CAPS I e II podem funcionar em acolhimento noturno, desde que credenciem leitos de acolhimento.

Fernanda Nicácio em sua dissertação de mestrado (1994). Se na experiência santista a grande referência é o modelo desenvolvido pela psiquiatria democrática em Trieste e a grande potencialida-

de foi a possibilidade de intervir sobre todo o sistema municipal de saúde, a experiência do CAPS “Itapeva” (que ficou assim conhecido por localizar-se na esquina da Rua Itapeva) foi construída por um amalgama de referências da reforma psiquiátrica (Goldberg cita, além da psiquiatria democrática, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesa) e limitada de início a um projeto piloto em um único serviço, visando o desenvolvimento de uma instituição sensível às necessidades da pessoa com quadro psicótico grave.

A portaria n.º 336, de 2002, do Gabinete do Ministro da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2004), inicia a terceira fase, de formalização dos CAPS como peça chave na montagem da rede de assistência, o definindo como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Os CAPS podem ser classificados em três modalidades, de acordo com sua complexidade: CAPS I, II e III. O CAPS II pode, por sua vez, ser dirigido para o atendimento de adultos em geral ou para populações específicas, como infância e adolescência (CAPS i) ou para problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS ad). A partir de março de 2012, também o CAPS III pode ser especializado em problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, sendo chamado CAPS ad III (Brasil, Ministério da Saúde 2012a). As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes.

As diferenças entre as três modalidades estão no seu horário de funcionamento e tamanho da equipe (Tabela 1), além de se presumir que, nos municípios menores, as demandas deveriam ser menos complexas.

Os CAPS são a grande aposta da política de saúde mental brasileira para a mudança do modelo de atendimento na comunidade. Os CAPS se iniciaram no País através de equipes muito motivadas e engajadas nos ideais da reforma psiquiátrica italiana e não é por acaso que seu nome inspirou-se nos serviços criados durante a cooperação italiana na Nicarágua (Kraudy et al, 1987).

Com a evolução do modelo, verificou-se que o CAPS atendia várias necessidades da reforma psiquiátrica, dentre elas a interiorização dos cuidados de saúde mental. Em municípios pequenos, onde anteriormente as ações de saúde mental podiam não passar da existência de 1 ou 2 psicólogos na rede básica e de um clínico geral com alguma formação em psiquiatria no ambulatório geral, por exemplo, a abertura de um CAPS I passa a fornecer, mais que outro local de atendimento (o que em si já oferece aos pacientes mais graves, dispersos no sistema, uma referência que antes não tinham), uma equipe multiprofissional que se encarrega de ordenar e executar ações de saúde mental mais complexas do que antes cada profissional fazia isoladamente. Além disso, o caráter aberto e polivalente dos CAPS pode suprir grande parte das diversas e sempre crescentes demandas da saúde mental, sem que sejam necessários outros serviços mais específicos: os CAPS devem atender urgências, acompanhar os pacientes mais graves, oferecer oficinas de oferta de trabalho, orientar a Atenção Básica, controlar medicações psicotrópicas de alto custo, realizar atividades culturais e educativas para a comunidade, entre tantas outras funções (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Ao sair do referencial tradicional do ambulatório de saúde mental e do hospital-dia, foi possível impor novos parâmetros na composição e competências dos profissionais da equipe (Nunes et al, 2008), também na tentativa de diminuir o entrave da falta e má distribuição de psiquiatras e enfermeiros especializados em psiquiatria nas diferentes regiões do país (que discutiremos a seguir). A Tabela 2 mostra que grande parte do crescimento dos CAPS se faz através dos CAPS I, ou seja, aqueles que não necessitam de psiquiatra ou enfermeiro especializado para serem abertos, e que essa proporção vem aumentando. O Estado da Paraíba, por exemplo, alcançou o melhor índice de cobertura CAPS (1,27 CAPS por 100 mil habitantes) do País, à custa de CAPS tipo I (59% de CAPS I e 12% de CAPS II no Estado) (Brasil, Ministério da Saúde, 2012b). Em 2008, cerca de 69% dos CAPS funcionavam em cidades com menos de 200 mil habitantes, mostrando a importância dessa estratégia na interiorização dos serviços de saúde mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2009a).

Tabela 2 – Evolução do número de CAPS no País, por tipo de serviço

Ano	CAPS I n.º e %	CAPS II n.º e %	CAPS III n.º e %	CAPSi n.º e %	CAPSad n.º e %	CAPSad III n.º e %	Total
2006	437 43,3%	322 31,9%	38 3,8%	75 7,4%	138 13,7%	–	1.010
2007	526 45,5%	346 30,0%	39 3,4%	84 7,3%	160 13,9%	–	1.155
2008	618 46,6%	382 28,8%	39 2,9%	101 7,6%	186 14,0%	–	1.326
2009	686 46,8%	400 27,3%	46 3,1%	112 7,6%	223 15,2%	–	1.467
2010	761 47,0%	418 25,8%	55 3,4%	128 7,9%	258 15,9%	–	1.620
2011	822 47,2%	431 24,7%	63 3,6%	149 8,6%	272 15,6%	5 0,3%	1.742

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS (2012).

Intensidade no acompanhamento

Como visto no Capítulo 1, a partir da portaria n.º 3.089, de 23 de dezembro de 2011, o repasse financeiro do nível federal para os municípios, que se tornaram fixos por tipo de CAPS, e com a portaria n.º 854, de agosto de 2012, o registro das ações passa das Autorizações para Procedimento de Alto Custo para os RAAS.

Ainda assim, parece útil uma classificação da intensidade no acompanhamento, como a adotada no CAPS Luis R. Cerqueira, visando casar a “intensidade” com um planejamento para atender a perfis de uso dos recursos oferecidos, de acordo com o projeto terapêutico individual:

A) **Não intensivo: consultas e/ou sessões psicoterápicas.** A

pessoa vem para o CAPS apenas para essas intervenções. A convivência diária dentro do CAPS não é recomendada, ao contrário, procura-se estimular/manter a integração em atividades na comunidade (trabalho, estudo etc.).

B) **Semi-intensivo:** (A) + oficinas e outras atividades dirigidas. Além do descrito em A, somam-se atividades que exigem mais tempo com a equipe do CAPS (pode-se necessitar das refeições nos dias com mais de uma atividade).

C) **Intensivo:** (A) + (B) + ambiente terapêutico. O projeto terapêutico identifica grande benefício na convivência diária com técnicos e outros pacientes, ou necessidade de um ambiente protegido.

Essas divisões são muito dinâmicas e atreladas ao projeto terapêutico, de que falaremos mais adiante, e ajudam a dar maior clareza à indicação de cada recurso do CAPS (passar o dia na ambiência, frequentar uma oficina de geração de renda etc.), para cada momento do cuidado.

O CAPS III

O grande diferencial dos CAPS III está em possuir uma estrutura capaz de oferecer um “acolhimento” durante as noites e finais de semana. Essa albergagem em momentos de crise é por vezes referida como “hospitalidade”, para indicar uma disponibilidade mais integral da instituição de se adaptar à necessidade de seu usuário, que eventualmente necessite sair do ambiente em que vive (como a casa da família, pensão ou a situação de rua) por alguns dias (até sete dias corridos ou dez dias no mês), permanecendo num ambiente conhecido e acolhedor, evitando-se assim o conhecido périplo de confronto com a família, passar no pronto-socorro (e lá ficar mais agitado) e, por estar agitado, ser internado (e na internação, ficar mais assustado, agressivo etc.) e permanecer internado por um longo período.

O modelo dos CAPS III é hoje colocado por muitos planejadores como um ideal a ser atingido pelos municípios de médio-grande porte, mas necessita ser mais debatido nas várias questões que têm sido levantadas sobre seu funcionamento:

- O CAPS III não pode ser considerado uma retaguarda da urgência psiquiátrica ou, pior, ser considerado uma unidade de urgências psiquiátrica (Capítulo 10), pela ausência de toda a estrutura que essas urgências devem ter, para salvar a vida da pessoa atendida. Todos os municípios que implantaram o modelo de CAPS III de que temos notícia (Belo Horizonte, Santos, Campinas, Santo André e outros) possuem prontos-socorros de psiquiatria e disponibilidade de transporte por ambulâncias para garantir cobertura aos CAPS III.
- Pelo princípio da equidade do SUS, um indivíduo que necessita do atendimento no CAPS III não poderia ser excluído deste, por não morar em município ou região que não possui o CAPS III. No entanto, toda a premissa para funcionamento dos CAPS passa por uma referência contínua, que só pode ser organizada sobre um território delimitado.¹ É frequente as pessoas chegarem ao CAPS III em crise e serem encaminhadas para o pronto-socorro, seja por não morarem na região de cobertura do CAPS III, seja por não estarem já em acompanhamento no serviço.
- Pela portaria n.º 336, os recursos humanos mínimos para o funcionamento no plantão da noite são “3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível médio da área de apoio”. O dilema que se coloca é que se aumentarmos essa equipe mínima para dar conta mesmo de um pequeno número de usuários em crise, o modelo pode encontrar maior resistência em ser custeado pelo município. Caso contrário, temos um grande risco para os usuários e enorme desgaste para a equipe de plantão, a não ser que adotemos a estratégia de albergar apenas usuários em crise moderada, bem conhecidos da equipe e que lá passarão a noite e finais de semana,

¹ O problema da cobertura de uma vasta região, por exemplo, alguns pequenos municípios cobertos por um único CAPS, é bastante comum e um constante desafio para a equipe, que precisa se deslocar constantemente para as diferentes comunidades, ou então adotar o funcionamento de um ambulatório de saúde mental, apesar de nomeado “CAPS”.

mais pelo suporte social (um albergue diferenciado) oferecido, e todos os demais casos sejam encaminhados para o PS... O que nos traria de volta a questão de qual o impacto do CAPS III no sistema de saúde mental como um todo.

Estudos do modelo CAPS

Apesar de crescente, a produção científica sobre os CAPS ainda é incipiente no Brasil, o que se torna ainda mais preocupante se pensarmos que esse é um modelo de serviço desenvolvido em nosso País, e, portanto, não temos nem sequer como adaptar à nossa realidade estudos sobre CAPS de outros países!

Além da pequena produção, dada a importância do tema (Ballarin et al., 2010, encontraram, entre 1997 e 2008, 129 artigos em periódicos científicos e 23 teses ligadas ao tema CAPS), a preocupação recai sobre quais as questões levantadas nos estudos sobre os CAPS. Em um dos mais detalhados estudos sobre o desenvolvimento dos CAPS, a tese já citada de Marcelo K. Dias (2007), o autor tece uma importante distinção entre avaliar o funcionamento dos CAPS (ou seja, o quanto um determinado serviço está cumprindo com o esperado) e estudar o modelo dos CAPS como um todo (sua efetividade, potencialidade, contradições).

O modelo CAPS reúne características de financiamento, de operacionalidade, referenciais teóricos e critérios de bom desempenho que viabilizam sua implantação e funcionamento na maior parte do território nacional. A instituição, no entanto, é, de forma geral, estudada a partir de referenciais ligados à construção do modelo. (...) Estes referenciais possibilitam que os CAPS sejam avaliados, isto é, estudados no cumprimento de metas, no desempenho dos pressupostos da reforma ou quanto à sua articulação dentro dos sistemas de saúde. (...) Assim, o referencial de análise institucional é a própria reforma psiquiátrica, o que torna a maior parte dos estudos de dentro do movimento para dentro do movimento, num diálogo interno. (Dias, 2007)

Citamos, como indicações para leitura, exemplos de diferentes abordagens para o estudo do funcionamento dos CAPS:

1. Pesquisas de satisfação do usuário: Pitta et al. (1995); Kantorski et al. (2009).

2. Estudos quantitativos, com avaliação da estrutura e processos internos: Nascimento (2009); Andreolli (2004); Cavalcanti (2009).

3. Estudos qualitativos: Nunes et al. (2008); Dias (2007); Koda & Fernandes (2007); Onocko-Campos et al. (2009).

Podemos mencionar também avaliações oficiais dos CAPS:

- “Avaliar CAPS”: avaliação periódica do Ministério da Saúde (não publicado).

- Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde de SP (2006) dos CAPS e ambulatórios de saúde mental do Estado, exceto capital (não publicado).

- “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo” realizada pelo Cremesp (2010). Esta última com um caráter essencialmente normativo: um questionário dirigido ao responsável pela coordenação do CAPS foi elaborado a partir da portaria n.º 336, de 2002, do Gabinete do Ministro da Saúde, e aplicado pelo grupo responsável pela fiscalização de serviços do Cremesp.

Concluimos este item com citações de dois estudos recentes: primeiramente, o artigo de 2011 de Ramminger & Brito, com o provocativo título de “Cada CAPS é um CAPS: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental”, no qual, tentando vislumbrar o ponto de vista dos trabalhadores de um CAPS no interior do Rio de Janeiro, as autoras se dão conta do desgaste sofrido por eles para dar conta de demandas por vezes contraditórias, como a conciliação do modelo atenção psicossocial cobrado dos CAPS (que discutiremos no Capítulo 17) com demandas judiciais ou pedidos de laudos do INSS, por exemplo.

Em contraponto à conhecida afirmação de que “conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer a todos”, hoje temos o discurso de que “cada CAPS é um CAPS”.

(...) Frente a tantos impedimentos e falta (e/ou antagonismo) de recursos, meios e normas para a realização das atividades de trabalho nos CAPS, nos perguntamos se a viabilização deste projeto

só é possível com a invenção, pelos trabalhadores, dos meios para desenvolvê-lo.

Se assim for, não podemos considerá-lo uma política pública, mas um trabalho de militância que não terá fôlego para se estender pela amplitude da rede de Caps atualmente existente no Brasil.

Em “Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental”, Silva et al (2009), realizando uma análise organizacional por meio de estudo de caso, revelam a natureza imprecisa da descrição do funcionamento dos CAPS:

Estudos mostram que a organização do trabalho no CAPS ocorre mais por acordos internos e pelas condições de execução do trabalho do que em função do modelo que gerou esses serviços. Assim, cada equipamento define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe.

(...) Esse caráter subjetivo tem implicações para a gestão do CAPS, em que a dificuldade da definição do processo de trabalho tem papel preponderante. Além da dificuldade de avaliação, o CAPS tem dificuldade de expressar as particularidades do processo de trabalho que não obedece a parâmetros descritivos das tarefas. Mesmo os trabalhadores têm dificuldade em definir o que fazem, pois seu trabalho não possui forma objetiva na esfera de um trabalho prescrito.

Essa imprecisão nos traz dificuldades e um grande desafio: é preciso criar formas de descrever e avaliar o CAPS, fiéis à riqueza de pontos de vista, mas que sejam operativas, para o avanço do modelo.

No CAPS, a intangibilidade resulta em invisibilidade e dificuldade de reconhecer e legitimar os esforços realizados para fazer o trabalho acontecer e caracterizar os resultados do serviço. Constataram-se inadequação e insuficiência dos modelos de gestão em saúde para acolher um serviço inovador, tão complexo e que apresenta resultados tão pouco definidos.

No entanto, admitir as especificidades desse serviço não basta. A rotina e o planejamento do CAPS devem orientar seus trabalhadores e gestores a avaliarem o caminho percorrido, indicar as ativi-

dades realizadas e as dificuldades encontradas para desenvolverem o serviço. Planejar a objetivação do trabalho evitaria um desgaste desnecessário dos trabalhadores e facilitaria, a médio prazo, o reconhecimento de práticas que contribuam com o avanço deste e de outros CAPS.

Descrevendo o CAPS

Como vimos, o CAPS é um modelo de serviço em constante evolução, do qual se espera uma imensa gama de ações, frequentemente com limites pouco precisos em sua definição. No Capítulo 17 (sobre o modelo psicossocial) abordaremos a organização da equipe e a participação do usuário do serviço. A seguir falaremos de questões trazidas pelo anseio do CAPS “funcionar no território” e ao mesmo tempo as demandas por um ambiente terapêutico mais específico.

Acolhimento

No Brasil, o termo acolhimento ganhou força a partir do Programa Humaniza SUS, do Ministério da Saúde, que em uma de suas cartilhas coloca:

O acolhimento não é um espaço ou um local, **mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo**, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois **ele não se constitui como uma etapa do processo**, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2009b).

A ênfase do Programa na ideia de acolhimento visa corrigir distorções nos serviços de saúde, onde os pedidos de ajuda com frequência são ouvidos como que numa triagem: o profissional ouve já pensando “é comigo ou não?”, e com isso se predispõe a encaminhar a demanda para outra pessoa ou lugar. Pedir que todos os trabalhadores da saúde acolham quem está pedindo alguma ajuda é dizer: “pode ser que resolver esse problema não seja sua tarefa ou esteja em sua competência, mas todos podem ouvir, procurar entender melhor o que é pedido e ajudar”. Cabe

comentar, no entanto, que a ênfase nessa mudança cultural criou um efeito colateral: para muitos o termo triagem se tornou pejorativo, algo como “se tudo é acolhido, nada precisa ser triado”. Dependendo de como funciona um serviço com um excelente acolhimento das demandas internas e extremas, ainda assim pode precisar de um processo de avaliação e entrada na casa, ou encaminhamento para a rede, nomeado de triagem, e esta não vai contra a filosofia do acolhimento.

Ambiência

Chamamos de ambiência no CAPS todo o ambiente terapêutico criado pela convivência entre usuários e técnicos, que extrapola o espaço das atividades organizadas.

Não existem regras para estruturar essa ambiência, mas podemos encontrar formas de estimulá-la na instituição. Rosângela Fonseca (2012) tece algumas considerações sobre a ambiência no CAPS:

1. O ambiente da instituição deve propiciar uma experiência emocional reparadora (Winnicott), ou seja, um espaço de experimentação novo para o usuário, diferente daquele que constituiu enquanto “ser”, uma sociedade que o exclui e não o acolhe.

2. Se os profissionais de saúde têm todo o seu tempo de trabalho ocupado por uma grade de atendimentos (grupos, consultas, visitas etc.) e reuniões, a possibilidade de estarem na ambiência se torna episódica e superficial, quando não impossível. Além disso, é uma queixa frequente nos CAPS que a disponibilidade dos técnicos para permanecer na ambiência é muito desigual. Escalas de acolhimento tentam favorecer que os técnicos do CAPS dividam a semana para que todos tenham um período mínimo no qual não agendam atividades e praticam uma busca ativa pelas demandas da ambiência.

3. Existem espaços e momentos estratégicos no CAPS: as refeições, por exemplo, são um desses momentos que a instituição deveria aproveitar, pela interação intensa entre usuários e o surgimento de várias questões na convivência diária. O horário da chegada ao CAPS e a tomada de medicação no CAPS são outro exemplos.

4. O ambiente se define também pelo que se considera que se pode e o que não se pode fazer no CAPS: as “regras da casa” nos

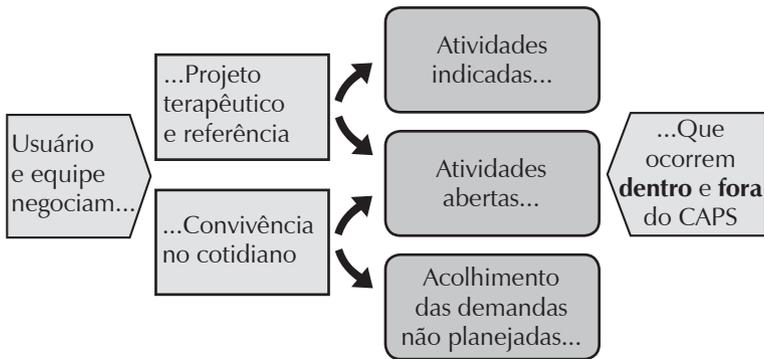
dizem como o conjunto usuários e técnicos conseguiram lidar com questões como a necessidade de fumar, tomar café, deitar-se para dormir num sofá ou no chão, entrar e sair das atividades, permitir que os outros possam conversar ou se concentrar em alguma tarefa, a limpeza da casa, entre tantas outras pequenas e grandes questões cotidianas. Tudo é permitido? Nada é permitido? Tudo depende e será discutido a cada instante? A maneira de lidarmos com as contradições da convivência marcará as estratégias terapêuticas do serviço.

5. Quando falamos dos usuários do CAPS, devemos lembrar que não estamos numa comunidade terapêutica, onde o grupo que se constitui ao longo de inúmeras conversas e convivências é relativamente estável. No CAPS diariamente temos pessoas novas (frequentemente em crise) entrando e outras saindo. Se a casa não busca constituir uma cultura institucional com regras simples e bem conhecidas do grupo, há muita dificuldade de organizar a convivência, partindo-se cada dia do zero. Os exemplos surgem em todas as frentes: pintar a parede pode? E pintar em cima da obra de outro usuário? O limite sempre estará presente, negá-lo não faz a instituição mais libertária, e sim infantilizante.

6. As ações na ambiência estão no centro do projeto terapêutico de determinados usuários e devem ser valorizadas e bem indicadas. O técnico na ambiência deve ter condições de realizá-las e os usuários do CAPS devem encontrar facilitações para sua convivência. Por outro lado, o cuidado intensivo (e, portanto, a estratégia de passar o dia todo nessa ambiência) deve ser criteriosamente indicado. É preciso sempre estar atento para que o projeto não “se acomode”, num esquema de atenção na ambiência em que o usuário se cronifica. Passar o dia inteiro entre o jardim, a sala de TV ou música, ou cochilando pelos sofás pode estar muito aquém do que o individuo poderia fazer, e devemos incluir nessa constante redefinição do contrato terapêutico suas atividades fora do CAPS.

Atividades

A Figura 1 procura articular as diferentes ações desenvolvidas pelo CAPS: todas as atividades (indicadas para determinada

Figura 1 – Ações no CAPS

pessoa em seu projeto terapêutico, abertas a todos do CAPS, ou ainda ações para acolher necessidades não planejadas), ocorrem dentro e fora do CAPS, e não são apenas ações da equipe técnica, mas também dos usuários, familiares, parceiros na rede de saúde outros setores etc.

Para mencionar esses outros setores, a 4.^a Conferência de Saúde Mental (Conselho Nacional de Saúde, 2010), que teve como tema a intersetorialidade, nos auxilia em sua divisão de tópicos, para o planejamento de ações intersetoriais:

1. Trabalho, geração de renda e economia solidária
2. Cultura e diversidade cultural
3. Justiça e sistema de garantia de direitos
4. Educação, inclusão e cidadania
5. Seguridade Social: previdência, assistência social e saúde
6. Comunicação, Informação e Relação com a Mídia

Um exemplo

A assembleia – Uma cena hipotética

Um usuário do CAPS pede a palavra na assembleia semanal (o tema que se discute é a qualidade do almoço servido no CAPS), e começa a falar que já passou muita fome na vida;

o depoimento, tocante de início, começa a se arrastar por várias associações de ideias cada vez mais distantes do tema e mais confusas. Participantes, de início interessados, demonstram que “desligaram” e estão imersos em seus pensamentos; outros, inquietos, levantam e sentam, falam sozinhos ou entre si. Um usuário vai para frente do grupo e começa a falar junto, sobre outro assunto. O coordenador da reunião tenta delicadamente fazer com que o primeiro finalize e o segundo aguarde a vez, mas ambos o ignoram, cada vez falando mais alto e mais envoltos em suas demandas internas. Técnicos ficam em silêncio, esperando para ver o que o coordenador irá fazer; usuários novos e alguns poucos familiares presentes olham com cara assustada para essa experiência que concretamente ilustra um enlouquecer coletivo.

Para que serve a assembleia? Como ela alcança seus objetivos?

Todo ambiente favorecedor de trocas do CAPS está representado na assembleia, onde temas de interesse comum são invocados e discutidos pelo coletivo: convivência com o outro, protagonismo, criação de vínculos, maior compreensão sobre os problemas enfrentados e sobre o tratamento estão entre as funções dessa reunião periódica (semanal, quinzenal, mensal) que convida todos os usuários, técnicos e familiares a participar.

Por outro lado, a experiência da loucura diz respeito justamente ao rompimento de sentido, o isolamento e a desorganização que contamina tudo e todos a sua volta, e permitir que esta experiência se repita e repita na assembleia, sem um movimento de organização e coesão de ideias e sentimentos, pode transmitir a todos apenas desesperança, frustração.

Os usuários e técnicos frequentemente se queixam de saírem insatisfeitos da assembleia. Curiosamente, uns por sentirem-se frustrados porque a reunião não avançou de forma prática sobre o problema levado (o refeitório, por exemplo); outros, pelo fato de sentirem-se tolhidos na sua necessidade pessoal (desabafar, contar sua história de vida, manifestar sua raiva etc.).

Alguns comentários a partir dessas reflexões

A assembleia caminha nesta dialética: para ser enriquecedora e aberta a trocas, deve ser minimamente organizada. Coordenadores (por exemplo, uma dupla de técnico e usuário) devem garantir que uma pauta seja combinada de início, que haja inscrições para falar etc.

Pessoas que estão muito desorganizadas, ansiosas, ou com demandas pessoais muito específicas (por exemplo, dois participantes discutindo entre si por uma questão pessoal), podem ser convidadas a sair da sala se fica claro que não conseguem participar com os demais. Frequentemente a pessoa não está bem, mas com alguém ao seu lado ajudando, ela pode permanecer na assembleia e aproveitar a reunião mesmo que parcialmente. Podemos dizer que o exercício de convivência com alguém assim pode trazer benefícios ao grupo, mais até do que para a própria pessoa em questão.

A assembleia deve ter um lugar privilegiado na rotina da casa, não devendo haver outras atividades concomitantes. Técnicos deveriam organizar seu horário para poder sempre estar presentes e todo usuário do CAPS, ao iniciar seu acompanhamento, deve ser convidado a participar desde sua primeira semana no CAPS.

Ambiente terapêutico e território

Nunes et al. (2008), realizando um estudo etnográfico em um CAPS em Salvador, BA identifica três modelos de trabalho que coexistem na mesma instituição:

- *“Modelo biomédico humanizado”*

Nele estariam presentes uma ênfase na psicopatologia, um cuidado assistencialista e, por vezes, tutelar, uma postura pedagógica, assumindo como principal característica a influência sobre uma mudança de comportamentos, com o objetivo de torná-los compatíveis com a reinserção social. Verificam-se ações bem intencionadas, mas, na maior parte, normalizadoras e pouco críticas.

- “Modelo psicossocial com ênfase na instituição”

Trata-se de um grupo mais centrado em uma concepção psicossocial do cuidado e em um fazer institucional pouco orientado para as práticas territoriais.

- “Modelo psicossocial com ênfase no território”

O grupo dos profissionais mais influenciados por um modelo territorializado, que valoriza sobremaneira os aspectos sociais do adoecimento, daí não conceberem um cuidado em saúde mental desvinculado do trabalho com as esferas familiar e comunitária, e muito preocupados com a esfera político-jurídica do mesmo (Nunes et al., 2008).

Como discutiremos no Capítulo 17, há aqui uma escala de valores, frequentemente presente na construção do modelo de atenção psicossocial no Brasil: a psicopatologia (e pedagogia, psicoterapia, etc) levando a um assistencialismo normalizador, versus uma instituição que supera a “ética da adaptação” e “deixa firmada a meta da produção de subjetividade singularizada, tanto nas relações imediatas com o usuário propriamente dito, quanto nas relações com toda a população do território” (Costa-Rosa et al, 2001). Mesmo esta novo modelo não estaria livre de “institucionalizar” seus usuários, e a solução que surge seria a integrabilidade das ações no território (ou seja, se o CAPS estiver totalmente integrado à comunidade, ele deixará de ser uma instituição de controle do diferente, para construir com a população uma nova concepção de convivência com o outro).

A discussão que colocamos é a de como construir um serviço que de fato dialogue com as pessoas que o procuram e a sociedade para além de nossos paradigmas. Dois indivíduos chegam ao CAPS, trazidos por apresentarem um quadro psicótico e, independente disso, um se vê à margem dos valores e posturas convencionais da sociedade e procura manter essa posição; o outro almeja mais do que tudo uma vida “normal”, casar, ter filhos, ser bem aceito pelas pessoas que o rodeiam. Qual dos dois está errado e precisa ser “corrigido”? Qual discurso (e projeto terapêutico) preconcebido é o correto? “A sociedade é opressora, vamos fazer um filme demonstrando que suas alucinações são uma

forma de protesto” ou “a medicação está aí para ajudá-lo, você tem que tomá-la para controlar essas vozes em sua cabeça, e você poder voltar a trabalhar”. O que fará sentido para um, será uma imposição para o outro, e a prática diária do CAPS se faz através da busca do sentido pessoal para as ações do CAPS.

O “estar no território”, colocado como panacéia para essa complexa construção, corre o risco de se tornar um discurso vazio, e para ilustrar nossos limites e contradições basta pensar no microcosmos social que é a família. Muitas vezes é dito que a família deve ser parceira no tratamento, mas e nos casos em que a relação familiar está tão deteriorada que não conseguimos um acordo para superação dos problemas? Frequentemente o CAPS adota a postura de validar o lugar do “louco”, constantemente atacado, controlado ou rejeitado por seus familiares. Cria-se então um “espaço de resistência”, onde o indivíduo ainda mora e depende de sua família, mas com a permanência durante o dia no CAPS, com as visitas domiciliares e conversas (nesses casos, frequentemente tensas) com os familiares, reduz-se a área de atrito e, ao mesmo tempo, torna-se claro para os familiares que eles têm que respeitar os direitos de seu parente em tratamento (se o levarem ao pronto-socorro para uma internação, não terão apoio da equipe, por exemplo). Tentando expandir essa estrutura para a comunidade como um todo, podemos dizer que o CAPS se transforma muito facilmente nesse local de resistência, onde o “louco” pode ser e fazer o que, fora do CAPS, será rejeitado e invalidado por grande parte da população. Servimos de mediadores, reduzindo conflitos e emprestando nosso poder contratual, permitindo a circulação de nossos usuários em espaços onde normalmente não seriam aceitos ou, por conta de um autoestigma, não se autorizam a entrar.

Mas, se esse é o caso, devemos ter mais clareza de que não estamos integrados a uma comunidade amorosa e desejosa de participar na atenção aos nossos usuários, e sim num ambiente difícil, no qual avançamos entre pequenas conquistas e recuos. Tudo isso para afirmar que o CAPS está longe de “dissolver-se” no território”, por mais importantes que as parcerias e ações “extra-muros” sejam, o CAPS precisa ser também uma referência de

local protegido e acolhedor, e aproveitar ao máximo esse espaço para ações terapêuticas potentes e criativas.

Rede de saúde

Pelos limites deste texto, não abordaremos aqui a efetivação do modelo psicossocial em cada serviço de saúde (o hospital geral, a UBS e o PSF, ambulatorios, serviços de urgência etc.) e na rede como um todo. Nos capítulos sobre alguns desses serviços, encontramos alguns elementos para essa discussão que, poderíamos dizer, ainda engatinha em nosso meio.

Referências

- Andreolli, S. B.; Ronchetti, S. S. B. R.; Miranda, A. L. P. (2004). “Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3):836-844.
- Ballarin, M. L. G. S.; Miranda, I. M. S.; Fuentes, A. C. R. C. (2010). “Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008”. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 30 (4), 726-737.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2010). “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010”. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm] [citado em 2012 março 01].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). *Saúde Mental em Dados 5, informativo eletrônico*, outubro de 2008. Disponível em [http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf] [citado 2009 maio 15].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012a). Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em [<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/portaria-no-130-de-2012/view>] [citado 2012 março 15].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012b). *Saúde mental em Dados 10, informativo eletrônico*, março de 2012. Disponível em [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>] [citado 2012 março 15].
- Cavalcanti, M. T.; Dahl, C. M.; Carvalho, M. C. A. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em Centros de Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Pública*, 43 (supl. 1): 23-28.

- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A.; Yasui, S. (2001). "As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial". *Saúde em Debate*, 25(58): 12-25.
- Crempes (2010). *Avaliação dos Centros de atenção psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo. Crempes.
- Dias, M. K. (2007). "Centros de Atenção Psicossocial: do Modelo Institucional à Experiência Social da Doença". Tese de doutorado em ciências sociais. Campinas: Unicamp.
- Fonseca, R. P. (2012). Comunicação pessoal.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Kantorski, L. P.; Jardim, V. R.; Wetzel, C. et al. (2009). "Satisfação dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil". *Revista de Saúde Pública*, 43 (supl. 1): 29-35.
- Koda, M. Y.; Fernandes, M. I. A. (2007). "A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial". *Cadernos de Saúde Pública*. 23(6): 1455-1461.
- Kraudy, E.; Liberati, A.; Asioli, F.; Saraceno, B.; Tognoni, G. (1987). "Organization of Services and Pattern of Psychiatric Care in Nicaragua: Result of a Survey in 1986". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 545-551.
- Nascimento, A.F.; Galvanese, A. T. C. (2009). "Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo, SP". *Revista de Saúde Pública*, 43 (supl. 1): 8-15.
- Nicácio, M. F. S. (1994). "O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura". Dissertação de mestrado, São Paulo, PUC.
- Nunes, M.; Torrenté, M.; Ottoni, V. et al. (2008): A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um CAPS em Salvador, BA, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1): 188-196.
- Onocko-Campos, R.T.; Furtado, J. P.; Passos, E. et al (2009). "Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental". *Revista de Saúde Pública*. 43(Supl. 1): 16-22.
- Pitta, A. M. et al. (1995). "Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(9):441-452.
- Ramminger, T.; Brito, J. C. (2011). "Cada CAPS é um CAPS: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental". *Psicologia & Sociedade*, 23: 150-160.
- Silva, M. T.; Lancman, S.; Alonso, C. M. C. (2009). "Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental". *Revista de Saúde Pública*, 43 (supl. 1): 36-42.

Os Centros de Convivência e Cooperativas – Cecco em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais*

Maria Cecília Galletti

Para Deleuze, a “arte de construir um problema é muito importante: inventa-se um problema, uma posição de problema, antes de encontrar uma solução”.

A partir dessa perspectiva de construção de um problema, pretendo neste capítulo discutir a política de inclusão social realizada pelos Centros de Convivência e Cooperativa – Cecco da cidade de São Paulo.

Essa política pública que sustenta experiências coletivas e compartilhadas institui na rede de saúde mental novas formas de trabalho coletivo, novas formas de vida em comum, o que Varela chamaria de uma experiência de reencantamento do concreto.

O desafio a que me proponho neste texto, de problematizar o lugar dos Centros de Convivência na montagem da rede substitutiva de saúde mental em São Paulo, necessariamente me coloca em relação com as políticas públicas de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Desde que foi criado, em 1989, na cidade de São Paulo, como um serviço que tinha como função prioritária na rede de saúde a inclusão dos usuários de saúde mental no tecido social, os Ceccos vêm acompanhando importantes transformações sociais no Bra-

* Texto parcialmente extraído da tese de doutorado da autora, intitulada “Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética”.

sil, que, como outros países, vive na atualidade uma complexidade marcada pelo colapso da esfera pública, da expropriação do comum, além da precarização das condições de trabalho que impulsiona cada vez mais processos de desvinculação social.

O cidadão moderno é um ser isolado na cidade, na rua, em casa, e se protege com uma carapaça de indiferença como estratégia de sobrevivência para suportar o esgotamento provocado pelo individualismo exacerbado.

Fenômenos tais como a globalização, o consumo desenfreado e principalmente a velocidade da informação são marcas definidoras da cultura contemporânea.

O avanço da informatização nos últimos anos e o surgimento da internet obrigam-nos a repensar a noção de encontro e os desdobramentos subjetivos provocados por essa experimentação virtual que faz da própria tecnologia o meio ambiente, esfumando a noção de lugar, de corpo e mesmo de encontro.

Nesse sentido, as chamadas políticas de inclusão/integração orientadas para a diminuição das desigualdades sociais devem estar atentas a esses novos modos de subjetivação do contemporâneo.

Se o tecido social é constituído pelo conjunto das mediações sociais, não se trata apenas da mera atuação nas brechas abandonadas das instituições. Isso não basta para recuperar o *socius*. Para enfrentar a problemática da vulnerabilidade e da desvinculação social, trata-se, sim, de invenção e criação de novas estruturas sociais, capazes de comportar a complexidade da contemporaneidade e de seus sujeitos.

São Paulo foi a primeira cidade do Brasil a implementar, no final dos anos 80, Centros de Convivência como serviços da rede substitutiva em saúde mental. A primeira coisa a apontar é a riqueza e a ousadia inovadora desse projeto, idealizado na gestão da prefeita Luiza Erundina. Quero ressaltar também sua importância política e cultural, além de sua inserção histórica num movimento coletivo de construção da saúde pública no Brasil, de luta antimanicomial e de implantação da Reforma Psiquiátrica.

A criação dos Ceccos como um serviço intersetorial na saúde foi um acontecimento singular no plano das políticas públicas,

pois não foi apenas a implementação de mais um serviço substitutivo ao tratamento psiquiátrico.

Assim pensado, o Centro de Convivência nasceu com a vocação de funcionar numa potência de desterritorialização de cada território ao qual está ligado, ou seja: seu caráter intersetorial insere a cultura na saúde, a saúde nas áreas verdes, a ecologia nos esportes, num projeto transversal de inclusão, de convivência e de criação. Um projeto que desde o início conectava as pessoas, não pelas patologias, mas pela experimentação da arte, do trabalho e do lazer.

No projeto extemporâneo dos Ceccos uma novidade surgiu como política de saúde. Uma política que efetivou a possibilidade de colocar juntos os diferentes e sobretudo fez funcionar as diferenças pelos encontros sempre pautados pela alteridade.

Essa ético-política que, segundo Deleuze, faz da política o elevado momento da ética e que afirma a singularidade como absoluta, promove um campo de experimentação inusitado na área da saúde, por meio das propostas que vão sendo criadas na experiência cotidiana de acolher, conectar, fazer rede e inventar saídas.

Diferentemente de outras unidades de saúde que têm suas práticas cotidianas mais voltadas para a assistência às patologias, os Ceccos foram criados como um projeto híbrido de produção de saúde, pois aqui produzir saúde é necessariamente produzir encontros com outros campos da cultura. Assim, os Ceccos operam na rede de saúde e no território onde se instalam como dispositivos de agenciamento.

Mas como sustentar um coletivo que preserva viva a dimensão da singularidade?

Como criar espaços heterogêneos com tonalidades próprias, atmosferas distintas, permitindo que cada um se relacione do seu modo?

Como manter uma disponibilidade afetiva que propicie os encontros, mas que não os imponha? Uma atenção que permita o contato mas que preserve a alteridade?

Como dar lugar ao acaso sem programá-lo?

Como sustentar uma gentileza que permita a emergência de um dizer onde cresce um deserto afetivo?

É a partir dessas inquietações provocadas pelo nosso cotidiano de trabalho que eu quero tratar a problemática do lugar dos Ceccos na rede substitutiva: um serviço de inclusão não apenas como a possibilidade de um convívio comunitário e de trânsitos mais espontâneos pela cidade, mas também, e principalmente, como uma estratégia de conexão, de composição, de avizinhamiento, experiências que podem reinventar a diferença entre isolamento e vida coletiva.

Essa potência de agenciamento, característica da atenção do/no Cecco, pode ser entendida como um dispositivo que cartografa estratégias de resistência à exclusão no território, contrapondo-se à ideia negativa de inclusão como atenção aos excluídos do território.

Pensado assim, o Cecco é um serviço que é também um modo de produção em saúde, na medida em que retira o serviço do lugar de estrutura e o recoloca no território como uma máquina de subjetivação, um dispositivo de construção de redes no território.

O trabalho em rede, aqui direcionado para essa perspectiva de conexão, inverte uma certa lógica hegemônica de atenção em saúde, que iguala rede à somatória de serviços.

Diferente disso, os Ceccos e esse modo de produção na intersecção, essa política da conectividade, da vizinhança, do colocar-se ao lado de, geram uma possibilidade de trabalho em que a rede não se define por uma somatória, mas sim por uma relação de ressonância que se estabelece entre elementos de um dado território, num movimento capaz de agitar as formas de produção hegemônicas em saúde, fazendo aumentar o quantum de comunicação dos serviços.

Nesse sentido, podemos pensar que esse modo de construção de redes nos leva a uma experiência de trabalho afetivo, isto é, de produção de afetos no trabalho e na vida social. Para Michael Hardt, o trabalho afetivo representa, em si e diretamente, a constituição de comunidades e subjetividades coletivas, gera sociabilidade e, finalmente, produz a própria sociedade.

Mas aqui eu também quero colocar um operador de prudência quando falamos em constituição de redes: nestes tempos

de globalização, de alto nível de informatização, cuja rede hegemônica é a do capital, geradora de desvinculação social, a rede que temos afirmado no Cecco é outra, é uma rede de resistência e criação, aquela na qual as experiências sociais podem se multiplicar, por onde crescem os saberes espontâneos, rede de produção de novas associações e sociabilidade, de comunidade, de solidariedade, de afirmação diferencial, uma rede de resistência às formas de homogeneização do *socius*, a qual procura criar aberturas para processos heterogenéticos que afirmem novos modos de convívio.

Nesse sentido, as redes podem agir na complexa tarefa de transversalizar o funcionamento dos serviços e também as instâncias que formulam políticas públicas.

Essa aposta na filosofia das redes faz com que a concepção de inclusão social, fundante na criação desse serviço, seja ampliada pelas estratégias que criam zonas de comunidade. Essa aposta numa atitude inclusiva que compõe relações por meio do cuidado é a nossa arte de produzir encontros, entendendo arte como propõe Aristóteles, em seu livro sobre a Ética, que é a composição entre *poiésis* e *práxis*, isto é, a composição de linhas de criação e linhas de ação.

Assim tomado, cada projeto existente no Cecco deve ser um articulador desses vetores: criação e ação. As oficinas, nossa tecnologia de convívio social, funcionam cada uma delas com uma rede de conversações forjada na relação do projeto com o fora da instituição, estabelecendo entre si uma zona de comunidade, mas cada qual com aberturas próprias ao seu domínio.

Frente a essa posição clínico-política, o caminho dos Ceccos pode ser experimentado a partir de dois eixos fundamentais que se distinguem, mas não se separam: o Cecco Serviço, que se caracteriza por todas as estratégias que ocorrem a partir dos atendimentos dos usuários que frequentam essa unidade de saúde para os diversos trabalhos, como as oficinas, os eventos culturais, as festas, os passeios; e o Cecco projetos no território, que são os projetos que se desdobram do serviço ao território, ou o inverso, e que fazem com que tanto o serviço como o território possam se conectar. Esses dois vetores é o que hoje entendemos

como dispositivo Cecco, uma modulação do serviço que o retira do lugar de centro de onde tudo emana e o relança para a experimentação em rede.

Assim, o Cecco é uma estratégia multifacetada, com uma riqueza de aspectos, cada um dos quais colocando questões de muita complexidade e, nessa perspectiva, é um serviço que se coloca como um potente espaço de experimentação e de efetuação da transdisciplinaridade, entendendo essa prática na sua possibilidade de experimentar as bordas e os limites, criando com isso outras formas de subjetividade, que podem subverter, ainda que parcialmente, os padrões majoritários de assistência em saúde.

O Cecco é um dispositivo que, ao não se fixar no terreno exclusivo do atendimento em saúde, invade e transita por territórios outros, como a arte, a rua, a cidade, colocando a clínica de saúde mental em contato com a sua exterioridade. Esse projeto tornou-se, assim, mais do que um projeto de saúde, um projeto de vida para aqueles que o frequentam, entendendo a vida para além da simples ausência de doença, mas vida como pluralidade, como inauguração de novas possibilidades, como impossibilidade de totalizar-se em modelos.

Com isso quero afirmar que fazer a gestão do Cecco, como também acompanhar como supervisora o trabalho de outros Ceccos, tem sido para mim uma experiência singular, pois trata-se de habitar um campo híbrido, a diversidade, habitar um lugar onde acontecem as misturas e os encontros e, por isso, habitar um espaço fronteiro dos agenciamentos de vários campos.

Assim, é possível afirmar este serviço como um dispositivo político da Atenção à Saúde Mental, o político entendido como um campo de encontros de alteridade, onde o encontro é marcado por processos ininterruptos de diferenciação.

A delicada arte de produzir encontros no Cecco nos direciona para um modo de produção em que se encontrar não é colidir com um outro, mas experimentar justamente a distância que nos separa.

No encontro a partir da distância podemos encontrar polidez, delicadeza, gentileza, suavidade, ao mesmo tempo que separação, vai e vem, sobrevoos, contaminação, envelopamento, resso-

nâncias entre alteridades, qualidades que sabemos caras para o trabalho nos Ceccos.

Ao se transportar para outras paragens, invadindo o *socius* e apropriando-se dos seus recursos, o Cecco se inventa como dispositivo e opera saídas para fora da clínica.

Nessa perspectiva, mais do que promover a inclusão das pessoas que nos procuram, promove no território uma saúde inclusiva. Esse modo de produzir saúde vai não somente indicar e abrir a vida para a possibilidade de misturas, mas também instaurar outro estatuto de cidadania, que não deixa as práticas de saúde isoladas da vida na cidade, mas, ao contrário, interfere e percute na cidade, pois se conecta e se mistura a ela.

Penso que participar dessa aventura clínica é um processo inclusivo também para os profissionais do Cecco, porque exerce uma “provocação de vida” em todos os participantes, na medida em que produz outros modos de subjetivação na clínica, como, por exemplo, nas diversidades de papéis que somos convocados a ocupar. Penso que isso é desejável nas intervenções na clínica de saúde mental, pois a partir desses novos modos de subjetivação experimentados é que podemos desertar a subjetividade dominante na saúde: doença/doente, terapeutas/terapias.

Quero afirmar que, ao longo do tempo em que tenho participado de diferentes modos de existência dos Centros de Convivência, tenho observado transformações no modo de intervenção de muitos profissionais na saúde mental.

A proposição de situações da vida comum e coletiva, que é o cotidiano dos profissionais desse serviço, faz rever olhares antes contaminados pela dicotomia saúde/doença e a operar com conceitos não normalizadores de modos de existência.

Nesse sentido, a força dos Ceccos está na concretude das suas ações, na conexão que estabelece com vários campos, extravasando as fronteiras entre os serviços e, portanto, elevando a experiência clínica e o tratamento em saúde mental ao seu mais alto grau, quer dizer, rompendo a barreira que separa a clínica do social, e o tratamento da vida.

Na contramão da história recente em curso, onde tendem a se apagar não apenas os grandes projetos revolucionários, mas todas

as formas do conflito político, espero que os Ceccos continuem sua trajetória, e o impacto da cultura e da diversidade na rede de saúde seja a construção de sociedades e territórios onde exista lugar para qualquer um, independente de geografia ou cultura.

Para finalizar, considero importante ressaltar que os Ceccos, esses dispositivos de atenção em saúde mental, vêm se mantendo ao longo do tempo com poucos investimentos políticos, administrativos e econômicos.

A natureza intersetorial desse serviço depende sempre dos agenciamentos possíveis em cada território, pois ainda não está garantido como política de Estado. Tanto o Ministério da Saúde quanto os estados e municípios comprometidos com a Reforma Psiquiátrica investiram, ao longo dos últimos anos, na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços centrais no tratamento em saúde mental.

A portaria n.º 336/MS, que regulamenta os CAPS em todo o território nacional, indica que esse serviço deve ser o regulador das ações em saúde mental do território. Entendo que essa é uma lógica que desfavorece a construção de uma rede de serviços, na medida em que no trabalho em rede não há um serviço-centro que organiza a rede, nem tampouco o território.

Essa lógica centralizadora da atenção criou, a meu ver, várias distorções na cultura assistencial do SUS, que tem como porta de entrada do usuário ao serviço de saúde a Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim sendo, o regulador da atenção de saúde de cada território não pode ser um serviço especializado, mas sim a rede básica de atenção em saúde.

Considero que essa discussão sobre a rede de saúde mental do SUS é de fundamental importância para a construção de uma política ministerial que legitime os Ceccos como serviços da rede SUS. Mas, para que isso se torne possível, se faz necessário que os outros serviços também possam se reposicionar e transversalizar suas ações na atenção em saúde.

Referências

- Agamben, G. *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua (Homo sacer: il potere sovrano e la nuda vita – I)* Henrique Búrigo (trad.). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- Aristóteles. *Ética a Nicômaco (Ἠθικὴ Νικομάχεια)* São Paulo: Martin Claret, 240 p. (integral), 2001.
- Barros, R. B. D.; Brasil, V. “Cartografia de um trabalho socioanalítico”. In: Barros, R.; Rodrigues, H.; Sá Leitão, M. B. (orgs.) *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, pp. 228-48, 1992.
- Birman, J. “Comunidade, diferença, amizade: sobre as novas formas de subjetivação na atualidade”. In: Pacheco, A.; Vaz, P. (orgs.). *Vozes no milênio. Para pensar a globalização*. Rio de Janeiro: Griphus, pp. 54-72, 2002.
- Campos, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- Deleuze, G. *Crítica e clínica (Critique et clinique)*. São Paulo: Editora 34, 176 p., 1997.
- Foucault, M. *Dits e Écrits*, v. 3, Paris: Gallimard, 1994.
- _____. *Ditos e Escritos – Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema*, v. III, 2. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 484 p., 2006.
- Gagnebin, J. M. “Como viver junto?”, Conferência proferida no 4.º Seminário Vida Coletiva, 27.01.2006, 27.ª Bienal de São Paulo. Anotação feita durante a Conferência, 2006.
- Galletti, M. C. *Oficinas em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico*. Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás – ECG, 124 p., 2004.
- _____. “Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética”. Tese de doutoramento. Psicologia Clínica, PUC-SP, 2007.
- Guattari, F.; Rolnik, S. *Micropolítica: Cartografias do desejo*. (Micropolíticas) 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- Hardt, M. “O trabalho afetivo” (“*Affective labor*”). In: Pelbart, P. P.; Costa, R. (orgs.). *O reenchantamento do concreto*. (Cadernos de Subjetividade). São Paulo: Educ/Hucitec, 2003.
- Ministério da Saúde. Relatório de gestão. Saúde Mental 2003-2006. MS/Coordenação de Saúde Mental, Brasília, fevereiro 2007.
- Musso, P. “A filosofia da rede”. In: Parente, A. (org.) *Tramas da rede*. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- Nancy, J.-L., apud Pelbart, P. P. “A comunidade dos sem comunidade”. In: Pacheco, A.; Cocco, G.; Vaz, P. (orgs.) *O trabalho da multidão*. Rio de Janeiro: Gryphus/Museu da República, 2002.
- Negri, A. *Kairós, Alma Venus, Multidão: Nove lições ensinadas a mim mesmo (Kairos, Alma, Vênus, Multidão. Nove lezioni impartite a me stesso)*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- Orlandi, L. B. L. “Que estamos ajudando a fazer de nós mesmos?”. In: Rago, M.; Orlandi, L. B. L.; Veiga-Neto, A. (orgs.). *Imagens de Fou-*

- cault e Deleuze: Ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, pp. 217-38, 2002.
- Oury, J. Artigo-homenagem a Lucien Bonnafé (1912-2003). “Potencial Terapêutico do Povo” (“*Potentiel soignant du peuple*”). *LLPF – La Lettre de Psychiatrie Française*, abril 2003.
- Teixeira, R. R.. “As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público”, 2004. Disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em 24.07.2007.
- Varela, F. “O reencantamento do concreto”. In: Pelbart, P. P.; Costa, R. (orgs.) *Cadernos de subjetividade: O reencantamento do concreto*. (Cadernos de Subjetividade do Núcleo de Estudos da Subjetividade, vinculado ao Pós-Graduação de Psicologia Clínica da PUC-SP). São Paulo: Hucitec, pp. 33-52, 2003.
- Zourabichvili, F. “Deleuze e o possível (sobre o involuntarismo na política)”. In: Alliez, É. (org.) *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*, São Paulo: Editora 34, 2000.

CAPÍTULO 9 | A questão da moradia em saúde mental

Mônica Grant Rolin

Há mais de vinte anos temos pensado, escrito e atuado centrados no esforço de não institucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental, seja por meio de melhoria da rede assistencial, seja da criação de novas terapêuticas.

Entretanto, pouco tem sido proposto como alternativa de moradia para os pacientes que não têm indicação de permanecer internados e não têm uma família com a qual possam voltar a morar. Tampouco se encontra facilmente uma forma de enfrentar a questão de moradia para os usuários dos serviços de saúde mental que, com a evolução de seus processos terapêuticos, teriam indicação clínica de sair da casa onde vivem e morar sozinhos, mas que ainda não construíram a autonomia necessária para isso.

A questão da moradia ligada à clínica em saúde mental (uso esse descritivo para não usar aqui termos que correspondam a equipamentos da rede) é tema conhecido e do qual há muito se fala, mas há relativamente pouco tempo se assiste à multiplicação do recurso moradia assistida e a consequente discussão que disso se origina. É de 2004 a primeira edição de “Residências Terapêuticas: o que são e para que servem”, pelo Ministério da Saúde.

A discussão da moradia no âmbito da saúde mental está diretamente ligada ao processo de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Sendo permanentemente afetada por questões políticas, administrativas e/ou clínicas.

Refletir sobre a implantação dos serviços de moradia é levar em consideração os diversos modelos já experimentados. Cada um a seu tempo e a seu modo, manteve o foco no binômio desinstitucionalização X reintegração social, uma vez que ainda há um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte que possibilite sua vida de outra forma.

É fato que há diferentes formas a partir das quais podemos pensar a respeito do dispositivo moradia em saúde mental, e é claro que cada uma das maneiras nos conduzirá a configurações distintas para a questão, que priorizarão as necessidades, ora de um, ora de outro, seja ele gestor, clínico, usuário, família ou o sistema como um todo.

Vários termos, ideias e conceitos estão intimamente ligados ao tema, entre eles poderíamos elencar: residência, moradia, casa, morar, viver, dispositivo, terapêutico, assistido, asilar, transitório. Sendo certo que a cada associação, em determinada ordem, haverá uma proposta diferente de moradia em saúde mental.

Não fosse bastante a variedade intrínseca da questão e de sua operacionalização, somam-se a ela fatores de outras ordens que poderíamos aqui nomear como as necessidades que as diferentes esferas do sistema tem com relação às moradias em sua interface com a saúde mental.

Podemos, com certo conforto, dizer que as experiências difusas, públicas ou privadas, acumuladas desde os anos 80 entre os profissionais de saúde mental, foram a semente da implementação dessa modalidade no âmbito do SUS que, por sua vez, foi sem dúvida passo fundamental para evidência do assunto.

Acerca deste temos um leque de opções a ser construído, revisto e reformulado, com opções a serem estudadas que partem das moradias hospitalares: Lares, Vilas e UCAs (Unidades de Cuidados Asilares), locais intramuros que se diferenciam das enfermarias e colônias por sua proposta, até as moradias extra-hospitalares: Pensões, Repúblicas e RTs (Residências Terapêuticas) que evidenciam a questão da integração à cidade. Em maior ou menor grau e em permanente transformação, todas têm em comum o morar integrado, com regras, normas, algum nível de

institucionalização, além da busca pela aquisição de algum grau de autonomia.

Os SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos surgem como componentes da rede de atenção e como política de saúde mental do Ministério Saúde, configurando-se como *equipamentos de saúde* importantes para acolher pessoas que viveram longos períodos em hospitais psiquiátricos, possibilitando a sua reintegração social e a “superação” do modelo de atenção centrado no isolamento e na exclusão social.

Surgem como casas destinadas a responder à necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, podendo, como dispositivos residenciais, servir de apoio a usuários de outros serviços em saúde mental, que não possuam suporte familiar e social.

A entrada dos SRTs na cena SUS é sem dúvida catalisadora do processo das ações de desinstitucionalização, estimulou o debate sobre a necessidade da efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais, fortalecendo a rede substitutiva de atenção em saúde mental, mas também evidenciou uma situação de insuficiência, que em um primeiro momento parece perpétua.

A oferta não é suficiente para a demanda, mesmo que aqui a considerássemos exclusivamente como alternativa para tirar as pessoas das instituições onde viviam. Situação que só se complica à medida que passamos a considerá-la na plenitude de sua potencialidade, seja para:

- agir como potencializadora do tratamento nos momentos clínicos cruciais;
- acomodar as pessoas para além de suas casas/famílias, mantendo vínculos e relações;
- tirar as pessoas de situações de risco no território onde vivem.

Em todos os casos, evitando outros tipos de institucionalização.

Com tantas variáveis e frente ao panorama atual, a discussão das moradias no âmbito da saúde mental é uma conta que dificilmente fechará. As orientações ministeriais, amplas e genéri-

cas, como devem ser, prescindem de regulamentação dos gestores locais que, por meio de suas áreas técnicas, devem determinar a quem os SRTs acolherão, como eles funcionarão, que recursos receberão ou, ainda, como se dará a relação com a rede.

A caracterização de cada tipo de SRT, disponível em publicações ministeriais de fácil acesso, não é nosso objeto neste momento e limitamo-nos a apresentá-la em linhas gerais:

- SRT I – Moradia mais transitória, com menor demanda de acompanhamento. O suporte é focado na inserção dos moradores na rede social existente.
- SRT II – É a casa dos cuidados substitutivos familiares da população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte é focado na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Clientela carente de cuidados INTENSIVOS (acompanhante 24h/dia).

Como já dissemos, os dispositivos de moradia em saúde mental, qualquer que seja o nome que recebam, serão sempre “equipamentos mutantes”, uma vez que, da sua instalação ao seu funcionamento, a demanda dos usuários/moradores se transforma. Estratégias eficientes se tornam, em pouco tempo, obsoletas e inúteis.

Considerar o dispositivo moradia assistida como parte do tratamento implica revê-lo como um grupo ou um projeto terapêutico. É preciso rever e atualizar as necessidades dos usuários/moradores, recriando estratégias para atender à demanda “transformada”. Adequando a oferta de cuidados para mais ou para menos.

Resta permanente, então, a questão da transitoriedade, se não do usuário na moradia, da moradia para ele e o processo de transformação segue. As “casas” terão sempre mais ou menos demanda por acompanhamento, devendo sempre o suporte ser focado na inserção dos moradores na rede social existente.

A indicação de um dispositivo de moradia assistida a um usuário de serviços de saúde mental, seja ele um SRT, uma “Repú-

blica” ou um quarto de pensão, é na maioria das vezes mais uma fase a ser ultrapassada, o primeiro passo de uma nova etapa no processo de reabilitação psicossocial, mais uma a ser vivenciada. O passo para “fora” que nem todos querem dar...

Transitoriedade quando o assunto é moradia em saúde mental é mais uma questão conceitual do que temporal, uma vez que a “passagem” por essa etapa pode levar alguns meses, anos, ou até toda uma vida, considerando-se os diferentes tempos e as singularidades.

Há inseguranças, há que se montar estratégias, construir vínculos, resgatar histórias e, sobretudo, fazer contratos. Ao considerarmos as moradias assistidas como dispositivos terapêuticos, devemos ter a clareza de que conjugaremos constantemente os verbos: *negociar, necessitar, desejar, dispor e fazer*.

A operacionalização da moradia assistida como um dispositivo terapêutico implica a clínica de várias formas, mas é sempre bom lembrar que ela não equivale a um tratamento.

A dimensão clínica de seu ato de cuidado é não ser uma forma de tratamento, mas estar articulada a ele. Nos dispositivos de moradia-assistida a clínica é ESSENCIAL, mas INSTRUMENTAL e INTERMEDIÁRIA. Sua função é a mediação.

Nosso empenho ao acompanharmos os usuários dos serviços de saúde mental na construção de seus espaços de moradia, sejam eles SRTs, “Repúblicas”, edículas ou quartos de pensão, é de que esses locais se tornem, de fato, espaços compartilhados por pessoas que vivenciam o mesmo desafio, o morar/viver extramuros, a organização de um cotidiano e as inúmeras tarefas nele envolvidas, além de suas articulações e conexões com outros usuários/moradores e com as outras instâncias da complexa rede envolvida no processo, como CAPS, escolas, clubes, UBSs etc.

Quando é possível, a aproximação da família e sua participação no projeto são estimuladas, no intuito de que assuma um papel ativo de apoio ao retorno do morador à comunidade, sem que essa aproximação se configure como ameaça ou imposição, criando espaços relacionais que, por si, são terapêuticos e podem levar a um reordenamento mais favorável dos vínculos.

Nossa ação/envolvimento não deve ser intrusiva ou superprotetora. O intuito é que, com o tempo, o usuário/morador pos-

sa ser visto como tendo condições mínimas de independência, deixando de ser alvo de tantos cuidados e preocupações.

À percepção de que o usuário/morador vai estendendo e administrando sua rede social de vínculos, a comunidade poderá considerá-lo como alguém senhor de um “território” e possuidor de fronteiras que merecem respeito.

O trabalho clínico nos dispositivos de moradia assistida incide primordialmente na construção do cotidiano de cada usuário/morador.

Falar/pensar sobre a questão da moradia em saúde mental é convidar para que se entenda a força terapêutica da instauração de um “cotidiano vital”, com suas rotinas e normas particulares, com as discussões do grupo de moradores e com os agentes de suporte (cujas denominações variam) sobre o lugar e a função de cada um nesse coletivo.

O convívio com a intimidade, com a rotina, o dormir e o acordar, as tarefas mais básicas e o número de horas são sem dúvida um desafio e um aprendizado. E quanta personalidade há no morar! Como é conflituoso para os agentes envolvidos deixar-se habitar e se distanciar. Servir ao mesmo tempo de modelo e limite, ser presença constante de apoio à organização geral, bem como à nova situação, além de referência afetiva.

A melhor definição do papel da equipe de apoio das moradias assistidas é sem dúvida nenhuma a mais óbvia de todas: a do acompanhamento, a de *fazer “junto”*, mas não *fazer “por”*, ainda que *não fazer “por”* exija um longo e complexo aprendizado. Enfrentar com os usuários/moradores suas problemáticas cotidianas, acompanhando-os na solução sem fazer com que eles se alienem na figura de alguém que faça por eles aquilo que eles deveriam fazer por si mesmos.

De todas as tarefas de uma casa, a mais emblemática é a ida às compras. Necessariamente ela é precedida por outras tarefas realizadas pelo grupo (usuários/moradores e agentes) que vão desde escolher e listar o cardápio, até verificar o que está faltando na casa e na lista de compras. Tudo isso permeado pela necessidade de se chegar a um acordo coletivo.

A ida à padaria, à venda ou a um supermercado é uma entre

outras atividades que recolocam o usuário/morador no circuito social, fornecendo e exigindo informações importantes: o preço, os cuidados com a alimentação, as verbas disponíveis, as economias e os excedentes, a qualidade dos produtos e o enfrentamento da relação com o coletivo.

Acompanhar usuários/moradores às compras espelha a possibilidade de um pequeno avanço em direção à autonomia, um caminho a ser construído vagarosamente no qual, parece, temos tomado a direção certa.

Temos apostado que a instauração de um “cotidiano vital” é uma das formas de descronificação dos usuários/moradores. É fundamental fazê-los se apropriar: para poder sair, antes precisa entrar, e esse movimento é dos mais difíceis.

Referências

- Ministério da Saúde (2004). “Residências terapêuticas: o que são, para que servem”. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Freire, F. H. M. A (2006). “Residência Terapêutica: Inventando Novos Lugares para se Viver”. Dissertação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/residencia_teraapeutica.pdf]. Acesso em 20 de junho de 2012.
- Elia, L. (2008). “O serviço residencial terapêutico: razões para dar suporte clínico a uma residência”. UFF. Disponível em [http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_390a.pdf]. Acesso em 20 de junho de 2012.
- Mendonça, M. C. A. (2007). “As intervenções nas Residências Terapêuticas: o que a psicanálise tem a dizer sobre essa clínica?” *Estud. psicanal.* 30: 103-111.
- Generoso, C. M. A. (2008). “Orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados – uma pequena construção”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1): 67-73.
- Silva, T. L.; Martiniano, C. S.; Gaudêncio, M. M. P. (2007). “O olhar dos moradores das residências terapêuticas acerca do cuidar/cuidado”. Disponível em [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00474_01O.pdf]. Acesso em 20 de junho de 2012.
- Dantas, R. M.; Silva, K. M. D.; Oliveira, F. B. et al. (2010). “Serviço Residencial Terapêutico: um dispositivo de reinserção social”. *Revista Interdisciplinar Novafapi*, 3(3): 44-48.

1 Introdução

Ao longo dos anos, a saúde mental tem sofrido mudanças quanto às opções terapêuticas e à disponibilização de serviços assistenciais. Uma das transições mais marcantes ocorreu com o início da desinstitucionalização nos anos 60. Esse movimento teve como objetivo buscar meios para melhorar a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais graves e promover a inserção social. Nesse contexto, os serviços de emergência psiquiátrica (SEP) foram considerados como um dos componentes mandatórios da assistência em saúde mental para a comunidade.¹

Emergência psiquiátrica (EP) pode ser definida como comportamento ou condição percebido por alguém (muitas vezes não pelo próprio afetado), com potencial para evolução catastrófica, não programado, com abordagem anterior insuficiente ou ausente, grave, com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso.²

As principais condições abordadas em EP são:

- Agitação/agressividade
- Transtornos ansiosos/conversão/somatização
- Ideação/Tentativa de suicídio
- Transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias
- Distúrbios amnésicos

- Reação aguda ao estresse e estresse pós-traumático
- Doenças clínicas que levam a alterações de comportamento
- Quadros psiquiátricos que cursam com doenças clínicas associadas

Um SEP envolve uma estrutura em saúde mental que visa proporcionar a avaliação das crises relacionadas a quadros psiquiátricos e o seu manejo, sendo essencial a sua inserção em estruturas hospitalares (hospitais gerais). O modelo do SEP tem se tornado cada vez mais necessário como ponto de suporte para o sistema de saúde mental, pela possibilidade de uma avaliação psiquiátrica imediata e agilidade quanto a admissões e encaminhamentos de pacientes. O SEP também proporciona um ambiente terapêutico mais adequado, onde os pacientes em crise podem receber o suporte médico e social necessário³.

A demanda pela utilização dos SEPs tem aumentado essencialmente pelo crescimento da população,⁴ a precariedade dos serviços comunitários primários e a sobrecarga dos ambulatórios de saúde mental.

Diante disso, o conceito de SEP tem se expandido para englobar os seguintes serviços: unidades de observação prolongada, ou seja, um serviço de observação clínica em ambiente hospitalar que existe para evitar a internação desnecessária, proporcionando medidas de conforto e tratamento por um período de 72 horas ou menos; avaliação por equipes móveis de emergência; e interconsulta no pronto-socorro geral.

Assim, os SEPs desempenham um papel central na organização da rede dos serviços de saúde mental, pois são a principal porta de entrada no sistema, direcionam o fluxo das internações, evitam admissões hospitalares desnecessárias e possibilitam uma integração entre as diversas unidades do sistema de saúde.⁵⁻⁶

Em termos práticos, basicamente são três os papéis dos SEPs no sistema de saúde mental: atendimento do paciente com recaída (piora do quadro), atendimento do paciente em primeiro episódio (praticamente 60% dos primeiros episódios são atendidos em SEPs) e atendimento dos pacientes psiquiátricos sem assistência adequada por insuficiência do sistema de saúde mental da região.

2 Estrutura

Os SEPs têm como objetivo avaliar a gravidade, fornecer o tratamento para sintomas agudos e realizar encaminhamentos para internação ou tratamento ambulatorial. A disponibilidade de leitos de observação deve ser suficiente para promover com eficiência o manejo de pacientes agudos e aperfeiçoar o fluxo para internações mais prolongadas.

2.1 Participação dos SEPs no sistema de saúde mental

A necessidade de se criar um SEP depende da demanda de atendimentos de casos psiquiátricos emergenciais, e é geralmente relacionada à área populacional de captação de um serviço hospitalar geral ou especializado em psiquiatria. Essa demanda depende do tamanho da população definida dessa área de captação, e também da estrutura dos serviços de saúde mental dessa área.

Se a estrutura é pobre e com funcionamento ineficiente, a demanda de um SEP aumenta, já que é um serviço ininterrupto e sem restrições de acesso pela população a ser atendida. Por outro lado, se a região possui um sistema de saúde mental adequado e que se disponha a colaborar com o SEP, a demanda passa a ser bem menor.⁷

O SEP deve trabalhar com os serviços de saúde da área de captação com protocolos de encaminhamentos mútuos bem definidos, e com canais de comunicação facilitados entre as equipes do sistema de saúde mental e a do SEP, a fim de agilizar a troca de informações para um melhor atendimento do paciente.

Considerando que o paciente psiquiátrico apresenta com muita frequência comorbidades com outras doenças clínicas e que a necessidade de avaliação clínica por médicos de outras especialidades é a regra, justifica-se a política de se instalar os SEPs preferencialmente em hospitais gerais, com proximidade física ou funcional com outros serviços de emergências médicas.

Devido a essas variáveis, não existe uma padronização de tamanho de área de captação mínima para se estabelecer um SEP. Em geral, se a demanda em um determinado serviço hospitalar

geral atinge um número de 3.000 atendimentos psiquiátricos por ano, ou seja, cerca de oito a nove casos por dia, já se justifica ter um SEP específico. Se a demanda for menor, um serviço de interconsultas psiquiátricas pode ser o suficiente para atender as demandas de um pronto-socorro geral.⁸

Os SEPs lidam, por um lado, com a escassez de leitos para observação e a dificuldade no acompanhamento da evolução clínica em ambiente da emergência psiquiátrica, e, por outro lado, com a falta de uma estrutura assistencial adequada em âmbito extra-hospitalar.

Assim, os SEPs são impelidos a suprir as necessidades da comunidade com uma atuação que extrapola o atendimento convencional da emergência psiquiátrica, pois assumirá as funções de estabilização de casos agudos e de encaminhamentos para a rede de atenção primária e secundária, ou até mesmo, de seguimento de pacientes no longo prazo.

2.2 Estrutura física de um SEP

Em termos de estrutura física, diversos detalhes precisam ser observados:⁸

- a) Área física deve ser específica para o atendimento de pacientes psiquiátricos.
- b) Iluminação adequada e presença de relógios e calendários, que auxiliam na orientação de pacientes confusos ou desorientados.
- c) Ambiente provido de pouco estímulo, quieto e calmo, para não estimular pacientes em agitação psicomotora.
- d) Móveis devem preferencialmente ser fixados ao chão, para não serem usados como armas.
- e) Disponibilidade de instrumentos para emergência clínica (cilindro de oxigênio, ambu, material de intubação, aspirador de secreção, vaporizador e nebulizador. Bandeja ou carro de parada devem estar facilmente disponíveis). Se o SEP estiver fisicamente localizado próximo de uma emergência clínico-cirúrgica, esses instrumentos podem ser dispensados.
- f) Material de contenção física, na forma de faixas e camas adequadas para contenção.

A unidade de emergência psiquiátrica idealmente deve estar próxima das instalações de uma emergência clínico-cirúrgica, dada a alta incidência de complicações clínicas em pacientes psiquiátricos. O acesso à unidade deve ser projetado de modo a permitir o controle da entrada e da saída dos pacientes, para se evitarem possíveis fugas, sendo sugerida apenas uma entrada para o fluxo de pacientes e uma porta fechada a chave para o fluxo de profissionais.

As portas dentro das unidades devem ser preparadas para que não possam ser fechadas a chave, exceto as portas de acesso à área de internação (observação) e devem poder abrir para duas direções (para dentro e para fora), conforme modelo adotado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Janelas devem ser de material não facilmente quebrável (metal, plástico translúcido), evitando-se vidros, além de serem projetadas para dificultar a fuga e a possibilidade de prender cordas ou similares que possam ser usadas para enforcamento.

Os móveis devem ser escolhidos e dispostos nos cômodos de tal forma que não possam ser utilizados como armas. Na sala de consulta, a cadeira do médico deve estar próxima a uma porta para que esta não possa ser bloqueada por um paciente agressivo, e a cadeira do paciente também deve ser posicionada de tal forma que ele não se sinta acuado ou ameaçado. De preferência, todos os móveis devem ser fixos no chão, incluindo cadeiras e mesas.

Objetos que podem ser facilmente destruídos – por exemplo, uma televisão – precisam ser acondicionados em estruturas protetoras adequadas. Objetos elétricos, medicamentos e equipamentos médicos devem ser guardados em armários com tranças seguras. Faixas específicas de contenção em leito ou maca devem ser projetadas para evitar lesões ao paciente durante uma contenção física.

2.3 Recursos humanos de um SEP

A estrutura de recursos humanos de um SEP deve incluir uma equipe médica, composta por psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes so-

ciais. Além dos profissionais médicos, uma equipe multidisciplinar é fundamental para um atendimento global do paciente, com enfermeiros e paramédicos treinados em atendimento a pacientes psiquiátricos, psicólogos preparados para atendimento e orientação de pacientes e familiares em situação de crise e assistentes sociais para apoio de pacientes psiquiátricos desacompanhados ou moradores de rua, além de intervenções sociofamiliares. A equipe do SEP deve ser encorajada a investigar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos problemas trazidos pelos pacientes através de repetidas avaliações e obtenção de informações.³

O treinamento da equipe de saúde mental de um SEP deve incluir protocolos para abordagem de pacientes agitados, de pacientes desacompanhados que necessitam de suporte familiar, e de pacientes sem nenhum suporte social, como moradores de rua ou pacientes desorientados.

2.4 Avaliação clínica dos pacientes

Os pacientes com transtornos psiquiátricos possuem características que os tornam diferentes dos pacientes com doenças clínicas, principalmente em situações de crise. Um paciente com doença clínica ou cirúrgica geralmente procura ajuda e é cooperativo. Por outro lado, o paciente com transtorno psiquiátrico agudo frequentemente não tem crítica sobre seu estado patológico, não aceitando o auxílio de familiares ou colegas, e não colaborando com a equipe de saúde mental.

Nessa situação, o paciente muitas vezes precisa ser atendido contra a sua própria vontade, e pode não ter condições de exercer a autonomia plena, deixando de ser totalmente responsável pelos seus atos. A responsabilidade passa a ser delegada a um familiar ou responsável legal e, na ausência destes, algum amigo ou conhecido próximo que esteja disposto a ajudá-lo, desde que a equipe de saúde mental considere esse acompanhante apto a assumir a responsabilidade. Na ausência dos familiares ou acompanhantes, a responsabilidade é do Estado, representado pelo responsável do SEP e do médico plantonista.

A obtenção de informações não se restringe ao que o paciente ou o acompanhante relatam. Muitas vezes, o paciente está de-

sorientado ou confuso, e não consegue informar adequadamente, ou o acompanhante não conhece o paciente com detalhes, o que prejudica muito a qualidade da informação. Nessas situações, é necessário buscar formas de se conseguir o contato com algum informante mais confiável. Se o paciente está desacompanhado e está confuso, é necessário buscar informações de alguma pessoa ou instituição que possa ser uma referência, e às vezes pode levar muitas horas e várias avaliações de diversos profissionais até se obter alguma informação que possa ser confiável. A equipe de saúde mental de um SEP precisa ter uma atenção especial e contínua para as dificuldades de expressão do paciente, assumindo uma atitude mais atenta para as primeiras queixas do paciente, ao mesmo tempo em que precisa repassar uma postura de proximidade e criar uma atmosfera de confiança.

Os pacientes frequentemente apresentam uma associação de doenças psiquiátricas e clínicas. Muitos sintomas psiquiátricos podem ser induzidos pelo uso de medicamentos prescritos ou por automedicação. Por tais motivos, o treinamento para realizar diagnóstico diferencial de sintomas psiquiátricos em pacientes clínicos é cada vez mais importante e o psiquiatra deve manter e aprimorar suas habilidades médicas primárias.¹⁷ Por outro lado, os médicos das emergências de outras especialidades também precisam ter um treinamento para reconhecer os principais quadros psiquiátricos, e buscar indícios de condições psiquiátricas “secretas”, ou seja, que não são declaradas espontaneamente pelos pacientes, por estarem associadas a situações vergonhosas ou angustiantes.

3 Processos entre pacientes e profissionais no SEP: fluxos e avaliação da eficiência do sistema de saúde mental

Em termos de processos entre pacientes e profissionais, os objetivos de um SEP são:

- a) acolher e atender pacientes em crise aguda;
- b) diagnosticar eventuais transtornos psiquiátricos e clínicos, além de problemas psicológicos e sociais;
- c) definir estratégias de solução de problemas;
- d) encaminhar para os serviços adequados.

A forma de atuação do SEP é pontual, e não pretende resolver a problemática completa de todos os pacientes. Em resumo, sua função principal seria definir os problemas e direcionar os pacientes para soluções mais adequadas.

Pelo caráter heterogêneo da demanda de um SEP, uma forma de definir melhor os processos envolvidos no atendimento do SEP seria através da definição de tipos de pacientes que buscam ajuda em um SEP. Assim, os principais tipos de pacientes são:

- pacientes sem tratamento prévio, que buscam o SEP como porta de entrada do sistema de saúde mental;
- pacientes em tratamento no sistema de saúde mental, preferencialmente em um ambulatório de saúde mental, ou um serviço de complexidade secundária, como hospital-dia;
- pacientes trazidos por acompanhantes ou policiais devido a alterações de comportamento;
- pacientes com problemas sociais, que buscam abrigo e comida, que não encontram nos serviços de apoio social da região.

3.1 Pacientes sem tratamento psiquiátrico prévio

Um SEP não seria o melhor local para o atendimento inicial de um paciente que voluntariamente busca tratamento em saúde mental. Entretanto, a disponibilidade de atendimento 24 horas/dia facilita para os pacientes ou os familiares que estão indecisos e ambíguos em relação à necessidade desse tipo de atendimento.

De fato, o primeiro atendimento deveria ser feito por outros serviços de saúde mental, principalmente unidades básicas de saúde ou ambulatórios de saúde mental, que precisam deixar claro qual a disponibilidade de horários e formas de marcação de consulta, tanto para a população em geral, como para os outros serviços de saúde mental e de outras especialidades.

Uma vez que o paciente já buscou o atendimento em um SEP, a equipe precisará definir os diagnósticos psiquiátricos, médicos, psicológicos e sociais, para dar a devida orientação. A necessidade de se tomar condutas imediatas para minimizar o impacto do sofrimento do paciente depende da disponibilidade dos demais serviços da rede, da gravidade dos sintomas e do nível

de conscientização do paciente para o possível diagnóstico. Recomenda-se que o profissional do SEP não passe ao paciente um diagnóstico definitivo, e sim provisório, sujeito a confirmação por profissionais que possam seguir o paciente no longo prazo, mas é importante uma orientação de possíveis prejuízos relacionados a um tratamento inadequado ou ao retardo no início de um tratamento adequado, além de desmistificar dúvidas e preconceitos em relação aos tratamentos psiquiátricos e psicológicos.

3.2 Pacientes que já estão em tratamento no sistema de saúde mental, preferencialmente em um ambulatório de saúde mental, ou um serviço de complexidade secundária, como hospital-dia

Pacientes que já estão em atendimento geralmente buscam o SEP por reagudização do quadro psiquiátrico, ou por deficiência dos serviços de saúde mental da região. Diante de uma reagudização, é necessário um contato muito preciso e eficiente entre o SEP e os profissionais dos outros serviços da rede, para que as informações sobre a reagudização e sobre as condutas tomadas sejam repassadas com segurança, e que a condução do caso possa ser aprimorada.

Se a procura do SEP ocorrer por deficiência dos serviços de saúde mental da rede, ocorre o fenômeno da “porta-giratória”, em que os pacientes procuram o SEP para receber receitas que os outros serviços não conseguem fornecer, e voltam com regularidade, aumentando a demanda do SEP. Nesse sentido, o SEP poderia ser um “termômetro” ou sinalizador de eventuais deficiências técnicas de um serviço da rede, ou um indicador da variação das necessidades de uma determinada sub-região da sua área de captação. Em ambos os casos, os gestores da rede de saúde mental da região poderiam diagnosticar com maior precisão as deficiências e providenciar soluções.

3.3 Pacientes que são trazidos contra a sua vontade, por acompanhantes ou policiais, devido a alterações de comportamento

Os pacientes trazidos à revelia precisam de uma abordagem específica, muitas vezes exigindo contenção no leito e condutas

de controle de agitação psicomotora. Ao mesmo tempo, a equipe do SEP precisa buscar informações tanto do paciente como dos acompanhantes ou profissionais que trouxeram o paciente, para elaborar uma história clínica e uma programação de condutas.

A ocorrência de internações e atendimentos compulsórios pode ser diminuída em uma região com o sistema de saúde mental bem integrado.⁹ As internações involuntárias devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas (lei n.º 10.216).¹⁰ Além disso, todo paciente internado involuntariamente deve ser reavaliado por uma comissão independente, constituída por três médicos, que decidirá sobre a adequação ou não do procedimento (CFM 1598/00).¹¹

3.4 Pacientes com problemas sociais, que buscam abrigo e comida que não encontram nos serviços de apoio social da região

Muitas vezes os SEPs são procurados por moradores de rua e mendigos que eventualmente estão passando necessidades básicas maiores, como falta de comida, abrigo do frio ou de higiene pessoal. Essa situação ocorre com maior frequência quando inexistem serviços de apoio social na região, ou quando os serviços que existem estão subdimensionados ou ineficientes. Um eventual aumento desse tipo de demanda pode ser um sinalizador da necessidade de se ajustar um programa de assistência social para a região.

Por outro lado, é comum a ocorrência de transtornos mentais em moradores de rua e mendigos. A busca de ajuda inespecífica desse tipo de paciente em um SEP pode ser a chance de um tratamento psiquiátrico adequado e uma readaptação social, como, por exemplo, conseguir descobrir algum parente ou conhecido que possa acolher o paciente, ou auxiliá-lo a usar de forma adequada os serviços ambulatoriais e de hospital-dia existentes na região.¹²

3.5 Processos internos do SEP e a relação entre pacientes e profissionais

O funcionamento de um SEP é por natureza inconstante, com momentos de menor demanda e momentos de turbulência, em que muitos pacientes ficam aguardando o atendimento, en-

quanto estão ocorrendo situações emergenciais com outros pacientes que acabaram de chegar em agitação psicomotora, ou que tiveram piora do quadro clínico na observação.

A situação de espera prolongada para um atendimento, com a sensação subjetiva de um prolongamento indefinido, pode aumentar a ansiedade em pacientes que já não estão bem, e mudar uma condição psíquica de frágil autocontrole para uma condição de perda de controle. Assim, podem ocorrer situações de agressividade verbal ou física, ou eventuais fugas dos serviços, principalmente de pacientes com potencial de auto ou heteroagressão.

Nessa situação, alguns profissionais devem ser designados para dar atenção parcial, muitas vezes dando simples explicações sobre a situação conturbada do SEP naquele momento específico, o que pode minimizar a ansiedade e melhorar a relação do paciente com a equipe do SEP.

No fluxo de atendimento interno de um SEP, é importante a estruturação de procedimentos de acolhimento do paciente, na forma de pré-consulta psiquiátrica, feita por um profissional de enfermagem treinado, para se obter de imediato as queixas iniciais, triar eventuais queixas que sinalizem quadros de alta gravidade, e dar orientações básicas sobre o funcionamento da equipe do SEP, e uma previsão de tempo de atendimento pelo médico, de acordo com a demanda daquele momento.

Da mesma forma, um procedimento de pós-consulta ou de alta da observação deve ser estruturado, para que os pacientes e os acompanhantes possam ser devidamente orientados quanto à compreensão correta das orientações médicas e psicológicas, e também serem encaminhados de forma correta e adequada para seguimento longitudinal na rede. De preferência, os pacientes precisariam receber os endereços e contatos corretos e, se possível, com uma data e hora de agendamento já definidos, com o nome do profissional que irá atendê-los.

4 Avaliação dos resultados de um SEP

A avaliação dos resultados de um SEP pode ser feita por dados subjetivos dos pacientes, acompanhantes e de outros serviços

de saúde da rede, ou por dados objetivos, como as taxas de encaminhamento para os serviços da rede de saúde mental, tanto para as unidades básicas de saúde, ambulatorios especializados, internação em hospital-dia ou de internação integral.

A avaliação dos pacientes e acompanhantes pode ser feita por questionários aplicados nos procedimentos de pós-consulta, ou por escalas ou questionários de autopreenchimento. Os questionários na pós-consulta podem registrar queixas dos pacientes e acompanhantes, mas possuem o viés dos pacientes e familiares poderem se sentir constrangidos em se queixar diretamente para a equipe do SEP.

Os resultados dos questionários na pós-consulta podem ser utilizados rapidamente pela equipe do SEP, e seu registro histórico pode dar uma ideia da evolução da qualidade de atendimento daquele SEP. Já os questionários de autopreenchimento evitam o viés do constrangimento do contato pessoal com a equipe que está sendo avaliada, mas pode ser um dado enviesado se ele não for preenchido adequadamente por todos os pacientes e acompanhantes, pois aqueles que se recusarem a preencher podem ser justamente os que teriam alguma queixa a ser feita, incluindo os pacientes que podem ter desistido do atendimento enquanto esperavam algum profissional.

Em relação aos dados objetivos de avaliação de um SEP, a quantidade de encaminhamentos para outros serviços pode não refletir sua eficiência. Altas taxas de atendimento e encaminhamento geralmente refletem alto nível de trabalho no SEP, mas podem significar também aumento de demanda natural da região por serviços de saúde mental, ou ineficiência desses serviços, tanto por falta de equipamentos e recursos humanos, como por não serem os recursos existentes efetivos para melhorar a evolução dos pacientes. Um exemplo está descrito no estudo de Barros e cols. (2010),¹³ em que houve um aumento nas taxas de internação do SEP da área de captação do município de Ribeirão Preto (Estado de São Paulo), entre 2003 e 2004, que foi atribuído à falta de investimento, estagnado desde 1998, em novos serviços de saúde mental.

Baixas taxas de atendimento e encaminhamento podem significar um funcionamento muito eficiente de toda a rede de saú-

de mental. Entretanto, pode significar também que o SEP pode estar funcionando mal, tanto por falta de recursos humanos (e.g., falta de médicos plantonistas em vários dias da semana), como por falta de efetividade, pois os pacientes podem ter a percepção de que o SEP não ajuda e deixam de procurá-lo. É importante registrar o número de casos de pacientes que são trazidos por policiais ou por ambulâncias, pois problemas de encaminhamento inadequado podem indicar a necessidade de treinamento específico. Exemplos de encaminhamento inadequado para um SEP seriam casos de brigas conjugais ou familiares, ou disputas entre vizinhos que se alteram e ficam agressivos.

5 Contexto brasileiro

A partir da Reforma Psiquiátrica iniciada em 1978, com a crítica ao modelo hospitalocêntrico e valorização dos serviços de atendimento de complexidade secundária, na forma de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foi se definindo a nova Política Nacional de Saúde Mental.¹⁴ Os SEPs foram normatizados a partir da portaria n.º 224/MS,¹⁵ de 29 de janeiro de 1992, que versa sobre as diretrizes dos Serviços de Saúde Mental e inclui recomendações sobre o Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral.

Segundo a portaria, os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais visam evitar a internação hospitalar, incentivando o retorno ao convívio social em um curto período de tempo. Devem funcionar diariamente durante 24 horas e contar com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. A equipe técnica mínima deve ser composta por 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo; 1 assistente social; 1 enfermeiro; e profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

Esses serviços devem oferecer as seguintes atividades:

- a) avaliação médica, psicológica e social;

- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, preconiza-se a continuidade do tratamento em um serviço extra-hospitalar regionalizado. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar o hospital-dia, o hospital geral ou um hospital especializado.

No contexto da Política Nacional de Saúde Mental, as emergências psiquiátricas foram relegadas a segundo plano, tanto que os SEPs não constam no esquema geral dos serviços de saúde mental, no qual o centro seriam os CAPS. Além dos SEPs inseridos em hospitais gerais, as emergências psiquiátricas seriam atendidas preferencialmente pelos CAPS, principalmente os CAPS III, cujo objetivo seria o atendimento de emergência durante 24 horas por dia. Entretanto, devido à complexidade e por demandar volumosos e custosos recursos humanos e adequação de espaço físico, poucos CAPS III estão efetivamente funcionando, mesmo em grandes centros. Por exemplo, no início de 2009 não existia nenhum CAPS III funcionando na cidade de São Paulo conforme as normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além disso, os CAPS III teriam capacidade suficiente para atender apenas a reagudizações da sua própria clientela, e não teriam condições de atender outras demandas, como pacientes virgens de tratamento, ou com comorbidades clínicas, indicando que os CAPS III podem não ser a melhor solução para atender a demanda de pacientes psiquiátricos agudos.¹³

Assim como o modelo hospitalocêntrico foi ineficaz, podemos afirmar que um modelo que centraliza as atenções em CAPS também não é capaz de dar conta da complexidade das demandas de uma pessoa com sofrimento mental. Apenas a construção de uma rede comunitária de diversos tipos de serviços de atenção à saúde mental (unidade básica, Programa de Saúde da Família, pronto-socorro, ambulatório, CAPS, hospital-dia, hospital psiquiátrico, unidade psiquiátrica no hospital geral, residência terapêutica, en-

tre outros), cada um com seus objetivos específicos e integrados entre si, é que pode proporcionar adequado acolhimento a uma pessoa acometida de sofrimento mental e garantir resolubilidade, promoção da autonomia e da cidadania dos pacientes.

No hospital geral, o modelo da interconsulta psiquiátrica no pronto-socorro geral foi a principal prática empregada até a década de 1980.¹⁶ Mais recentemente, os SEPs surgiram como uma alternativa menos onerosa para a assistência psiquiátrica. Em um hospital geral, se houver pelo menos seis a oito consultas psiquiátricas por dia e cerca de 30 leitos de internação psiquiátrica, parece mais vantajoso economicamente a organização de um SEP. Entretanto, serviços que necessitem de apenas quatro visitas por dia e têm uma média de oito leitos de internação psiquiátrica podem manter um modelo de interconsulta psiquiátrica.²

Os SEPs inseridos em hospitais gerais são incomuns no Brasil. A sua grande maioria foi formada em um processo lento e gradual de instalação de um serviço de atendimento psiquiátrico nos hospitais gerais. Nos poucos hospitais gerais brasileiros que possuem enfermarias psiquiátricas, a presença de um SEP estruturado pode melhorar muito a agilidade do atendimento aos pacientes graves que a observação psiquiátrica não consegue resolver a contento. Pode-se priorizar, por exemplo, a internação de pacientes psiquiátricos graves em primeiro surto, com a expectativa de se conseguir uma abordagem clinicamente mais efetiva, diminuindo o risco de cronificação precoce do quadro mental em uma condição de baixo funcionamento global. Outro exemplo de possível vantagem de priorização de internação em enfermaria psiquiátrica de hospital geral seriam os pacientes psiquiátricos com comorbidades clínicas também descompensadas, que teriam grandes dificuldades de atendimento global adequado das questões clínicas nos hospitais psiquiátricos especializados.

6 Considerações finais

A equipe médica que atende o paciente em situação de emergência tem a possibilidade de realizar apenas uma avaliação transversal, perdendo o seguimento do paciente e, com isso, a possibi-

lidade de observar a evolução do quadro e avaliar a eficácia das medidas tomadas no serviço. A principal missão dos SEPs é evitar a transferência desnecessária do tratamento ambulatorial para o hospitalar. Para tanto, é necessária a ampliação de serviços de retaguarda para o atendimento de emergência, associada a uma efetiva integração entre as equipes de profissionais que atuam nos diferentes serviços que prestam atendimento ao paciente psiquiátrico.

Tal proposta deveria ser mais enfatizada entre os profissionais que trabalham com a assistência de portadores de transtorno mental e entre os próprios pacientes, que muitas vezes procuram um serviço de emergência com o objetivo de obter tratamento de manutenção.

Apesar de ser um ambiente de cuidados com a saúde de pacientes com quadros psiquiátricos agudos, a sala de emergência muitas vezes carece de apreciação quanto às necessidades específicas dos doentes mentais. Os diagnósticos psiquiátricos realizados na sala de emergência são frequentemente formulados para que se elejam sintomas-alvo, pois existe a pressão do tempo para o início de uma conduta e a limitação na coleta de informação.

Os dados disponíveis ressaltam a importância do modelo de SEP como um serviço que fornece mais do que apenas opções de tratamento para pacientes agudos ou crônicos em áreas com alta demanda. O SEP poderia ser o centro regulador do sistema de saúde mental, cujas missões seriam realizar o diferencial para transtornos orgânicos, conferir agilidade na conduta para o paciente psiquiátrico, localizar os pontos do sistema que estão ineficientes, promover educação e informação a profissionais de saúde, familiares e pacientes de saúde mental.

Concluimos que o SEP seria um “termômetro de eficiência” do sistema de saúde mental. A menor utilização do SEP indicaria, na maioria das vezes, uma rede de saúde mental mais eficiente.

Referências

1. Kates, N.; Eaman, S.; Santone, J.; Didemus, C.; Steiner, M.; Craven, M. “An integrated regional emergency psychiatry service”. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 1996 Jul; 18(4): 251-6.

2. Allen, M. H. "The organization of psychiatric emergency services and related differences in restraint practices". *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2007 Nov-Dec; 29(6): 467-9.
3. Woo, B. K.; Chan, V. T.; Ghobrial, N.; Sevilla, C. C. "Comparison of two models for delivery of services in psychiatric emergencies". *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2007 Nov-Dec; 29(6): 489-91.
4. Paradis, M.; Woogh, C.; Marcotte, D.; Chaput, Y. "Is psychiatric emergency service (PES) use increasing over time?" *International Journal of Mental Health Systems* 2009, 3:3 doi:10.1186/1752-4458-3-3.
5. Campos, D. T.; Gieser, M. T. "The psychiatric emergency/crisis disposition and community networks". *Emerg Health Serv Rev*. 1985;3(1): 117-28.
6. Kropp, S.; Andreis, C.; te Wildt, B.; Reulbach, U.; Ohlmeier, M.; Auffarth, I.; Ziegenbein, M. "Psychiatric patients turnaround times in the emergency department". *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005; 13: 1-27.
7. Del Ben, C. M.; Marques, J. M.; Sponhoz Jr., A.; Zuardi, A. W. "Mental health policies and changes in the emergency services demand". *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5): 470-6.
8. Allen, M. H.; Forster, P.; Zealberg, J.; Currier, G. (APA – Task Force on Psychiatric Emergency Services). Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Services. A Review and Model Program Descriptions. American Psychiatric Association, 2002.
9. Currier, G. W.; Allen, M. "Organization and function of academic psychiatric emergency services". *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Mar-Apr; 25(2): 124-9.
10. Lei federal n.º 10.216. Brasília, DF, 06/04/2001.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.598/00. Brasília, DF, 09/08/2000.
12. Gilmer, T. P.; Stefancic, A.; Ettner, S. L.; Manning, W.G.; Tsemberis, S. "Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness". *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jun; 67(6): 645-52.
13. Barros R. E.; Teng, C. T.; Mari, J. J. "Serviços de Emergências Psiquiátricas e suas Relações com a Rede de Saúde Mental Brasileira. *Rev Bras Psiquiatr* 2010 (no prelo).
14. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. "Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil". Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Opas. Brasília, novembro de 2005.
15. Ministério da Saúde. Portaria n.º 224/MS, de 29 de janeiro de 1992.
16. Lee, T.S.; Renaud, E.F.; Hills, O.F. "Emergency psychiatry: an emergency treatment hub-and-spoke model for psychiatric emergency services". *Psychiatr Serv*. 2003 Dec; 54(12): 1590-1591.

Introdução

Entendemos que, de forma complementar aos outros dispositivos de atenção ao doente mental, o trabalho em uma unidade de internação psiquiátrica é voltado para o atendimento da crise, quando casos graves esgotam as demais alternativas, quando há risco ao próprio paciente ou a terceiros. A internação psiquiátrica atende, quando integrada à rede, uma parcela específica dos pacientes acometidos e durante tempo limitado (Brasil 1992; Brasil 1994).

De acordo com a legislação vigente, a internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ocorrerá perante laudo médico circunstanciado que a justifique, deverá ser feita de forma integral, com equipe multidisciplinar, que inclui serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, entre outros (Brasil 2001).

A internação de pacientes psiquiátricos atualmente pode ser realizada em enfermarias de hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Até a década de 50 a quase totalidade das internações psiquiátricas no Brasil era realizada em hospitais psiquiátricos, distribuídos pelo País inteiro (Botega e Dalgalarondo, 1997). As primeiras unidades psiquiátricas em hospital geral surgiram em 1954, na Bahia e em São Paulo. Outras se seguiram e, atualmente, segundo informações do Datasus, cerca de 1/3 das internações

psiquiátricas integrais no Brasil ocorre em leitos de psiquiatria em hospital geral (Datasus, 2012).

Tabela 1 – Frequência das internações psiquiátricas em hospital geral sobre o total das internações psiquiátricas no Brasil, de 2010 a 2012. Brasil/Datasus

	2010	2011	2012
	%	%	%
Região Norte	52,0	53,6	57,7
Região Nordeste	11,7	12,7	12,2
Região Sudeste	27,1	28,8	29,3
Região Sul	48,1	49,9	48,5
Região Centro-Oeste	13,8	18,4	17,1
BRASIL	29,2	31,4	31,1

Tabela 2 – Número de internações psiquiátricas em hospital geral nos anos de 2008 a 2011, por região. Brasil/Datasus

	2008	2009	2010	2011
Região Norte	1.479	2.169	3.047	3.187
Região Nordeste	5.142	4.680	5.369	5.330
Região Sudeste	20.674	24.296	27.850	29.196
Região Sul	22.580	26.599	30.584	31.995
Região Centro-Oeste	3.032	2.843	2.881	3.937
BRASIL	52.907	60.587	69.731	73.645

Podem-se fazer algumas comparações entre o tratamento realizado nas unidades psiquiátricas em hospital geral e no hospital psiquiátrico, levando-se em conta as características estruturais, financeiras e culturais de cada modalidade. No entanto, é necessário considerar que, na atualidade, qualquer dessas modalidades isolada não seria efetiva em fazer frente às demandas nacionais por leitos psiquiátricos (Delgado e Weber 2007).

É preciso notar que nem todas as internações psiquiátricas em hospital geral ocorrem em enfermarias psiquiátricas, mas sim em leitos de enfermarias diversas, na falta de espaço mais adequado. Nessas situações, não se dispõe nem de espaço, nem de equipe especializados.

Tradicionalmente, os hospitais psiquiátricos dispõem de mais leitos, utilizam menor equipe e recursos diagnósticos que os hospitais gerais, tornando o custo do leito-dia também menor; tendem a manter os pacientes internados por tempo maior e, além disso, tendem a dispor de um espaço físico maior para utilização dos pacientes e familiares. Já as unidades de psiquiatria no hospital geral dispõem de mais recursos diagnósticos (exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos), da facilidade do acesso a outras especialidades médicas, além da concepção intrínseca de que os transtornos mentais são doenças como as demais, sendo a psiquiatria incorporada às demais especialidades médicas no hospital geral – o que pode auxiliar na redução do estigma social da doença mental.

Torna-se mais viável, do ponto de vista financeiro, que no planejamento de novos hospitais gerais esteja contemplada a demanda por leitos psiquiátricos, conforme verificamos no estado de São Paulo (Paulo 2009). A adaptação e inclusão de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais existentes têm se mostrado difíceis e onerosas (Luchesi, 2001; Botega, 2002; Paulo, 2005).

Avaliação inicial e admissão

A admissão de pacientes para internação psiquiátrica pode ter como origem a demanda local de pronto-atendimento, a solicitação de vaga de outro serviço, de forma direta ou através de Central de Vagas/plantão controlador regional. Todas essas situações exigem que haja treinamento específico de toda a equipe local, que inclui equipe assistencial e de apoio (recepção, segurança, diagnóstico e outros) para o atendimento do paciente psiquiátrico.

Recomenda-se que os pacientes estejam acordados e acompanhados de familiar ou responsável, de forma a facilitar a coleta

de informações sobre o caso, receber informações sobre o tratamento proposto e participar da decisão terapêutica.

Torna-se útil, na situação em que o paciente venha encaminhado de colega de outro serviço, que esse colega tenha entrado em contato ou que tenha enviado por escrito a descrição e o motivo de tal encaminhamento. A avaliação psiquiátrica inicial resultará na indicação de hospitalização ou no encaminhamento do paciente, com informações e orientações específicas para tratamento nos demais dispositivos da rede assistencial.

As internações psiquiátricas poderão ser realizadas de forma **voluntária** – com indicação psiquiátrica e consentimento do paciente; **involuntária** – com indicação psiquiátrica, sem o consentimento do paciente e mediante consentimento de responsável, com comunicação ao Ministério Público regional no prazo de 72 horas; e **compulsória** – quando determinada pela Justiça.

De acordo com a legislação vigente, a internação de crianças e adolescentes deverá ser realizada em local ou instituição especializada. Também o tratamento hospitalar a pacientes usuários de álcool e outras drogas está sujeito a legislação específica (Brasil 2010).

É importante ressaltar que a indicação de internação psiquiátrica não se restringe ao diagnóstico, sendo mais importantes, nesse caso, fatores relacionados aos riscos potenciais que a doença em sua fase crítica suscitam: risco à própria integridade (moral e/ou física) e à de terceiros – familiares, colegas, vizinhos e desconhecidos. Também a hospitalização poderá ser, em alguns casos, o último recurso diante da falha dos outros dispositivos em atingir a melhora do paciente (Pacheco, Neto et al., 2003).

Uma vez que o objetivo da internação psiquiátrica é a melhora da crise, da forma mais breve possível que proporcione o retorno do paciente ao ambiente familiar e social, este deverá ser inserido ou retornar também de forma breve aos demais dispositivos da rede de atenção, como UBS, CAPS, Cecco, residência terapêutica, entre outros. Isso torna essencial a preparação para a alta, desde os primeiros dias de internação do paciente.

Uma ferramenta que tem sido utilizada com sucesso para tal é o Planejamento Terapêutico Individual (PTI), no qual, a partir

da avaliação inicial do paciente – que leva em conta características pessoais, familiares e sociais, evolução da doença e resposta a tratamentos anteriores, apresentação atual da doença, motivo da internação, diagnóstico atual, comorbidades, disponibilidade de recursos da rede assistencial –, são estabelecidos pela equipe assistencial os objetivos do tratamento hospitalar (ambiente protegido, redução da sintomatologia aguda, remissão do quadro, tratamento de comorbidades, psicoeducação, observação diagnóstica, realização de exames laboratoriais e de imagem, entre outros.

O PTI inclui:

- revisão diagnóstica e ajuste medicamentoso;
- reconciliação medicamentosa;
- atenção às comorbidades e possibilidade de interconsulta;
- previsão do tempo de internação;
- gerenciamento de riscos;
- cuidados com foco na sintomatologia predominante;
- atendimento psicológico individual/grupo;
- terapia ocupacional individual/grupo;
- atendimento familiar – semanal/intensivo;
- estratégias psicoeducacionais dirigidas ao paciente e família;
- contato com a referência e acompanhamento terapêutico (AT) na transição entre os níveis de atenção em saúde;
- acesso fácil à informação relevante – banco de dados.

O tratamento pode incluir farmacoterapia, eletroconvulsoterapia, avaliação nutricional e adequação dietética, psicoterapia (de apoio, breve, comportamental, psicanalítica, entre outras), socioterapia (terapia ocupacional, laborterapia), cuidados de enfermagem, cuidados pessoais, atendimento familiar. O trabalho multidisciplinar permite a abordagem conjunta e simultânea do paciente, de forma a facilitar sua recuperação e retorno ao ambiente familiar e social.

O paciente internado

Algumas particularidades da internação psiquiátrica merecem destaque e serão alvo de considerações:

- O paciente psiquiátrico hospitalizado não permanece restrito ao seu leito e transita nos espaços de convivência com a equipe assistencial e de apoio, com os demais pacientes e familiares. Essa condição, que o distingue de pacientes de outras especialidades, acarreta cuidados diferenciados. Ele necessita de cuidados e observação rigorosos inicialmente, que serão reduzidos em intensidade conforme ocorre sua melhora. Alguns pacientes necessitam de auxílio para tarefas simples, como higiene e alimentação. A autonomia, inicialmente restrita, paulatinamente será estimulada. Alguns pacientes, que não se entendem doentes, ou aqueles internados de forma involuntária, podem se tornar resistentes ao uso da medicação e devem ser observados e, sendo o caso, receber medicação com apresentação líquida ou injetável. Recomenda-se que decisões legais, procurações, assinatura de documentos e depoimentos sejam providenciados no período pós-alta, já que os pacientes internados têm, em geral, senso crítico prejudicado. As regras e rotinas locais (horários de refeições, banhos, medicação, objetos permitidos e impedidos – objetos cortantes, de valor, dinheiro, cordões, medicamentos, veículo alcoólico etc.; horário de visitas, número de visitas, presentes, entre outros) deverão ser comunicadas ao paciente e ao responsável, de forma clara, antes da internação, de modo que se obtenha ciência e concordância.

- Comportamento agitado/violento: frequente em pacientes com hospitalização recente, principalmente em pacientes com diagnóstico de psicoses paranóides, mania, psicoses orgânicas, transtornos de personalidade antissocial e *borderline*, intoxicação aguda e abstinência de drogas e álcool. Exige a observação cuidadosa e a atuação conjunta da equipe assistencial, para proporcionar a tranquilização rápida e eficiente, utilizando manejo verbal, associado a medicação e/ou contenção física por tempo determinado e sob supervisão rigorosa.

- Conduta autolesiva e suicida: exige a observação cuidadosa, de modo a evitar acesso a lugares, objetos, materiais potencialmente lesivos, e a abordagem direta e acolhedora por parte da equipe assistencial.

Alta e encaminhamentos

A alta hospitalar deverá ser planejada, sendo a recuperação do paciente o alvo das ações terapêuticas. O que deverá ser esperado com a hospitalização deve ser tema de diálogo com o paciente e familiares desde o início do processo, para evitarem-se expectativas irreais e frustrações. O tratamento dos sintomas mais agudos e graves, que comprometem a autonomia, a crítica e a segurança do paciente e de familiares, será priorizado na internação. Pacientes com longo tempo de evolução da doença e sintomatologia crônica costumam responder menos ao tratamento hospitalar e beneficiam-se mais das abordagens ambulatoriais. Quando houver indicação de alta, é recomendado que o serviço de contrarreferência seja avisado e o primeiro atendimento pós-alta seja marcado. Se possível, o paciente deverá receber medicação para uso nos primeiros dias pós-alta. Essas medidas visam reduzir a chance de abandono do tratamento e relapso. Pacientes que tenham relapsos/reagudizações sucessivos deverão receber atenção especial e medidas conjuntas envolvendo o hospital, a família e a rede assistencial.

Descrevemos agora as características de uma enfermaria de psiquiatria, no Hospital Geral de Pirajussara/SPDM, localizado na região metropolitana de São Paulo.

Trata-se de uma enfermaria com 10 leitos, para adultos de ambos os sexos, cuja equipe é composta por: 7 psiquiatras plantonistas – 24 horas; psiquiatra assistente – 20 horas; coordenador médico – 20 horas; 2 psicólogos – 30 horas; terapeuta ocupacional – 20 horas; assistente social; enfermeiro 24 horas; técnicos de enfermagem – 2 por turno; serviços auxiliares (limpeza, nutrição, administrativo, serviços gerais, segurança patrimonial).

Estrutura: 10 leitos de internação integral (5 quartos, com 2 leitos cada, e banheiros privativos), 10 vagas para hospital-dia, posto de enfermagem, área de convivência e refeitório, área externa, sanitários para funcionários e visitas, sala de reuniões e copa.

Proposta terapêutica: realizada por equipe multiprofissional, com planejamento terapêutico individualizado; técnico

de referência individual; discussão diária dos casos pela equipe técnica; avaliação diagnóstica; terapia medicamentosa; participação dos familiares – coleta de história, orientações, esclarecimentos, preparação da alta e encaminhamentos; atendimentos médicos e psicológicos individuais; grupos terapêuticos: grupo verbal, terapia ocupacional, autocuidados, culinária, relaxamento; cuidados de enfermagem, ronda noturna com registro individualizado e fornecimento de medicação para cinco dias na alta hospitalar.

Características do tratamento: curta permanência, equipe multidisciplinar, preservação da autonomia e autoeficácia, atendimento familiar, preparação precoce para alta, contato com a rede de contrarreferência, encaminhamentos, seguimento pós-alta de pacientes com internações sucessivas (contato com a rede assistencial).

O Serviço de Saúde Mental no Hospital Geral de Pirajussara atua nas seguintes modalidades: Serviço de Emergência Psiquiátrica Referenciada, Internação Psiquiátrica Integral, internação em hospital-dia, interconsulta psiquiátrica, interconsulta psicológica, ambulatório de triagem, articulação regional com representantes dos municípios da referência em saúde mental – protocolos regionais, colaboração intersetorial (times, grupo de cuidadores, reuniões clínicas, comissões, integração de colaboradores, palestras educativas), colaboração inter-hospitalar – consultoria e treinamento de colaboradores de outros hospitais.

Hospital-dia: 8 às 17 h, de segunda a sexta-feira. Possibilita a manutenção precoce do tratamento e acompanhamento profissional simultâneo à convivência familiar e reinserção social. Quando as seguintes condições são preenchidas: paciente e família capazes de colaborar com o tratamento + família pode providenciar transporte diário para o paciente e acompanhante + retorno ao domicílio não representa riscos ao paciente e família (fuga, agressões, dano ao patrimônio) + proximidade relativa da residência do paciente.

Elaboração e acompanhamento de indicadores e gestão do Serviço de Saúde Mental – Projetos em andamento

- Projeto AT– equipe técnica do HGP, em parceria com técnicos da rede de referência. Dirigido a pacientes no período de dois meses posteriores à alta hospitalar.
- Treinamento específico em psiquiatria durante a integração de novos funcionários.
- Protocolo institucional de atenção ao paciente suicida e parceria com Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HGP e área técnica dos municípios da referência.

Referências

- Botega, N. J. (2002). “Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field.” *Int J Soc Psychiatry* 48(2): 97-102.
- Botega, N. J. e Dalgalarondo, P. (eds.) (1997). *Saúde mental no hospital geral - Espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec.
- Brasil (2001). Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.
- Brasil, M. d. S. (1992). Portaria n.º 224/MS, de 29 de janeiro de 1992 – Dispõe sobre diretrizes e normas para os serviços de saúde mental. Brasília.
- Brasil, M. d. S. (1994). Portaria n.º 147/SAS, de 25 de agosto de 1994.
- Brasil, M. d. S. (2010). Portaria n.º 2.842, de 20 de setembro de 2010 – Aprova as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - SHRad. Brasília.
- Datasus (2012). www.datasus.gov.br.
- Delgado, P. G.; Weber, R. (2007). “The decrease in the number of psychiatric beds did not mean the reduction in mental health budget in Brazil.” *Rev Bras Psiquiatr* 29(2): 194-195.
- Luchesi, M. (2001). “A gestão de unidades de saúde mental em hospitais gerais na Grande São Paulo”, Universidade de São Paulo.
- Pacheco, M. A.; Neto, A. C. et al. (2003). “Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral”. *R Psiquiatr RS* 25(1): 106-114.
- São Paulo, G. d. E. d. (2005). Lei n.º 12.060, de 26 de setembro de 2005 – Dispõe sobre a substituição por ações de saúde mental do procedimento de internação hospitalar psiquiátrica no Sistema Único de Saúde do Estado. S. d. Saúde.
- São Paulo, G. d. E. d. (2009). Decreto n.º 55.052, de 17 de novembro de 2009 – Regulamenta a lei n.º 12.060, de 26 de setembro de 2005.



*Temas para
elaboração de políticas
em saúde mental*

Introdução

O componente social da doença mental não é assunto novo, mas a sua pesquisa tem sido parcimoniosa e seus resultados divulgados, mais raros ainda. Uma boa exceção está no volume coletivo “Desafios da Esquizofrenia”, no qual vários estudiosos cuidam do assunto a partir de pesquisas empíricas e observações pessoais. Neste capítulo, as considerações sobre o componente social da doença mental refletem resultados de pesquisas de antropologia médica, feitas sobre esse assunto. Três delas foram empregadas aqui, todas feitas com doentes e com o referencial em que vivem, sua comunidade ou suas famílias. São todos clientes dos serviços públicos de saúde. Os três objetos de pesquisa assim se resumem:

- a) pesquisa em uma **comunidade** na qual a doença é socialmente referida, porém mistura-se com a pobreza, confundindo os profissionais de saúde e sobrecarregando o atendimento;
- b) pesquisa com **famílias** que procuram ajuda médica para um membro jovem, doente mental, mas o fazem tardiamente;
- c) pesquisa sobre a peculiaridade da **organização do lar**, em termos de espaço e mobiliário, empregados pela família como tentativa de controle de um jovem doente mental.

Uma pesquisa sobre doença mental em uma comunidade muito pobre

A pesquisa foi feita na periferia de Vitória, ES por psiquiatra de uma UBS-SUS local, a professora Liliane Calil. O trabalho

foi planejado a partir da constatação, pela autora, da grande discrepância entre os índices de “números de médicos psiquiatras e afins preconizados por grupo de pacientes” calculados pela OMS, e a desproporcional quantidade de trabalho incessante que ela e seus colegas enfrentavam na periferia, pois, embora o número de profissionais em serviço fosse próximo dos índices da OMS, a quantidade de psiquiatras era claramente insuficiente para atender à enorme demanda. Para as autoridades locais de saúde, as recomendações da OMS eram atendidas, supostamente evidenciando haver um bom nível de atendimento, fato esse que esvaзиava qualquer solicitação para contratação de mais profissionais na área. Ou a OMS estava equivocada, ou a situação de trabalho configurava algo desconhecido. A pesquisa assim organizada procurava esclarecer os papéis do psiquiatra que se ocupa de populações pobres e, subsidiariamente, buscava o conceito popular local de doença mental, em meio a expressões fantasiosas e confusas quanto ao assunto, manifestadas pela população pobre da área. Isto é, a pesquisa procurava descobrir o universo real de trabalho do especialista em saúde. Entre os resultados obtidos, foram destacados dois, de interesse para este texto. O primeiro, relativo à população atendida na unidade de saúde, mostra uma grande massa de pessoas exercendo precária e episodicamente atividades econômicas para sua subsistência e de sua família, bicos, virações, trampos. Não se trata apenas de pessoas comuns com recursos reduzidos (como se todos os segmentos da sociedade dispusessem da mesma formação, a única diferença entre eles sendo uns ricos, outros pobres, conforme pensam certos grupos de autoajuda). Na verdade, as periferias pobres das grandes cidades abrigam moradores enfeitados pela economia urbana, sobretudo emigrados rurais de toda sorte que não dispõem das categorias mentais necessárias à compreensão das coisas da cidade, que lhes permitiria se engajar em alguma ocupação e dela tirar seu sustento.

O crescimento descontrolado dessa parte externa da cidade foi tão intenso no último meio século que a periferia de todas as grandes cidades se tornou permanente, agigantada, perdendo o ar de acampamento provisório e passando a ser um novo *lugar* das cidades, o seu lado pobre. Ali se vive por regras adaptadas, dife-

rentes daquelas que governam o resto da cidade. Pequenas seitas tipicamente periféricas surgiram e foram elas que semearam uma nova ética, inteligível e tosca, do convívio social entre moradores. Não sendo mais um mero local de passagem, de estágio formador para a vida urbana, a periferia se consolidou literalmente com cimento, apoiando-se em suas próprias invenções no campo dos valores sociais e pessoais, tipicamente alheios à tradição urbana. Sempre que a eles falta a moral burguesa urbana, que preconiza a negociação para resolver questões, ali se recorre à violência como solução para questões variadas. Isso tem consequências evidentes para a configuração, prevalência e tratamento da doença mental. Outro traço marcante da sociedade urbana que foi rapidamente absorvido pela periferia está na noção de festejo comemorativo, que se apoia em comportamentos conspícuos extremos e exacerbados. Os festejos se sucedem rapidamente, quase indiscerníveis uns dos outros, disputando o tempo livre das pessoas e monopolizando mentes, servindo como contraponto lúdico ao sofrimento incessante dos moradores.

Nesse quadro, a doença mental tinha existência exuberante, aparentando para as pessoas em geral ser apenas mais uma dentre as manifestações de si voluntárias, tudo parecendo indiscriminadamente pertencer a uma mesma categoria de ação social, próxima do tipo que abrange também torcidas de futebol e grupos carnavalescos, nas versões extremas estimuladas por programas de televisão participativos e provocadores, que estimulam as ações coletivas e achatam as diferenças individuais. O sentimento de pertencer a algo é reforçado fortemente pela participação em festas locais. Para os fins grosseiros a que se destinam tais espetáculos superficiais, nem interessa aos promotores distinguir momentaneamente comportamentos normais de patológicos, tudo é festa. Haverá talvez alguns torcedores mais frenéticos que o comum, dançarinas mais persistentes, bêbados mais insistentemente ululantes, não interessando a ninguém saber se na festa permanente que lhes dá alegria há, ou não, vítimas de transtornos mentais em surto, ou gente que sofre silenciosamente por ser avessa a isso, mas tem de acompanhar tais padrões artificiais de comportamento, ou gente que aceita constrangida a chantagem

cruel da participação social obrigada dos miseráveis e dos pobres ao mundo fantasioso das aparências.

Os atendentes em saúde, formados em medicina, com formação de viés biologista, treinados para identificar, isolar e tratar as doenças mentais e não as pessoas, pouco ou nada compreendiam das ações sociais que aconteciam à sua frente. As demais formações profissionais em saúde seguiam a linha biologista da medicina, exceto os psicólogos e assemelhados, acostumados a encontrar no paciente os traços marcantes de pertencimento a uma comunidade. A clientela de periferia existe como clientela por si mesma, demandando ajuda, debruçando-se no guichê de recepção do posto de saúde e desfiando ali o repertório de problemas que afloram à mente, sejam eles pertinentes ou não. No atendimento corriqueiro, a triagem trata de enquadrar cada caso em sua devida classificação técnica. Entram em cena os enquadramentos práticos, seguindo-se consulta, medicação e o aconselhamento sobre adesão ao tratamento. Esse procedimento pode satisfazer as necessidades da população em geral, estável e comparativamente homogênea, mas não a da periferia. Pois ali, essa abordagem é insuficiente para que o profissional consiga enxergar os problemas que cada paciente traz consigo e que fazem parte do quadro mórbido, muito menos distinguir entre problemas da organização de si e problemas originários do contexto familiar e social. Contudo, ao profissional que se debruça sobre a clientela, vendo em cada paciente o membro inescapável de um grupo social instável porém fortemente impositivo, outra realidade se desvenda, a partir da perspectiva do doente.

Frequentemente, os doentes trazem ao posto seus problemas pessoais de mistura com sintomas de doenças várias, sendo todos acolhidos (alguns deles narrando que foram ouvidos por alguém pela primeira vez na vida), muitos deles confundindo a atitude por vezes compassiva dos médicos com as de líderes religiosos e de políticos locais, e eles mesmos, como pacientes, confundem-se e acabam se comportando como típicos clientes em busca de aconselhamento espiritual e apadrinhamento, em busca de solução para problemas domésticos, matrimoniais, econômicos e morais. Os doentes mentais da comunidade estudada apresen-

tavam-se com atitudes próximas às dos numerosos excêntricos e transtornados mentais comuns (TMC) ali existentes, às dos ocasionalmente agitados e descontentes em geral. Na paisagem agitada da periferia, com comportamentos exacerbados tão recorrentes, um ou outro doente se distinguia dos não-doentes por algum comportamento notável recorrente que fosse observado pelos moradores, merecendo alcunhas classificatórias, como doído, doidinho, louco, mas apenas pelos excessos vistos e repetidos. Nessa classificação misturam-se TMC e casos graves. Em tal clima, de tão manifesta heterogeneidade, marcada pelo hedonismo, com os padrões individuais de comportamento variando tanto, a “criatividade” e a originalidade individual se exercendo a todo momento e sem peias, tudo sofrendo estímulos constantes com festas públicas e comemorações de toda espécie, não haveria grande possibilidade prática de dar precisão de diagnóstico a transtornos mentais comuns (TMC). Um passo à frente poderia ser o enquadramento de tal exuberância de comportamentos extrovertidos como um ruído de fundo típico, desde que nenhum deles se sobressaísse dentre os múltiplos modos de “se pôr no mundo”. Aqueles que escapassem ao filtro, os exageradamente salientes, os incomodados agressivos, esses sim, mereceriam atenção profissional. Entretanto, os psicóticos se tornavam indistinguíveis no mar de desordem social “ativa” que caracterizava a comunidade.

Nesse contexto marcado pela diversidade psíquica e pela não-observância dos padrões sociais vigentes no restante da grande cidade, nem o psiquiatra poderia ser somente “médico de consultório”, nem os demais profissionais de saúde seriam apenas cuidadores profissionais. Porém, era isso o que acontecia corriqueiramente. Essa observação conduz à segunda descoberta de Calil sobre os comportamentos dos moradores da comunidade: os membros da comunidade, eles próprios, cuidavam dos casos “salientes”, oferecendo ao doente amparo e compreensão, fato este que contribuía sensivelmente para tranquilizar a comunidade e trazer para níveis mais confortáveis a questão eminentemente social e política do controle social. Em outras palavras, a comunidade, em seus próprios termos, tendia a se autorregular. Os doentes mentais graves não eram discriminados ali, nem sequer

reconhecidos como tais e, por vezes, eram incorporados positivamente às atividades da comunidade, como músicos, adivinhos, pedreiros, seguranças e outros. Sem conhecer o modo de se comportar que define uma consulta médica típica, as pessoas aproveitavam o momento tentando envolver o médico e trazê-lo para o seu campo de significações. A comunidade tentava colar nos médicos a marca da assistência social, apresentando a eles uma demanda de serviços que escapava às estreitas perspectivas biologistas da medicina. Os psiquiatras eram muito frequentados por serem úteis à comunidade (emprestavam dinheiro, davam conselhos, davam carona, chegavam a trazer comida). Isso significa que, afora algumas atribuições claramente técnicas da medicina interna, as demais especialidades da medicina não foram compreendidas pela população, especialmente os psiquiatras, vistos como classificadores e rotuladores de morbidades desconhecidas. Além disso, ou talvez por isso, a demanda pelos serviços de psiquiatria era notoriamente exagerada.

O sintoma é o que mobiliza o paciente e o faz buscar o tratamento, é a razão do seu incômodo, algo de que deseja livrar-se. Toda demanda vem permeada pela queixa, que na fala do paciente ganha a dimensão da própria doença. (...) Diante disso, o âmbito de atuação da psiquiatria fica muito ampliado, nele cabendo todas as formas de sofrimento psíquico. Assim, o psiquiatra pode ser procurado para tratar absolutamente tudo que traga desconforto ao psiquismo, até rivalidade entre irmãos ou choro infantil, como foi relatado pelos profissionais. Identificar essas sutilezas entre o que necessita de intervenção médica e o que não necessita torna-se tarefa difícil para o psiquiatra que, como todo médico, tem a sua formação estruturada por um currículo voltado para o diagnóstico de doenças e não para o reconhecimento das interações cotidianas e o conhecimento das nuances do homem “são” no mundo. (Calil)

O profissional do posto de saúde, sem que tenha consciência disso, passa a desempenhar alguns papéis diante da coletividade, de aliviar um sofrimento social intenso, contendo o excesso de tensão das massas e exercendo um papel mágico de salvador. A clientela desencantada e sem saída converte a consulta em um

misto de ritual semirreligioso e fraternização entre amigos, o médico desempenhando um papel de mediador, salvacionista como as modernas seitas populares o são, além de amigo e conselheiro. Muitos médicos procuram remediar a situação e discutem entre si sobre sua clientela. Entretanto, "...a formação dos profissionais é organicista, com base no método clínico e medicamentoso; no entanto, de um lado, percebem a necessidade de uma abordagem biopsicossocial, pois relacionam boa parte dos sintomas dos pacientes a uma problemática econômica e social; de outro, sentem-se sem recursos teóricos de formação e sem incentivo financeiro e tempo para desenvolverem esta abordagem" (Calil).

Em resumo, a presença do médico em áreas urbanas muito pobres, as antigas periferias, o que é cada vez mais frequente, contribui para a sedimentação de uma situação peculiar: do lado do médico, à insuficiência curricular de sua formação vem se juntar à ignorância das matérias curriculares que deveria conhecer, tudo levando-o a optar pelo caminho mais seguro, o da sobremedicização. As camadas pobres e miseráveis da sociedade costumam apresentar alta ocorrência de transtornos comuns leves, que passariam longe de tratamentos médicos, mas que vêm recebendo atenção destes, resultando, em geral, em "prescrição autoprotetiva", seguindo a máxima "quando em dúvida, prescreva". Essa queixa é comum entre médicos mais experientes que trabalham com populações pobres e miseráveis. É uma queixa procedente, pois esse padrão de ignorância ativa ajuda a criar uma população de dependentes de remédios, algo que não deveria ocorrer. Pior ainda, isso ocorre com populações que dispõem de um conceito que confunde a doença com seus sintomas, como estes são descritos vulgarmente, isto é, como dor de cabeça, nervoso, atrapalhado de funções fisiológicas, mal-estar geral, estresse etc., nas suas acepções populares. Por outro lado, "Para os pacientes com TMC, a psiquiatria exerce uma função de contenção e alívio do sofrimento psíquico, porém sem o aspecto de resolubilidade, pois os pacientes, ao manterem os fatores desencadeantes dos sintomas por não conseguirem mudanças nas suas condições de vida, desenvolvem um forte apego às medicações e dependência ao tratamento, tornando-se usuários crônicos do serviço" (Calil).

Pesquisa: demora em procurar ajuda

Na sociedade em geral, a doença é percebida pelo incômodo que ocasiona, sendo formulada como queixa. Mas só existe como doença quando é socialmente reconhecida como tal. Para que o indivíduo possa se recolher ao nicho de ócio digno que a sociedade reserva aos doentes, é preciso que alguém o declare doente. No caso da doença mental, a questão se complica. Quando do surgimento de uma condição mental nova, há dois momentos na percepção da doença. O primeiro, quando as pessoas próximas do doente testemunham seu comportamento alterado, mas não estão seguras de que se trata de doença (pois popularmente as doenças são outra coisa). O segundo, quando a medicina passa a se ocupar do doente e a tratá-lo segundo princípios científicos e quando se confirma o diagnóstico de doença, porém inteiramente diverso da noção popular. Isto é, o doente é inicialmente percebido como divergente por seus próximos – que elaboram ali o seu diagnóstico leigo – e, posteriormente, é analisado por um profissional da saúde e encaminhado a um serviço, como doente, mas por outros motivos. As desordens mentais apresentam traços e atitudes muito afastados da noção popular de doença e, por isso mesmo, são imperceptíveis. Confundem amigos e parentes do indivíduo mentalmente afetado.

Essas são as razões presentes, de um lado, de parentes e amigos; do outro, dos profissionais de saúde. Na vida real as coisas se passam simplificadamente assim: o jovem de primeiro surto surpreende seus parentes, os quais reagem como “seres do mesmo ninho” a cuidar do doente como desviante momentâneo, seja como vítima de uma posse malévola ou mau olhado, seja como manifestação de exuberância, de qualquer forma continuando a ser considerado como “um de nós”. A natureza biológica subjacente ao surto não é reconhecida, senão raramente, e por pessoas experientes. Uma psiquiatra inquisitiva, Vera Monteiro, estudou essa questão, extremamente significativa, da demora dos pais em encaminhar seus filhos surtados aos serviços médicos. Entrevistou ela uma quantidade significativa de pais que haviam encaminhado corretamente seus filhos doentes ao atendimento médico. Descobriu que tais encaminhamentos haviam demora-

do anos para ocorrer. Em média, levaram oito anos! A demora era justificada pelos pais como engano de diagnóstico feito por eles, ora pensavam que o filho havia ficado estranho por ação de alguma entidade metafísica que o dominou, ora pensavam que se tratava de uma adolescência um tanto intensa e descontrolada, ora que o filho doente apenas se contrapunha à vida em família, fazendo isso com brutalidade e indiferença. Em nenhum caso os pais viram logo de início a doença que transparecia nas ações do filho jovem. Em resultado, o jovem era encaminhado a igrejas salvaçãoistas, a pais de santo e a outras instâncias que se ocupam de ações cobertas em favor do espírito. A pesquisa prosseguiu, investigando causas e razões dos pais em agir assim. Como a pesquisa era realizada numa unidade de atendimento público, onde a noção científica de doença era dominante, a resposta, embaraçosa para os pais, tardou um pouco a surgir, embora fosse simples: os pais pensavam que um surto psicótico não era doença, era algo diferente. Para eles, doença é um mal que obedece a um processo, com início, meio e fim e, mais ainda, com um patógeno responsável. Um surto mental não é um processo único, pois acontece repetidamente, por igual, não tem germes associados, enfim, não é doença. Porém, como os médicos insistem em chamar o surto de doença, não resta aos pais senão aceitar a denominação e até usá-la quando querem ser compreendidos por outras pessoas, mas, no fundo estão convencidos de que é falsa, que é uma extensão do termo doença para recobrir tais manifestações, e continuam acreditando que mesmo os médicos sabem se tratar apenas de uma acomodação linguística, mas não confessam isso, pois prescrevem remédios. Além disso, os remédios dados pelos médicos têm uma perceptível eficácia, embora com problemas subsidiários, mas suficientemente aceitáveis para continuarem sendo empregados. Os pais que, após narrarem suas crenças sobre ciências e fenômenos metafísicos, confessaram também, cada um a seu modo, sua aceitação da definição ambígua de doença dada pelos médicos, desistiram de tentar impor aos profissionais de saúde o limite à noção de doença, de modo a excluir seus filhos dessa incompreensível noção. Como os remédios controlam os sintomas, para esses pais a perturbação “desaparece”.

Pesquisa: inícios da doença mental no lar

Cada família envolvia o seu filho transtornado com carinho e palavras de estímulo e apoio, reconhecendo o “seu” caso como especial, diverso dos outros. Além disso, adotava uma atitude protetiva e recorria às admoestações de praxe, feitas ao jovem para que, quando entrasse em surto, não destruísse nada nem ofendesse ninguém como às vezes acontecia. Após constatar a permanência do conceito tradicional de doença mesmo nos casos de doença mental declarada e, portanto, a existência de um paradoxo na mente dos pais de jovens surtados, mais fatos estavam por vir, igualmente inesperados. Ao acompanhar os pais a seus lares, a equipe da unidade de atendimento mental encontrou modificações por vezes leves, por vezes substanciais, na disposição do mobiliário doméstico. Dada a importância dessa observação, uma nova pesquisa foi planejada, sendo feita por uma especialista em *design* de interiores, a professora Teresa Riccetti, conhecedora dos hábitos de arranjo de móveis e uso de espaços dos vários estratos da nossa sociedade, tanto de ricos como de pobres.

A pesquisa que ela realizou, sobre “espaços do lar” em casas onde havia um morador jovem surtado vivendo em família, confirmou a existência de uma segregação constante praticada no lar contra o morador “diferente”. Sua pesquisa empreendia uma análise da disposição dos espaços, dos móveis e demais objetos, e necessitava de permissão específica de entrada que, na maioria dos casos de interesse, não foi concedida. Contudo, ela foi admitida em seis lares, nos quais – imaginávamos nós que, por haverem concordado com a presença de uma analista, fossem pessoas mais compreensivas e abertas – a situação doméstica possivelmente seria mais leve que nos demais lares, talvez melhor resolvida, com menos ônus, segregações e imposições ao membro doente, do que em outras habitações anteriormente visitadas por nós. Isso representaria um viés para a pesquisa, pois tudo o que existisse ou que ocorresse nessas casas em termos de violência e desrespeito à figura do jovem doente seria provavelmente atenuado, “civilizado”, ou possivelmente inexistente. Decidimos continuar a investigação. Esse tipo de pesquisa é semelhante àquele

habitualmente empreendido pela antropologia, feito em profundidade, pois para essas pesquisas não se aplica o conceito de representatividade amostral, nem de corrente central da sociedade, como alvo principal do interesse do pesquisador. Assim, é como se estudássemos um povo a partir de um só membro (como se fosse o último dos moicanos, por exemplo). Não importa ao estudioso que seus entrevistados estejam, ou não, dentro das tendências centrais da sociedade, porque o interesse não está em conhecer modas nem hábitos passageiros, nem a dominância de certas posturas sobre outras, mas sim reconhecer a presença de lógicas estruturantes que informam o comportamento profundo das pessoas, como membros de um mesmo grupo, e essas lógicas estão obrigatoriamente presentes na mente de todas as pessoas de uma mesma sociedade, embora não apareçam e, quando surgem à superfície, já estão travestidas pelas roupagens da consciência, misturando-se às outras “ideias”. Dito de outra forma, interessa à pesquisa qualitativa profunda conhecer as lógicas subjacentes à consciência que iluminam a ação das pessoas, pois tais lógicas são sempre as mesmas para cada cultura humana, trate-se de um indivíduo inteligente, trate-se de um ignorante, ou de um mentalmente prejudicado. Sendo membros da mesma cultura, todos eles compartilham, sem suspeitar, dos mesmos princípios organizadores do plano do consciente para pensar o mundo, ou encaminhar soluções a problemas. Em determinada cultura humana, essas pessoas se pensam, uma às outras, como sendo, por exemplo, brasileiras. Para o pesquisador que procura por tais lógicas ocultas, qualquer membro dessa sociedade serve como objeto, pois cada um dispõe da mesma bagagem dos demais, uns mais apurados, outros retardados, categorizando a realidade pelas mesmas estruturas mentais inconscientes. A legitimidade metodológica desse tipo de pesquisa se escora numa grande condição, imperativa, que deve ser obedecida: que o aprofundamento das entrevistas tem de permitir que se alcance o nível no qual se originam os princípios inconscientes para a ação, seja essa ação pensada (dita racional) ou espontânea (dita natural). Portanto, o pesquisador deve possuir a formação em métodos e técnicas de pesquisa necessária, de forma a poder reconhecer, na fala de seu

entrevistado, os pontos do discurso subjacente que informa a fala e lhe dá coerência (Lévi-Strauss, Patton).

Uma técnica que há muito empregamos com êxito consiste em registrar as queixas (não estimuladas) de algum membro do grupo, no caso presente o jovem doente, sobre as rotinas da casa, que não o incluem da mesma forma que aos demais, sobre coerções e sugestões específicas de uso do material do lar, sobre iniciativas frustradas e demais comportamentos dos habitantes da casa que de alguma forma foram registrados pela consciência do doente. Essa etapa do trabalho é consideravelmente abreviada e enriquecida quando, no lar, se entrega uma câmera ao doente, com o pedido de fotos de coisas bonitas do mundo e, depois, de coisas feias ou escondidas. Invariavelmente, ele documenta a sua relação com a casa e seus habitantes. As “legendas” espontâneas que ele produz para suas fotos são surpreendentemente objetivas e esclarecedoras, quando as submetemos aos princípios da análise categorial ou a outros recursos analíticos rigorosos.

Nos lares levantados, todos os espaços, o mobiliário e seus respectivos usos foram anotados e analisados, fornecendo já uma massa de informações importante. Em seguida, tudo foi revisto à luz das falas e fotos feitas pelos doentes sobre seu lar. Depois, o material obtido foi cotejado com as falas dos parentes. Os principais resultados, em síntese, são descritos a seguir.

Em todos os lares levantados, foram encontrados indícios de tratamento diferenciado do morador doente. Tais indícios por vezes eram evidentes e óbvios, por vezes eram invisíveis à primeira vista mas acabavam se revelando. Tanto o mobiliário da casa, como seus espaços, faziam parte dessa diferenciação de tratamento, isto é, a família, sem o saber, interpunha móveis e espaços entre si e o doente, fazendo com que este dialogasse com coisas, poupando as pessoas e configurando assim uma *reificação* ou coisificação das relações entre pessoas. As intenções manifestas dos parentes do doente são invariavelmente protetivas, corretivas, pedagógicas. No plano da consciência, tudo se explica. Esse é o plano da razão. Entretanto, mais profundamente, ali onde as lógicas estruturam os princípios que vão formar ideias conscientes, encontram-se as peças da relação entre o doente e sua família,

configurando uma escalada recíproca de afastamento e controle de si (autonomia).

Com efeito, em todos os lares levantados constatou-se uma tensão permanente entre o doente e sua família, mesmo naquelas cujas relações filiais são doces e generosas para com o doente. Ficou patente que a origem da tensão está nas coisas que constituem a casa, não nas relações sociais propriamente ditas. Nesse caso, a casa, como ela está constituída, hoje, e como ela funciona, hoje, constitui um conjunto irritante para o doente, que percebe isso, embora imperfeitamente, sem conseguir pôr em palavras o que sente. Uma das formas de ele expressar sua meia-percepção está na fúria contra móveis e máquinas, fúria essa que, por hipótese, é “cega” como uma eclosão descontrolada, mas seu assustado tom de desabafo se dirige às coisas interpostas no lar entre o furioso e os demais. É como se ele percebesse que a casa onde mora tem um duplo sentido, ela é um abrigo aprisionante, e também é um conjunto de tesouros inacessíveis. O arranjo do lar é cultivado de forma imperceptível pelos membros da família e demais administradores eventuais dos espaços e objetos do lar, possivelmente alterando espaços e coisas da casa como um dos polos da tensão doméstica. O doente, do outro lado, é assim empurrado para uma posição sem alternativas, provocado a reagir em surto contra isso. Aceita essa hipótese, pode-se dizer que ambos os polos dessa dialética familiar estão suficientemente caracterizados e neles se origina a escalada de medidas recíprocas que conduz ao equilíbrio instável, rompido episodicamente pela indignação “cega” do doente. Nesse sentido, o lar do doente pode ser considerado como um arranjo material (de espaços e objetos) que desempenha um papel de contenção ativa das suas deambulações, mas sendo vulnerável à sua mal expressada rebelião e, por isso mesmo, servindo para preservar a integridade da família. É claro que isso ocorre dentro de uma sociedade específica, que dispõe de seus hábitos, costumes e moral, a brasileira.

Conclusão

Este texto apresenta, de forma bastante resumida, dois tipos de ocorrência da demanda da clientela de serviços médicos, en-

contrados comumente pelos profissionais de saúde que se ocupam da doença mental. O primeiro tipo é caracterizado pelo doente que tem para si, como referência, a *comunidade*, um grupo numeroso de comportamentos mutuamente referidos, do qual ele faz parte e do qual depende, até para se reconhecer como indivíduo. O segundo, formado por jovens que residem com seus parentes, mostra um sistema referencial doméstico, centrado no *lar* e seus moradores, no qual o doente se reconhece como membro. Cada um desses tipos tem necessidades próprias em termos de tratamento. O pressuposto básico de todos eles é que o referencial empregado pelo doente, nos casos aqui apresentados como sendo a comunidade ou a família, deixa sua forte marca no indivíduo, pois influencia significativamente a eclosão da doença e se agrega à sua evolução, estabelecendo uma escalada dialética evolutiva. É nesse diálogo que o indivíduo aprende a se reconhecer e também é nele que encontra a sua versão de sentido para o mundo. Este texto simplesmente oferece exemplos como modelos simplificados da realidade, com o fito de estimular a discussão das necessidades de tratamento da clientela com distúrbios mentais.

Mais amplamente, pode-se dizer que o trabalho de atendimento à doença mental, neste País, é reconhecidamente sobrecarregado, tanto pela especificidade de formação do especialista e seus colaboradores, quanto pela natureza da demanda efetiva, algo que não é citado no preconizado manual de classificação das doenças. Tratar dos sintomas é, sem dúvida, a primeira tarefa. A esta seria desejável agregar outra, a de encontrar um novo nicho social para o doente, que o abrigue e lhe permita iniciar uma nova etapa (assistida, evidentemente) de sua vida como membro estável de um grupo. Em termos éticos, trata-se de diminuir o sofrimento do paciente, assistindo-o adequadamente. Em termos econômicos, trata-se de incrementar a resolubilidade do sistema e, portanto, seu custo.

Referências

- American Psychiatric Association, Mini-DSM-IV, versão francesa comentada por Guelfi, J. D. et al., Masson ed., 1996.
- Bettelheim, B. *La forteresse vide, l'autisme infantile et la naissance du soi*. Gallimard, 1969.
- Calil, L. "De que se trata e o que trata a psiquiatria: concepções de psiquiatras e usuários de um serviço municipal de saúde mental". Tese de doutorado, Unifesp, Depto. de Psiquiatria, 2008.
- Oliveira, R. C. *Sobre o pensamento antropológico*. Tempo Brasileiro, 1988.
- Dalgalarrondo, P. *Civilização e Loucura, Introdução à História da Etnopsiquiatria*. Lemos, s.d.
- Gerhardt, U. *Ideas about illness*, New York: University Press, 1989.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Goldstein, J. "The impact of gender on understanding the epidemiology of schizophrenia". In: M. Seeman (ed.), *Gender and Psychopathology* (pp. 201-226). Washington: American Psychiatric Press, 1995.
- Good, B. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge University Press, 1994.
- Good, M.-J.; Brodwin, P. E.; Good, B. J.; Kleinman, A. *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- Jablensky, A.; Sartorius, N.; Cooper, J. E.; Anker, M.; Bertelsen, A. "Culture and schizophrenia. Criticisms of WHO studies are answered". *British Journal of Psychiatry*, 165, 434-436, 1994.
- Kleinman, A. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press, 1995.
- Lévi-Strauss, C. "Social Structure", in Kroeber (ed.). *Anthropology Today*, University of Chicago Press, 1953.
- Lévi-Strauss, C. "A eficácia simbólica", in *Antropologia Estrutural I*. Tempo Brasileiro, s/d.
- Merleau-Ponty, M. *A estrutura do comportamento*. Martins Fontes, 2006.
- Monteiro, V. B.; Santos, J. F. Q.; Martin, D. "Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode". In: *Rev. Bras. Psiq.*, 2006.
- Patton, M. Q. "Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis". In: *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage, 1990.
- Pessotti, I. *A Loucura e as Épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994. 208 p.
- . *O Século dos Manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996. 304p.
- Redko, C. "Fighting against the 'evil'". PhD thesis. McGill U., 1999.
- Riccetti, T. M. "Diálogos domésticos, reflexão sobre o lar após o primeiro episódio psicótico". Tese de doutorado, Unifesp, Depto. de Psiquiatria, 2009.
- Shirakawa, I.; Chaves, A. C.; Mari, J. J. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos, 1998.
- Tierney, L. M. *Essentials of diagnosis & treatment*. Appleton & Lange, 1997.

1 Introdução

Costuma-se dizer que “a clínica da dependência é a clínica da frustração”. Sim, porque o trabalho com dependentes de álcool e outras drogas, além da necessidade do domínio dos aspectos técnicos, torna necessário um constante esforço no sentido de flexibilizar metas, desconstruir expectativas – sejam elas do dependente, da família ou do próprio terapeuta – e ainda assim manter a esperança de poder alcançar dias melhores.

Isso porque os tratamentos convencionais para dependência de álcool e outras drogas ainda são bastante limitados: as taxas de abandono giram em torno dos 40%; a efetividade dos tratamentos, se considerarmos como “efetivo” apenas a abstinência, não passa dos 30 a 40% e, considerando-se as taxas de cura espontânea, que se ocupa de cerca de 10%, tem-se então que esses modelos são ainda mais ineficazes. Ou seja: cerca de dois terços dos dependentes não alcançam resultados satisfatórios, seja porque não conseguem, seja porque não desejam abster-se das drogas. E por menos que se aceite essa realidade, ela é um fato.

Embora a abstinência seja uma meta amplamente difundida e até desejada entre dependentes, familiares, profissionais da saúde e a sociedade como um todo, deve-se manter um olhar crítico sobre essa meta tão difícil – e, às vezes, quase

impossível – de ser atingida. A dependência é um fenômeno que, uma vez desencadeado, assemelha-se mais a uma doença crônica do que a um evento episódico na vida do sujeito. Sendo assim, estamos falando de um processo que levará de meses a anos para sua instalação e, no mínimo, o dobro de tempo ou até uma vida inteira requisitando assistência com o objetivo de obter alguma forma de controle, seja ele caracterizado ou não pela abstinência.

Desse modo, deve-se levar em conta que, se a abstinência ainda não foi atingida e, acenando para a possibilidade de que nunca seja, os indivíduos terão um longo percurso – provavelmente anos – fazendo uso das substâncias e abrindo os olhos para esse fato fará com que se ofereçam diversos recursos de cuidado, prevenção e promoção da saúde na vida desses sujeitos.

Ampliar o campo de ação para além dos tratamentos convencionais também amplia a abrangência do cuidado para uma população por vezes negligenciada, por vezes tratada erroneamente como dependente: os usuários sociais, recreativos e abusadores, uma vez que esses indivíduos não se enquadram, não aderem ou não chegam aos serviços de tratamento.

É nesse cenário que a Redução de Danos (RD) se insere, abrangendo todos os usuários de álcool e outras drogas, mesmo que não sejam dependentes. De acordo com a International Harm Reduction Association (IHRA): “A Redução de Danos é uma política pública dirigida a usuários de drogas que não conseguem ou não desejam momentaneamente interromper seu uso, com o objetivo de reduzir os danos por elas provocados, em que a abstinência pode ser uma de suas estratégias”.

2 Breve histórico da Redução de Danos

Considera-se a Europa, sobretudo a Holanda e a Inglaterra, o “berço” da Redução de Danos. Na década de 1970, vivia-se na Europa uma epidemia do uso de drogas injetáveis, sobretudo a heroína, com um cenário bem assustador: mortes por *overdose*, danos à saúde, graves crises de abstinência, seringas contaminadas deixadas nas ruas e praças públicas.

É nesse momento que autoridades e associações de usuários de drogas passam a reunir esforços no sentido de oferecer cuidados à saúde desses usuários, a exemplo da “Experiência de Liverpool” (Inglaterra), na qual médicos passaram a prescrever heroína para os dependentes, com o objetivo de garantir um uso menos arriscado, diminuindo as mortes por *overdose* e a criação dos *coffee shops* na Holanda, que vendiam drogas ditas “mais leves”, como a maconha, visando desestimular o uso de drogas ditas “pesadas”, como a cocaína e a heroína.

Com a epidemia da Aids, na década de 1980, aumenta a necessidade da implementação de estratégias direcionadas aos usuários de drogas, no intuito de conter a transmissão do HIV, na qual 30-40% eram atribuídos ao uso de drogas injetáveis, pelo compartilhamento de seringas. Sabe-se que, com a ampla difusão da estratégia de fornecimento de seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis, a transmissão por essa via foi reduzida a cerca de 10%. No mesmo momento, começaram a se alastrar diversos programas governamentais de distribuição de metadona, em detrimento do uso de heroína injetável. Pode-se dizer que esse foi o grande impulso à expansão e à consolidação da Redução de Danos no mundo.

No Brasil, os primeiros focos das estratégias de Redução de Danos datam da década de 1990, nas cidades de Salvador e Santos, sobretudo pela grande soroprevalência do HIV nessas cidades. Em São Paulo, o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) foi a primeira instituição acadêmica a apoiar e implementar esse tipo de estratégia no País.

Atualmente, a Redução de Danos é uma política pública reconhecida em nível nacional, preconizada pelo Programa Nacional DST-Aids do Ministério da Saúde e pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad). O Brasil dispõe de Programas de Redução de Danos (PRDs) espalhados por todo o território nacional, sendo a meta do atual governo a expansão desses programas, através de projetos financiados, como a Escola de Redutores de Danos, em articulação com os projetos de Consultórios de Rua e os programas de supervisão sobre álcool e

outras drogas para a Rede Básica de Saúde, com ênfase nas estratégias de Redução de Danos.

3 Aspectos práticos e estratégias globais

Em primeiro lugar, é preciso esclarecer e desmistificar três conceitos errôneos e muito arraigados à Redução de Danos.

O primeiro deles é de que a RD é um incentivo, uma apologia ao uso de drogas. A RD não incentiva o uso de drogas; é uma política de saúde séria pautada na realidade de que o indivíduo não consegue (pela intensidade da dependência) ou não deseja (pelo direito individual, pela ausência de desejo) abster-se das drogas. O pressuposto da RD é trabalhar com metas realistas e com modelos de **baixa exigência**, instituindo a lógica do cuidado e da prevenção, ampliando o espectro de ações em cuidados à saúde, no qual a abstinência é uma das possibilidades.

O segundo é afirmar que, com a RD, o usuário nunca vai buscar tratamento. As estratégias de RD funcionam numa ótica de inclusão social, acessando muitas vezes populações extremamente marginalizadas que não têm acesso aos serviços de saúde. A partir do contato do profissional de RD, o “reduzidor de danos”, esses usuários recebem material informativo e equipamentos para uso seguro, e são levados às unidades de saúde para a realização de testagem para o HIV e hepatites, além de serem conduzidos para as unidades especializadas em tratamento para a dependência, quando assim o desejam.

O terceiro é afirmar que a RD gasta dinheiro público ao fornecer material para que o indivíduo continue se drogando. A lógica do fornecimento dos insumos (materiais descartáveis) para o consumo seguro de substâncias reside no fato de que esse indivíduo deixará de contribuir para a elevação das taxas de transmissão de HIV e hepatites, com a consequente redução de gastos públicos no tratamento dessas doenças. Além disso, ao receber cuidados, torna-se apto a resgatar sua cidadania e seu direito à saúde.

Devido à maior incidência de problemas relativos ao seu uso em nosso meio, dar-se-á maior atenção ao uso de álcool, cocaína injetável e crack.

3.1 Estratégias globais

a) Redução de consumo. A primeira e mais importante estratégia de RD é diminuir a exigência em relação aos resultados esperados, e aprender a aceitar e incentivar quaisquer mudanças que o usuário possa vir a ter no sentido da redução de consumo, em que qualquer diminuição deve ser vista como um progresso.

b) Substituição da forma de uso. Quando um usuário muda a via de uso da droga, adotando outra de menor risco, trazendo menos danos à sua saúde. O exemplo mais preciso dessa estratégia é quando ele deixa de fazer uso de cocaína injetável e passa a fazer uso de cocaína inalada: muito embora ele não tenha parado ou diminuído seu uso, o uso injetável está muito associado à transmissão do HIV e de hepatites virais, endocardites, embolias e maior risco de *overdose*.

c) Substituição de droga. Quando um usuário passa a fazer uso de uma substância de menor risco, como deixar de fumar crack para fumar maconha.

d) Orientações gerais: alimentar-se adequadamente, manter-se hidratado, praticar relações sexuais seguras (com preservativo, gel lubrificante), não consumir a droga sozinho e, em caso de algum mal-estar, procurar ajuda médica e comunicar ao profissional de saúde o tipo de droga e a quantidade utilizada.

e) Encaminhar o usuário para testagem de HIV e hepatites virais.

f) Encaminhar o usuário para tratamento da dependência, quando ele desejar. Nesse quesito, é importante que o redutor de danos, o agente de saúde ou outro profissional da saúde saiba identificar o momento certo de fazer esse encaminhamento, a partir da elaboração da demanda do próprio usuário, porque a insistência do profissional pode aumentar a resistência do usuário, que pode inclusive passar a rejeitar as estratégias de RD.

4 Estratégias específicas

a) RD para drogas injetáveis

Em nosso meio, a principal droga de uso injetável é a cocaína, mas também encontramos uso de opióides, sobretudo entre profissionais da saúde e portadores de síndromes dolorosas crônicas, e de heroína, em menor quantidade. Fato curioso revelado nas experiências do trabalho de campo foi o uso compartilhado de seringas por travestis para a injeção de silicone industrial e de anabolizantes em frequentadores de academias de ginástica.

Como foi dito anteriormente, o uso injetável está associado ao aumento do risco da transmissão do HIV e hepatites virais, endocardites, embolias e morte por *overdose*.

As principais estratégias preconizadas para o uso de drogas injetáveis são:

- fornecimento do kit de RD, contendo seringas e agulhas descartáveis (agulhas de fino calibre), água para injeção, copinho plástico para diluição da droga, compressa alcoolizada para assepsia, folheto explicativo, preservativo e gel lubrificante;

- evitar o compartilhamento de seringas;

- orientação sobre pontos mais seguros de uso no corpo;

- troca para outra forma de uso de menor risco, como por exemplo, a cocaína inalada ou a substituição para outro tipo de droga, como a maconha. Devido à epidemia do HIV, percebeu-se uma intensa migração de usuários injetáveis para o uso do crack. Essa migração não deve ser encarada como uma “boa troca”, uma vez que os riscos à saúde e a vulnerabilidade para a transmissão de doenças associados ao uso do crack são tão maléficos quanto o uso da cocaína injetável;

- orientação para a troca de seringas ou o descarte em lugares adequados. Sabe-se que a troca de seringas usadas por novas ainda é um desafio para a maioria dos PRDs no Brasil, uma vez que, tanto usuários como redutores temem acidentes com o material, batidas policiais etc. Dessa forma, preconiza-se o amplo fornecimento dos kits e as orientações práticas para o recolhimento das seringas utilizadas, acomodando-as em recipientes seguros, como as embalagens plásticas de refrigerantes

(“pet”), evitando-se assim o risco de acidentes com material potencialmente contaminado.

b) RD para o crack

Há controvérsias na literatura brasileira se há ou não uma epidemia do uso de crack na atualidade. Entretanto, pode-se claramente observar sua ampla expansão no território nacional nos últimos anos. Além disso, o crack, por ser atualmente uma substância cuja composição não é mais simplesmente uma cocaína de má qualidade misturada ao bicarbonato de sódio, como em seus primórdios, mas uma complexa mistura de cocaína com diversos tipos de solventes voláteis que potencializam seus efeitos tóxicos, a rápida instalação da dependência, os sintomas paranóides e a fissura, é atualmente a droga mais temida em nosso meio.

O dependente de crack torna-se mais vulnerável ao sexo sem proteção, à transmissão e ao contágio de HIV, hepatites e DSTs, através das fissuras e queimaduras labiais; ao contágio de infecções cutâneas pelas queimaduras em mãos e lábios; à toxicidade dos materiais utilizados como cachimbo (metais pesados, gases tóxicos liberados da combustão de plásticos, má higiene de materiais encontrados nas ruas e em latas de lixo). Além disso, tem-se observado o aumento da incidência de transtornos psicóticos e quadros de agressividade associados ao seu uso.

Dessa forma, as principais estratégias de RD para o crack são:

- Orientação a não compartilhar o cachimbo;
- Distribuição de kits, contendo preservativos e gel lubrificante, protetor labial, folheto informativo. A distribuição do cachimbo para o uso do crack não é uma estratégia padronizada nacionalmente porque, apesar dos dados internacionais (EGO, França) a respeito da eficácia da sua distribuição na diminuição da transmissão de doenças, o cachimbo distribuído nos PRDs brasileiros é de madeira envernizada, podendo conter plástico ou metal em sua composição, podendo trazer danos ao indivíduo. Há uma pesquisa sobre a eficácia do uso do cachimbo sendo conduzida pela Fiocruz, cujos resultados ainda não foram liberados;

- Substituição do crack por maconha. Alguns estudos internacionais apontam resultados positivos quando o usuário faz um “caminho de volta” para drogas mais leves e a maconha tem sido apontada há vários anos como uma estratégia eficaz para que o usuário deixe de consumir drogas mais “pesadas”, como cocaína, crack e heroína, mediante o consumo de maconha.

Em 2001, o Proad realizou uma pesquisa com dependentes graves de crack, dos quais 68% abandonaram o uso de crack em cerca de apenas cinco semanas fazendo uso da maconha fumada, referindo melhora da fissura, dos sintomas paranoides, da insônia, e abandonando hábitos e atitudes indesejáveis, como furtos, perambulações e noites fora de casa. Além disso, os indivíduos estudados tiveram, em média, um ganho de peso de 12 kg ao longo de um ano, denotando-se claramente a manutenção da abstinência e a melhora das condições de saúde.

- Uso do “mesclado”. Embora não haja estudos comprovando a eficácia dessa estratégia, diversos pacientes relatam conseguir diminuir o uso do crack, com melhora da fissura e dos sintomas paranoides, quando fazem uso do crack associado à maconha, ou “mesclado”. Desse modo, essa estratégia pode ser encarada como um benefício temporário, até que o indivíduo consiga abster-se totalmente do crack.

c) RD para o álcool

Apesar dos problemas relacionados ao crack, o uso de álcool é, de longe, um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A partir da consolidação da RD como uma política pública no Brasil e em diversos países do mundo, passou-se a pensar em estratégias de RD para todas as drogas, inclusive o álcool.

Em 2002, na cidade de Recife, aconteceu a I Conferência Internacional de Redução de Danos para o Álcool, no intuito de polarizar forças e discutir estratégias possíveis para reduzir riscos e danos relacionados ao consumo do álcool.

Atualmente, as principais estratégias de RD preconizadas para o álcool são:

- Proposta de diminuição de consumo/beber controlado.

Um estudo realizado por Marlatt mostrou que dependentes de álcool, com orientação de redução de consumo, apresentaram menos recaídas e recaídas menos graves quando comparados à meta de abstinência total.

- Troca por bebidas de menor teor alcoólico. Diversos bebedores problemáticos e até dependentes de álcool têm apontado maior capacidade de controle, recaídas menos frequentes e menos graves, menor exuberância de efeitos comportamentais, como agressividade e acidentes, quando optam por bebidas de menor teor alcoólico, a exemplo da troca de destilados por cerveja.

- Alimentação e hidratação. Mais do que qualquer outra droga, o hábito de alimentar-se antes de beber e manter um nível adequado de hidratação enquanto se está bebendo, demonstra excelentes resultados nas bebedeiras, com diminuição dos danos à saúde, como vômitos, quedas e riscos associados às mudanças de comportamentos, como envolvimento em brigas, acidentes e dirigir embriagado.

- Treinamento de pessoal de bares, restaurantes e empresas de alimentos. Embora pouco difundido ainda no Brasil, esse tipo de treinamento visa reconhecer indivíduos potencialmente embriagados e adotar medidas que vão desde a cessação de venda de bebidas até a retirada do indivíduo do recinto. Além disso, estratégias como servir a bebida ao invés deixá-la à vontade (*open bar*), recolher precocemente copos e garrafas de vidro, evitando acidentes, bem como a proibição da entrada de recipientes de vidro em ambientes de grande concentração de pessoas, como festas, estádios e boates, auxiliam a diminuir danos associados ao uso de álcool.

Vale lembrar que as medidas de proteção ao ambiente se afinam amplamente com os pressupostos da Redução de Danos e, muitas vezes, com estratégias governamentais. Um exemplo disso é a medida de fechamento dos bares na cidade de Diadema/SP a partir das 22 horas, que promoveu um impacto na diminuição de acidentes, violência doméstica e ocorrências policiais. Outro exemplo é a campanha Amigo da Vez, iniciada em Recife, onde grupos de jovens escolhiam o amigo que não beberia para poder conduzir o veículo em seguran-

ça. Essa estratégia tem sido amplamente difundida em outras cidades brasileiras e se harmoniza muito com a Lei Seca do Governo Federal.

5 Redução de Danos ampliada e Redução de Danos na clínica: indicações e limites

Com a difusão das estratégias de RD e seu reconhecimento como uma política pública, surgiu nos últimos anos uma tendência a trabalhar o conceito de “Redução de Danos Ampliada”, ou seja, expandir as estratégias de RD para uma dimensão mais abrangente, que inclua seu olhar nas práticas de saúde, para além do trabalho de campo e do fornecimento de kits e insumos. Nessa lógica, é possível pensar em RD para todas as drogas, até mesmo para o tabaco.

Surge, assim, o conceito de *Redução de Danos na Clínica*: o tratamento do dependente está pautado no desejo e na capacidade do indivíduo de diminuir e até descontinuar o uso, respeitando o seu tempo, suas motivações, encarando, como já foi dito, toda diminuição de consumo, bem como a adoção de práticas de uso mais seguras, como um progresso.

Lidar com a clínica da dependência tendo como premissa os pressupostos da RD significa, em primeira instância, diminuir a exigência, possuir uma atitude mais acolhedora, incentivar pequenos progressos e inserir no cotidiano do dependente uma responsabilização do seu uso e do cuidado com sua saúde, contribuindo para o empoderamento (*empowerment*) e, consequentemente, para o resgate da sua cidadania.

Porém, se a RD é uma política pública dotada de estratégias específicas com eficácia comprovada, deve-se manter o espírito crítico e o bom senso frente a “ideias” que possam parecer estratégias, mas que não apresentam registros científicos de sua eficácia; deve-se encarar com seriedade e respeito as suas práticas, evitando-se que se confundam com apologia ou incentivo ao uso de drogas e, principalmente, saber reconhecer quando essa estratégia não for a melhor para o usuário ou quando, pautado no desejo individual, o mesmo não dese-

jar aderir, preferindo seguir os modelos mais convencionais de tratamento.

Sabe-se que há uma escassez de estudos que forneçam mais e mais comprovações das inúmeras estratégias de RD empregadas, para que deixem o caráter experimental e até “artesanal” em alguns casos, configurando-se como verdadeiras estratégias e fomentando a consolidação dessas práticas em âmbito nacional e mundial.

Referências

- Ministério da Saúde, 2003. “A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf].
- Viva Comunidade/Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. “Diminuir para Somar – Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde”. Disponível em [http://www.comunidadessegura.org.br/files/cartilha_ACS_red_danos.pdf].
- IHRA – International Harm Reduction Association. “O que é redução de danos? – Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos”. Londres, 2010. Disponível em [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf].
- Dossier: Réduction de Risques. Le Journal Alter EGO. 1er Trimestre 2004.
- Marlatt, G. A. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- Moreira, F. G.; Silveira, D.X. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- Moreira, F. G.; Haiek, R.; Silveira, D. X. “Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – Proad”. Disponível em [http://www.proad.unifesp.br/pdf/artigos/rd_proad.pdf].
- Niel, M.; Silveira, D. X. *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2008.
- Olivet, F. “Un kit de réduction des risques côté crack”. *SWAPS* n.º 37.

1 A carga econômica doença mental: vale a pena investir em saúde mental?

Desde o estudo “The global burden of diseases”, de Murray e cols.,¹ em 1990, destacando a grande carga dos transtornos mentais, a Organização Mundial da Saúde – OMS² vem alertando para o impacto socioeconômico desses transtornos, enfatizando a necessidade de um maior investimento político e econômico em saúde mental.

Dentre todas as doenças, os transtornos mentais são os que causam maior carga de incapacidade² temporária ou permanente no funcionamento global do indivíduo, prejudicando o seu desempenho escolar, ocupacional, social e interpessoal, levando-o ao empobrecimento por perda de renda gerada pelo desemprego ou aposentadoria precoce. Quando esses transtornos se iniciam na adolescência, o impacto se dá na qualificação escolar, sendo que mais da metade interrompe os estudos precocemente, dificultando a sua inserção no mercado de trabalho.³ Além disso, crianças com transtornos mentais envolvem-se mais facilmente com álcool, drogas, comportamentos violentos, delinquência e suicídio.⁴

A família também é afetada, quando um dos pais adoece, há comprometimento do cuidado com os filhos, causando um prejuízo no desenvolvimento físico e mental dos filhos.⁵ Outras vezes, o familiar precisa parar de trabalhar para cuidar do ente

adoecido.⁶ Existe também uma carga financeira para a família, que passa a utilizar parte da sua renda para os cuidados com o familiar adoecido.⁷ Além disso, o próprio transtorno mental leva a uma perda direta dos rendimentos, como no caso da dependência de álcool e nicotina, em que famílias de baixo poder aquisitivo chegam a gastar 50 a 70% de sua renda mensal para consumir essas substâncias.⁸

Além do sofrimento intangível para o indivíduo e seus familiares, os transtornos mentais contribuem também para uma perda do capital humano no âmbito socioeconômico de um país, através da morte precoce (suicídio) de indivíduos jovens. Ainda há impacto nos setores produtivos da sociedade, levando ao absenteísmo no trabalho, à diminuição da produtividade, aos acidentes de trabalho e a um maior número de licenças médicas. O custo socioeconômico dos transtornos mentais, em países desenvolvidos, alcança índices de 3 a 4% do PIB.⁹⁻¹⁰

Essa “carga” atribuída aos transtornos mentais pode ser ainda maior em países de baixa ou média renda, principalmente porque nos contextos de grandes adversidades a pobreza e a baixa escolaridade são componentes de alto risco para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Outro fato importante é que a carga dos transtornos mentais continua aumentando, e em velocidade maior, sobretudo nos países de baixa e média renda, onde o acesso da população ao tratamento é inferior a 20%.¹¹ A OMS¹⁰ estima que, anualmente, 150 milhões de pessoas no mundo são forçadas a um sacrifício financeiro (*out-of-pocket*), ou seja, pagam muito além de seus rendimentos para usar um serviço de saúde e, conseqüentemente, 100 milhões de pessoas são levadas para baixo do limiar da pobreza por esse motivo.

2 Financiamento em saúde mental: quanto investir?

A necessidade de aumentar o investimento em saúde mental é inegável, porém, há pouco consenso do quanto deve ser esse montante. O investimento em saúde entre os países desenvolvidos varia de 8% a 15 % do Produto Interno Bruto (PIB)

e ao redor de U\$ 2,000 a U\$ 7,300 per capita (*purchase power parity* – PPP).¹²

O Brasil investe 8,4% do PIB em saúde e ao redor de U\$ 837 (PPP) per capita, considerando fontes públicas e privadas(13). Comparando com países de extensão continental, o Brasil investe mais em saúde do que a China, Índia e Rússia. Em relação aos países com mais de 100 milhões de habitantes, o Brasil investe mais em saúde do que o Japão, a Nigéria e o México, ficando atrás apenas dos Estados Unidos.

Porém, em se tratando de saúde mental, o cenário é outro: o Ministério da Saúde brasileiro disponibiliza para a saúde mental (R\$ 890 milhões em 2006),¹⁴ em média, 2% do orçamento total da saúde, ou seja, menos de R\$ 5,00 per capita ao ano. Em países desenvolvidos, o investimento em saúde mental gira em torno de 6% a 12 % do orçamento total da saúde. O Canadá, por exemplo, investe menos de 5% do orçamento total de saúde em saúde mental, ou seja, aproximadamente U\$ 200 per capita, enquanto o Reino Unido investe 12% do orçamento total da saúde em saúde mental, quase U\$ 250 per capita.

A OMS fez uma avaliação de custo de tratamento para os principais transtornos mentais (depressão, álcool, drogas e esquizofrenia) para países de baixa e média renda e estimou um custo adicional de U\$ 0,2 a U\$ 0,3 per capita, por ano, para países de baixa e média renda, respectivamente, para aumentar a cobertura de tratamento para esses transtornos no período de dez anos.¹⁵

Porém, mesmo entre esses países que investem mais em saúde mental, o custo do tratamento para saúde mental vem crescendo exponencialmente, e o orçamento é e será sempre insuficiente pela simples razão de que a demanda por cuidados em saúde e bem-estar é crescente. Dentre os fatores que favorecem esse incremento nos custos estão o aumento da expectativa de vida, que contribui para um maior número de pessoas acometidas com transtornos mentais; a maior procura espontânea pelos serviços de saúde em decorrência de maior informação sobre doença mental junto à população, e o alto custo dos novos medicamentos.

Na ausência de um cenário ideal, em que a oferta de recursos é igual à demanda, é necessário realizar uma escolha racional e

eficiente de como utilizar tais recursos independente do tamanho do orçamento disponível.

3 Eficiência no uso dos recursos em saúde mental: como investir?

A OMS estima que 20% a 40% dos recursos financeiros em saúde são desperdiçados ao redor do mundo.¹⁰ Esse cenário pode ser revertido por meio de uma análise econômica sistemática. A Economia em Saúde (ES) possibilita identificar quais são as opções relevantes, quanto custam, quais os benefícios obtidos,¹⁶⁻¹⁷ facilitando a alocação dos recursos financeiros com eficiência. O principal objetivo da Economia em Saúde não é economizar recursos (*cost savings*), mas otimizar a sua utilização, isto é, obter o maior benefício com o menor custo possível.¹⁷⁻¹⁸ Além disso, a ES pode contribuir para: a) monitorar decisões em políticas públicas como, por exemplo, comparar custos e benefícios entre diferentes modelos de assistência (hospital x serviços comunitários); b) avaliar intervenções e práticas de tratamento, verificando a intervenção de melhor custo-efetividade, por exemplo, entre medicações psicotrópicas; c) auxiliar no planejamento de investimento em novos serviços, como no caso da criação de novos serviços comunitários.

Saber qual é o benefício a ser obtido, o quanto custa, quais as condições necessárias para a sua obtenção, quantas pessoas poderão recebê-lo e por quanto tempo é fundamental para escolha eficaz sem desperdícios.

4 Existe de fato um benefício? Quem paga por ele?

Como vimos no item anterior, a Economia em Saúde visa otimizar os benefícios, porém, a definição do que é um benefício varia de acordo com o referencial teórico adotado. Dentre as diferentes abordagens teóricas destacam-se a abordagem welfarista e a extra-welfarista. Na abordagem welfarista (*welfare approach*), o benefício é visto como um “produto” (“mercadoria”) que deverá proporcionar “o máximo de bem-estar” para toda a sociedade,

entendendo-se bem-estar como a “satisfação do indivíduo”. O principal objetivo, nesse caso, é maximizar o bem-estar. Por isso, a medida do benefício é baseada na soma das preferências dos indivíduos (utilidade), porque se supõe que é o indivíduo quem deve julgar o que é melhor para si. Em outras palavras, a utilidade é o “quanto vale” um benefício, segundo as preferências dos indivíduos de uma sociedade. O benefício se refere a qualquer ganho, seja no âmbito da saúde ou não. Por exemplo, ao se tratar uma mãe com depressão puerperal,⁵ ocorre melhora também no desenvolvimento psicomotor, mental e cognitivo da criança, na saúde mental do filho, na diminuição da carga econômica para a família, possibilitando que a mãe tenha uma vida produtiva no mercado de trabalho, favorecendo também os setores produtivos. Ou seja, uma intervenção produz benefícios para o indivíduo e para outros setores da sociedade. Nessa abordagem, é possível computar os benefícios quanto à diminuição na mortalidade precoce, na violência, no uso de benefícios sociais (aposentadoria precoce), na redução de danos ao indivíduo e familiares, na melhora na qualificação escolar, profissional, na produtividade e na diminuição do custo de serviços (saúde, social, judiciário).

Na abordagem extra-welfarista (*extra-welfare approach*), o benefício a ser mensurado é, exclusivamente, o ganho em saúde, e sua mensuração não se baseia na preferência do indivíduo (utilidade), mas em um desfecho escolhido sob a perspectiva do gestor. A contribuição da saúde é vista como prática de uma política social¹⁹ (Sancho). Nesse caso, o objetivo é maximizar o ganho de saúde, e uma intervenção que gera um ganho maior de saúde será preferível em relação a outra com menor ganho. Isso significa que aqueles que se beneficiariam de intervenções que geram menor ganho em saúde não receberiam tratamento. Por exemplo, se o tratamento de pneumonia gerar um maior ganho de saúde do que o tratamento da esquizofrenia, pessoas com esquizofrenia deixariam de receber tratamento.

A grande questão que se coloca é que na saúde mental, em especial, os benefícios e “ganhos” para o indivíduo e familiares não são obtidos, exclusivamente, com a melhora ou remissão de sintomas (“ganho em saúde”). Ou seja, se um indivíduo com es-

quizofrenia, comportamento muito agressivo e baixa sociabilidade for tratado, é possível que o ganho em saúde (remissão dos sintomas) não seja significativo no que tange à sua mensuração (melhora em escala de sintomas), porém, esse mesmo indivíduo, apesar de manter os mesmos sintomas da doença, pode apresentar uma diminuição no comportamento agressivo, favorecendo o seu convívio com a família e a sociedade. Esse benefício indireto não seria capturado pela abordagem extra-welfarista.

Porém, dependendo do tipo de perspectiva adotado em uma avaliação econômica, os benefícios e custos não serão computados e incluídos da mesma forma. A abordagem welfarista adota uma perspectiva mais ampla, a da sociedade, enquanto que a abordagem extra-welfarista adota uma perspectiva segundo o provedor dos serviços de saúde.

Os custos e benefícios que interessam ao indivíduo (perspectiva do indivíduo), em geral, não são os mesmos que interessam ao provedor ou gestor de serviços de saúde, ao empresário, às famílias e à sociedade. Enquanto que o empresário está preocupado em diminuir o absenteísmo por motivo de doença e aumentar a produtividade, o provedor ou gestor de serviços de saúde está direcionado em diminuir os custos com o uso dos serviços de saúde. O indivíduo e seus familiares estão preocupados com o próprio bem-estar e com o impacto econômico do tratamento em suas vidas (diminuição de renda, desemprego, gasto com tratamento, perda de oportunidades etc.).

4.1 A perspectiva do gestor ou provedor do serviço de saúde

Se adotada uma perspectiva estritamente ligada à gestão de um serviço de saúde, a diminuição no uso do serviço de saúde pode representar uma meta indicadora de eficiência, supondo-se que, ao diminuir o número de hospitalizações, e, portanto, reduzindo os custos com esses serviços, o usuário também estará melhor. Porém, não há uma correlação entre número de hospitalizações e o ganho na saúde do indivíduo. Além disso, se apenas os custos com a intervenção e a melhora de sintomas forem mensurados, outros benefícios reais não serão capturados. Da mesma forma, se por causa dessa intervenção os custos forem transferidos (*spillover effect*)

para outro setor da sociedade (custo com o sistema judiciário, por exemplo) ou para a família (custos com o tratamento ou em decorrência dele) eles não serão mensurados. A redução no custo de uma intervenção não significa, necessariamente, a melhor opção para o usuário se houver transferência de parte do custo para sua família (*out-of-pocket*) ou para ele próprio. É necessário verificar qual o real benefício que o usuário obtém com tal intervenção e quais as suas consequências (externalidades). Nessa abordagem, as externalidades negativas não são avaliadas.

4.2 A perspectiva dos familiares

Mesmo que uma intervenção apresente benefícios, é necessário levar em conta o ônus econômico que isso pode acarretar para a família. O estudo de Barroso e cols.⁷ com 150 famílias de portadores de transtornos mentais, em Belo Horizonte, mostrou que as famílias gastavam, em média, a metade de um salário mínimo para cuidar de um familiar doente. Além disso, 80% dos cuidadores relataram prejuízo no lazer, na vida social, ocupacional e afetiva. Considerando que essas famílias apresentavam uma renda familiar de menos de quatro salários mínimos, o sacrifício financeiro que incidiu sobre elas foi significativo.

4.3 A perspectiva da sociedade

O ideal é, sempre que possível, adotar uma perspectiva mais ampla, a da sociedade, para se avaliar os benefícios em vários níveis e a potencial transferência dos custos para outros setores.¹⁸ Um exemplo seria uma intervenção que levasse à diminuição de acidentes por uso de álcool. O benefício implicaria um menor número de mortes e de pessoas portadoras de deficiência física e uma diminuição na utilização dos serviços de saúde. Nesse caso, o tratamento de um transtorno mental poderia produzir benefícios em vários setores da sociedade, levando também a uma redução de custos.

5 Avaliação econômica: como se avaliam custos e benefícios?

Na economia em saúde há dois tipos principais de avaliação: a) avaliação de custos (custos de doença) e b) avaliação econômica (avaliação de custos e benefícios).

5.1 Avaliação de custos

Na avaliação de custos, mensuram-se todos os componentes de custo relacionados a uma doença e ao seu tratamento, porém, esse tipo de avaliação não é adequado para a tomada de decisão em saúde porque não leva em conta os benefícios e as consequências das intervenções. São úteis para avaliar o impacto e o custo da doença em uma sociedade e verificar em que setores da sociedade os custos são maiores.

Dependendo da perspectiva utilizada, o cômputo dos custos será mais ou menos abrangente. Denominam-se custos diretos aqueles custos relacionados diretamente ao tratamento (serviços de saúde, procedimentos, medicações, recursos humanos). Todos os outros custos relacionados ao impacto da doença (perda de renda, absenteísmo no trabalho, aposentadoria precoce, violência, mortalidade precoce) são denominados de custos indiretos. Custos totais de uma doença correspondem à soma dos custos diretos e indiretos.

A maioria dos estudos em saúde avalia somente os custos diretos, ou seja, utiliza uma perspectiva mais restritiva, como a perspectiva do gestor ou provedor de serviços de saúde e a do empresário. Na perspectiva da sociedade, tanto os custos diretos como indiretos são computados.

Os custos indiretos são responsáveis por 60% a 80% dos custos totais relacionados aos transtornos mentais. Os transtornos mentais com maiores custos são a depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia, os transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. A depressão é a primeira causa, no mundo, de anos vividos com incapacidade. Os custos indiretos da incapacidade gerada pela depressão correspondem a 60% dos custos totais da depressão, principalmente pela perda da função laborativa.

5.2 Avaliação econômica

Na avaliação econômica, mensuram-se os custos e os benefícios de duas ou mais alternativas disponíveis, de modo que se possa verificar em qual das alternativas os benefícios são maiores do que os custos. Uma análise econômica é, portanto, sempre comparativa. O objetivo principal em uma análise eco-

nômica é maximizar os benefícios gerados por uma intervenção em saúde.²⁰

Outra característica da análise econômica é que a valoração dos desfechos (benefícios) é baseada na preferência do usuário. Isso significa que há sempre uma escolha a ser feita e que essa escolha deve levar em conta o que o usuário julga ser o benefício (estado de saúde) de sua preferência e o quanto “vale” pagar por ele. Em resumo, a tríade escolha entre as alternativas disponíveis (comparabilidade), benefícios obtidos maiores do que os custos e a preferência do usuário constitui a base de uma análise econômica.¹⁷

A análise econômica é um instrumento eficaz para auxiliar na tomada de decisão na alocação recursos, pois permite verificar os benefícios obtidos e o impacto das intervenções nos vários níveis da sociedade.¹⁶⁻¹⁷ Deve-se ter em mente, em todo processo de tomada de decisão, que a escolha de uma das alternativas (obtenção de um dado benefício) implica sempre uma perda de outro benefício que poderia ser obtido se fosse escolhida a outra alternativa.¹⁷ Ou seja, existe um “custo” embutido na escolha realizada, a que se denomina “custo de oportunidade”. Um familiar gasta, em média, de 35-40 horas por semana cuidando de um parente com Alzheimer.⁶ Nesse caso, o custo de oportunidade equivale ao custo do tempo desse familiar que poderia estar sendo usado para obter um benefício como salário, promoção na carreira, lazer etc. Os métodos empregados para realizar uma análise econômica são as análises de custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade, custo-consequência e custo minimização.

5.2.1 *Análise de custo-benefício (ACB)*

A análise de custo-benefício (ACB) está fundamentada na teoria do bem-estar econômico (*welfare approach*), ou seja, adota a perspectiva da sociedade. A alocação dos recursos só é considerada eficiente quando os benefícios forem maiores do que os custos e quando a produção de um ganho (saúde, bem-estar, qualidade de vida), para um indivíduo ou grupo, não provocar a perda de um benefício para outro indivíduo ou grupo (critério de Pareto).¹⁷⁻²⁰ A intervenção em saúde que apresentar a maior rede de

benefícios (*net benefits*), isto é, maior diferença entre benefícios e custos, é considerada a primeira escolha na alocação de recursos.

Na análise de custo-benefício, tanto os custos como os benefícios são mensurados em valores monetários. A identificação do que é um benefício, nessa análise, não é óbvia, pois uma intervenção pode gerar um benefício no ganho de saúde e, também, produzir outros benefícios que afetam o próprio indivíduo (renda, por exemplo, se após recuperação da doença ele voltar ao trabalho), os familiares (tempo de lazer, oportunidade de trabalho) e os outros setores da sociedade (menor absenteísmo, maior produtividade, menor mortalidade prematura etc.).

A mensuração dos benefícios constitui um grande desafio metodológico na ACB. Há duas técnicas para medir os benefícios em valores monetários: o método do capital humano (*human capital approach*) e o método de propensão a pagar (*willing-to-pay*).

A técnica do *human capital approach* consiste em valorar o benefício segundo o valor do indivíduo em termos de potenciais ganhos futuros (salário). Essa técnica apenas valoriza quem trabalha e quem ganha mais, sendo filosoficamente contrária aos princípios da teoria do bem-estar econômico (*welfare approach*) e muito criticada na literatura, em geral, por diminuir a equidade e por questões éticas.

A segunda técnica é o *willing-to-pay* (propensão a pagar), que consiste em obter o valor do benefício (ganho em saúde) com base na preferência do indivíduo, ou seja, o quanto o indivíduo acha que “vale” tal benefício (ganho em saúde) e o quanto está disposto a pagar por ele. Essa técnica também tem limitações, principalmente em estimar o “valor” de uma vida e a maioria dos desfechos em saúde. A mensuração dos custos na ACB é abrangente: abarca os custos diretos médicos e os custos não médicos relacionados ao tempo do paciente e familiar até a consulta, perda de renda, custos indiretos e intangíveis.

5.2.2 *Análise de custo-efetividade (ACE)*

A análise de custo-efetividade é utilizada para comparar duas ou mais intervenções para uma mesma doença e a um único desfecho (em geral, melhora de sintomas) e, em geral, segue o

desenho dos ensaios clínicos. Comparam-se os custos entre duas intervenções e a quantidade de benefício obtida nos dois grupos. Os outros benefícios diretos e indiretos que possam ocorrer não são levados em conta, embora seja possível escolher um outro desfecho como, por exemplo, a qualidade de vida.

Considera-se a alternativa de maior custo-efetividade aquela que produzir maior benefício a um custo igual (d) ou menor (g) que o da alternativa ou a que produzir um benefício igual a um custo menor (h). Há três situações (a, e, i) em que a conclusão não é óbvia (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise custo-efetividade

C U S T O	BENEFÍCIO (EFETIVIDADE)			
	Nova alternativa			
		MAIOR	IGUAL	MENOR
MAIOR		(a) a julgar	(b) REJEITA	(c) REJEITA
IGUAL		(d) ACEITA	(e) a julgar	(f) REJEITA
MENOR		(g) ACEITA	(h) ACEITA	(i) a julgar

Nessas situações, estima-se o custo adicional necessário para que uma alternativa apresente maior custo-efetividade do que a outra. Para tal, procede-se ao cálculo da taxa incremental de custo-efetividade (TICE), que representa a proporção entre a diferença entre os custos das duas alternativas e a diferença do efeito das duas alternativas ($TICE = \text{custo } a - \text{custo } b / \text{efeito } a - \text{efeito } b$). Por exemplo, a alternativa padrão custa R\$ 5.000,00 e a nova custa R\$ 7.000,00. A alternativa padrão produziu uma melhora de 5 pontos na escala de sintomas e a alternativa nova produziu uma melhora de 8 pontos. Então, $TICE = R\$ 7.000 - R\$ 5.000,00 / 8 - 5$, resultando em R\$ 667,00. Esse é o valor incremental que deve ser pago para se conseguir um incremento de uma unidade no benefício, ou seja, é o valor incremental para que a nova alternativa tenha maior custo-efetividade em relação à alternativa padrão.

Nesse caso, é necessário avaliar se o orçamento disponível permite a escolha da alternativa mais custosa e se o incremento no benefício é de fato significativo para o indivíduo, ou se a sociedade considera relevante pagar por esse benefício adicional.

Porém, a TICE isoladamente não fornece dados suficientes para se avaliar a relevância do benefício ou quanto se deve pagar pelo incremento de custo. Para isso, faz-se o cálculo do incremento de rede de benefícios – IRB (*net benefits*), que verifica quanto os efeitos (benefícios) são maiores do que os custos, arbitrando-se um valor máximo (λ) que se aceita pagar por esse benefício. O IRB é calculado pela fórmula:

$$\text{IRB} = \lambda (\text{Efeito intervenção nova} - \text{Efeito intervenção padrão}) - (\text{Custos intervenção nova} - \text{Custos intervenção padrão})$$

- IRB deve ser > 0 ; supondo $\lambda = \text{R\$ } 900,00$
- $\text{IRB} = 900,00(8-5) - (7.000,00 - 5.000,00) = 700,00$

5.2.3 *Análise de custo-utilidade (ACU)*

A análise de custo utilidade baseia-se na abordagem extra-welfarista, sendo possível agregar vários aspectos de múltiplos desfechos e convertê-los em uma única medida genérica, que representa o ganho total de saúde (por exemplo, o QALY). Essa medida genérica é baseada na mensuração da utilidade, por meio de técnicas que avaliam a preferência do usuário.

5.2.3.a *A preferência como medida de benefício*

Em senso estrito, a verdadeira mensuração da utilidade avalia a preferência do usuário em um cenário de incerteza do desfecho (cura ou morte) que é o mais próximo do contexto real, porém, algumas técnicas utilizadas nos estudos de custo-utilidade mensuram o valor da preferência em um contexto de certeza (técnica do *trade-off*) ou simplesmente não mensuram a preferência, valendo-se de escalas multidimensionais. Não é o escopo deste capítulo o detalhamento de tais técnicas.

A título de exemplificação, descreveremos uma técnica bastante utilizada nos estudos econômicos, a técnica do *standard*

gamble. Essa técnica consiste em construir cenários de saúde (por exemplo, uma depressão moderada) e apresentá-los a um grupo de indivíduos (saudáveis ou não) para que eles escolham entre possíveis desfechos com probabilidades diferentes (de zero a 1) de cura e de morte. Por exemplo, se o estado atual é de depressão, pede-se que o indivíduo escolha entre permanecer nesse estado ou ser submetido a nova intervenção com 60% de probabilidade de cura e 40% probabilidade de morte. Repete-se a mesma pergunta, alterando-se as probabilidades de cura e de morte, até que o indivíduo seja incapaz de escolher entre as duas alternativas. Esse é o ponto de indiferença e a probabilidade onde este ponto ocorre é o valor da utilidade. Nesse exemplo, o indivíduo poderia ser incapaz de escolher entre 40% de cura e 60% de morte, então o valor da utilidade nesse caso seria 0,4.

Outra técnica utilizada é do *trade-off* em que o indivíduo é levado a escolher entre permanecer nesse estado ou trocá-lo por anos saudáveis de vida, mas com menor expectativa de vida. Por exemplo, viver por mais dez anos com depressão ou escolher viver oito anos de vida com saúde. Aqui também se alteram os anos de vida saudável até que o indivíduo seja incapaz de realizar a escolha (dez anos com depressão ou quatro anos com vida saudável, por exemplo). Nesse caso, o valor da utilidade seria 0,4.

A escolha de diferentes técnicas para a mensuração da utilidade implica resultados diferentes e, conseqüentemente, isso afeta a mensuração dos indicadores genéricos. Comparar estudos de custo-utilidade que utilizaram técnicas diferentes para mensurar tais indicadores pode levar a decisões equivocadas. Outros fatores que alteram a mensuração da utilidade são o tipo da amostra (pacientes, pessoas saudáveis da comunidade, painel de especialistas) e fatores culturais, e por isso o cálculo da utilidade não pode ser universal e nem transferido de um país para outro.

5.2.3.b Indicadores na tomada de decisão: QALY ou DALY?

QALY (*quality-adjusted life year*)

O QALY (traduzido para o português como “anos de vida ajustados pela qualidade” – AVAQ) é uma medida de utilidade que expressa o ganho em saúde, levando em conta a quantidade

de vida e sua qualidade (mede os anos de vida saudável), ou seja, captura a redução da morbidade e da mortalidade em uma única medida. A utilidade é expressa em valores que são convertidos em uma escala intervalar, onde o zero representa a morte e valor “1” a perfeita saúde. Então, 1 QALY representa 1 ano de perfeita saúde.

O cálculo do QALY se dá pelo número de anos de vida ganhos mediante uma intervenção e os ganhos em qualidade de vida obtidos com o tratamento.¹⁷⁻²¹ Na maioria dos estudos, utiliza-se a expectativa de vida como parâmetro de cálculo de anos de vida ganhos. A mensuração da qualidade é mais complexa e envolve diferentes técnicas e diferentes dimensões da qualidade de vida. Em resumo, pode-se dizer que o cálculo do QALY se dá pela fórmula:

$$\text{QALY} = \text{anos (expectativa de vida)} \times \text{utilidade (0 a 1)}$$

onde utilidade = valor obtido pela preferência do usuário a um estado de saúde.

Problemas e limitações no uso do QALY

O QALY facilita a alocação eficiente dos recursos (isto é, baseada em custo-efetividade) ao permitir a comparação dos benefícios entre intervenções diferentes (em doenças diferentes) por meio de um único indicador.²¹ Por outro lado, as limitações na obtenção do cálculo do QALY e seu uso indiscriminado na tomada de decisão podem levar a resultados questionáveis, a decisões equivocadas e ao prejuízo da alocação equitativa.²¹

O uso do QALY na saúde mental

Questiona-se muito a adequação do uso do QALY para a alocação de recursos na saúde mental.¹⁷⁻²¹⁻²⁴ A maioria dos tratamentos para transtornos mentais não altera a expectativa de vida, como nos tratamentos de doenças somáticas; então, o ganho em QALY tende a ser menor. Além disso, o ganho em saúde mental pode ocorrer lentamente (melhora lenta ao longo dos anos) e variar segundo a gravidade e tempo de doença, tipo de amostra e fatores socioculturais, ou seja, os ganhos no valor do QALY não são facilmente capturados. A maioria das escalas e instrumentos utilizados para medir o QALY não contempla dimensões relevan-

tes em saúde mental e algumas técnicas não são facilmente aplicáveis aos portadores de transtornos mentais (como o *standard gamble*, por exemplo). A escolha baseada apenas no menor custo por QALY impõe uma diminuição da equidade na alocação dos recursos, discriminando alguns grupos, como as pessoas idosas, por apresentarem uma menor expectativa de vida em relação aos outros grupos, e os portadores de transtornos mentais.

DALY (*Disability adjusted life year*)

O DALY (traduzido como “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade” – AVPAI) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no “Global burden of diseases and injury study” (Murray Lopes, 1996), inicialmente para mensurar a carga (*burden*) da doença, mas, posteriormente, foi incorporado para ser usado em análise econômica, para se mensurar o impacto das intervenções na redução da incapacidade. Esse indicador mede, portanto, o grau da perda de função física devida a uma doença (0 = sem incapacidade, 1 = morte) e leva em conta a morte prematura. Ou seja, mede os anos de vida perdidos em decorrência de morte prematura e os anos de vida perdidos em decorrência de incapacidade. Seu cálculo é expresso pela fórmula:

$$\text{DALY} = \text{YLD} + \text{YLL}$$

onde YLD (*years lived with disability*), AVI (anos vividos com incapacidade) e YLL (*years life lost*)

Exemplo – Se um homem ficar paraplégico aos 30 anos, supondo uma expectativa de vida = 80 anos, e o valor de utilidade para a paraplegia (calculado por um painel de especialistas) sendo 0,5 (0 a 1,0), então:

$$\text{DALY} = [(50 \text{ anos} \times 0,5) + (80 - 30 \text{ anos})] = 75$$

DALY x QALY

A primeira diferença entre esses indicadores quando se comparam intervenções é que o DALY mede a redução da incapacidade, cujo cálculo da utilidade é derivado de um consenso entre um painel de especialistas, enquanto que o QALY mede o ganho em saúde, cujo cálculo da utilidade é baseado nas preferências

dos indivíduos. O cálculo da utilidade no DALY, para cada estado de saúde, sofre ajustes de acordo com a idade (idosos e crianças recebem valores menores de incapacidade ou morte prematura) e gênero (mulheres recebem valores maiores), o que não ocorre no QALY. Ou seja, o mesmo estado de saúde, por exemplo, um quadro depressivo, pode receber valores de utilidade diferentes de acordo com o indicador utilizado. O cálculo do DALY não leva em conta o contexto, a preferência dos indivíduos, as variações entre os grupos e a expectativa de vida em cada país (usa a expectativa de vida padrão do Japão, que é a mais alta do mundo).

5.2.4 Análise de custo-consequência

A análise de custo-consequência consiste em comparar os custos e os múltiplos benefícios obtidos por cada uma das intervenções. Os benefícios são medidos por meio de múltiplas escalas (sintomas, qualidade vida, funcionamento social, autonomia etc). Porém, a escolha entre as alternativas não é óbvia e decidir qual conjunto de benefícios é mais relevante depende de uma decisão subjetiva. Por exemplo, um estudo²⁴⁻²⁵ demonstrou que a mensuração de sintomas psicóticos em um serviço de hospital psiquiátrico e em um serviço de residência terapêutica mostrou poucas variações entre eles, porém, o ganho em qualidade de vida e em autonomia foi maior no segundo serviço, a um custo menor.

5.2.5 Análise de custo minimização

A análise de custo minimização pressupõe que, frente a duas alternativas igualmente eficazes, a escolha recairá sobre a de menor custo. Por exemplo, na comparação entre dois antipsicóticos que atuem na mesma proporção na diminuição dos sintomas psicóticos e só difiram pelo custo. É uma análise bem mais restrita do que as anteriores e não captura todos os benefícios de cada intervenção.

6 Equidade x eficiência: quem será o beneficiário na alocação de recursos?

O balanço entre a equidade e a eficiência constitui um desafio na alocação de recursos. O critério econômico baseado na

análise econômica está diretamente ligado à eficiência, mas não necessariamente à equidade. A eficiência se refere a uma maximização do ganho em saúde ou no bem-estar, dependendo da perspectiva teórica, enquanto que a equidade se refere à distribuição justa dos recursos de saúde para a sociedade.

A equidade é definida diferentemente de acordo com a corrente teórica. A equidade horizontal advoga tratamento igual para necessidades iguais, ou seja, o mesmo tratamento oferecido em uma região urbana deveria ser oferecido em uma região rural, assumindo que os indivíduos têm a mesma atitude frente ao tratamento e se beneficiam da mesma forma. Ou seja, na equidade horizontal haveria uma maior equidade, porém, uma menor eficiência e uma sobrecarga econômica no orçamento da saúde.

Por outro lado, a equidade vertical advoga a distribuição maior de saúde para quem se beneficiasse mais do tratamento; nesse caso, o alvo da alocação preferencial dos recursos seria o grupo de pessoas com doença mais grave, os mais incapazes. Ou seja, a eficiência seria maior, mas a equidade menor, pois a distribuição dos recursos seria proporcional às necessidades maiores de alguns grupos.

No igualitarismo, justiça significa uma distribuição equitativa do bem-estar (*welfare*), ou seja, advoga maximizar o bem-estar (saúde) para o maior número possível de pessoas.

Na distribuição rawlsiana (baseada na teoria de Rawls), os recursos seriam distribuídos para os mais pobres e desfavorecidos, enquanto, que os grupos mais favorecidos pagariam para receber tratamento, com o intuito de diminuir a desigualdade social.

7 Alocação de recursos e prioridades em saúde mental: a escolha final

Não existe um único critério ideal na alocação de recursos e, qualquer que seja o escolhido, implicará em ganhos para alguns segmentos da sociedade e perdas para outros. Investir somente em intervenções de maior custo-efetividade significa ofertar tratamento para um grupo específico, comprometendo a equidade e vice-versa. Principalmente nos países de baixa-média renda, é

importante estabelecer um conjunto de prioridades e formular um conjunto de critérios que possam guiar a alocação dos recursos, ajustá-las ao orçamento e planejar a longo prazo (sustentabilidade).²⁴⁻²⁷

A alocação de recursos é um processo complexo e deve, portanto, levar em conta uma somatória de critérios, de modo a buscar equilíbrio entre a distribuição justa dos recursos e a eficiência dos serviços de saúde.⁹⁻²⁶⁻²⁸ Os critérios e prioridades adequados para um país ou região não são os mesmos para outros países e o modo de alocação de recursos não deve ser transferido de um país para outro. É preciso levar em conta o contexto cultural, as condições socioeconômicas do país, o perfil da população e os recursos disponíveis. Alguns critérios podem auxiliar na tomada de decisão:

a) Critério epidemiológico

Esse critério está baseado principalmente na prevalência dos transtornos mentais na população, ou seja, através desse critério é possível verificar quantas pessoas potencialmente necessitam de tratamento. Mesmo que a prevalência de um transtorno mental varie pouco em diferentes regiões de um mesmo país, é importante salientar que as necessidades de cuidados podem ser diferentes de acordo com o contexto local (por exemplo, rural e urbano). Isso implica diferentes quantidades de financiamento e diferenças na forma como o serviço será oferecido.²⁸

b) Critério de eficiência (custo-efetividade)

Para que a alocação dos recursos seja eficaz é necessário que se leve em conta alguns componentes como a eficácia, a efetividade, a eficiência e a equidade.¹⁸ A eficácia se refere ao tamanho do efeito de uma dada intervenção para o tratamento de um transtorno, sendo fundamental que se avalie a eficácia das intervenções antes de serem implementadas. Porém, é importante ressaltar que o simples fato de um tratamento ser eficaz não significa que ele deva ser adotado em larga escala. Por exemplo, vários antipsicóticos de segunda geração foram considerados eficazes em ensaios clínicos randomizados, quando comparados ao placebo e

a outro antipsicótico de primeira geração. Porém, não houve uma superioridade de eficácia entre eles quanto à melhora dos sintomas clínicos.²⁹ Isso não significa que todos os antipsicóticos que apresentarem a mesma eficácia precisam estar disponíveis para tratamento.

É necessário se avaliar quais são os benefícios que uma nova medicação traz ao tratamento atual no contexto real. A efetividade se refere ao quanto esse efeito pode ser obtido quando a intervenção é utilizada fora de condições controladas dos ensaios clínicos, ou seja, no contexto real da assistência. Fatores como a adesão ao tratamento e qualidade da relação médico-paciente podem contribuir para o fracasso de uma intervenção que seria eficaz em condições ideais. Ainda que um medicamento seja eficaz e com boa efetividade no contexto real, é necessário verificar se seus custos são compatíveis com o orçamento.

A eficiência, verificada pela análise econômica, permite avaliar se os benefícios gerados pelas intervenções “justificam” os custos (custo-efetividade), ou seja, os benefícios são maiores do que os custos. Por exemplo, os estudos de custo-efetividade, até o momento, não identificaram superioridade de um antipsicótico sobre outro.²⁷⁻²⁹ Dependendo do contexto e da escassez de um orçamento, uma droga será mais vantajosa do que outra no plano da alocação dos recursos, sem comprometer o benefício para o usuário. Alocar recursos para todas as alternativas eficazes disponíveis no mercado, sem levar em conta o custo-efetividade, pode representar um desperdício dos recursos financeiros ou comprometer a cobertura do tratamento.³⁰

c) Critério de equidade e ética social

Se a escolha for baseada estritamente em custo-efetividade (na intervenção que provocar maior ganho em saúde ou bem-estar), significa que as outras intervenções que beneficiaram outros grupos, ainda que com menor ganho, seriam descartadas.³¹ Ou seja, a maximização exclusiva dos ganhos em saúde implica em favorecer uma parte da sociedade apenas, intensificando as desigualdades em saúde e sociais. Se a escolha privilegiar a equidade, ou seja, distribuir os recursos de forma que todos tenham

algum benefício, acarreta uma perda de eficiência, ou seja, um mesmo tratamento será ofertado a todos, porém, alguns grupos, como os indivíduos com maior gravidade de sintomas, e que necessitariam tratamentos mais específicos e custosos, não seriam contemplados.

*d) Critério de burden: intersectorialidade,
custo de oportunidade, sacrifício financeiro*

As necessidades de um indivíduo podem se relacionar às de outros setores não relacionados diretamente à saúde, mas que interferem em seu desfecho.²⁸ Por exemplo, no processo de desospitalização dos indivíduos de longa permanência em um hospital psiquiátrico, muitos pacientes internados não tinham registro de identidade, o que os impedia de receber um benefício para seus custos pessoais. Os custos com os serviços que expedem tais documentos não são diretamente ligados à área da saúde, mas representam um custo adicional para o Estado e devem estar previstos no orçamento de algum setor, quando uma intervenção, no caso em saúde mental, é planejada. Além disso, há o custo de oportunidade que pode recair sobre a família ou indivíduo, ocasionando sacrifícios financeiros e impacto na renda.

Conclusões e comentários gerais

A alocação de recursos deve ser guiada de forma a prover um acesso equitativo ao tratamento e, ao mesmo tempo, garantir a eficiência do mesmo (custo-efetividade), levando em conta as necessidades da população alvo, o contexto socioeconômico e cultural, e o orçamento disponível em longo prazo.

Referências

1. Murray, C. J. L.; Lopez, A. D. "The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020". Boston: *Harvard Sch of Public Health*; 1996.
2. World Health Organization. "The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope". Geneva; 2001.
3. Hollis, C. "Adult outcomes of child – and adolescent – onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity". *Am J Psychiatry* 2000; 157(10):1652-9.
4. Pratap, S. "Prevention of Substance Abuse among Adolescents in Low- and Middle-Income countries. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health* 2006;2(4):96-9.
5. Patel, V.; Rahman, A.; Jacob, K.S.; Hughes, M. "Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia". *BMJ* 2004 Apr 3;328(7443):820-3.
6. Cavallo, M.C.; Fattore, G. "The economic and social burden of Alzheimer disease on families in the Lombardy region of Italy". *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997 Dec;11(4):184-90.
7. Barroso, S.M.; Bandeira, M.; Nascimento, E. "Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiquiatr Clín* 2007;34(6):270-7.
8. Global Alcohol Policy Alliance. GAPA "Bangkok consultation: Alcoholism in Asia". The Globe 2001 4. 2001. London, Global Alcohol Policy Alliance. 2-8-2011.
9. McDaid, D.; Knapp, M.; Curran, C. Meeting the challenge of funding and allocating resources to mental health across Europe: developing the Mental Health Economics European Network". *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006 Apr;15(2):117-22.
10. World Health Organization. "Health systems financing: the path to universal coverage". World Health Organization; 2010.
11. Kohn, R.; Saxena, S.; Levav, I.; Saraceno, B. "The treatment gap in mental health care". *Bull World Health Organ* 2004 Nov;82(11):858-66.
12. United Nations Development Programme. "Human Development Report 2010: The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development". New York: United Nations Development Programme; 2010.
13. Brasil, Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *O financiamento da Saúde*. Brasília: 2011.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. "Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006". Brasília; 2007.
15. Chisholm, D.; Flisher, A. J.; Lund, C.; Patel, V.; Saxena, S.; Thornicroft, G. et al. "Scale up services for mental disorders: a call for action". *The Lancet* 2007 Oct 6;370(9594):1241-52.
16. Knapp, M. "Economic evaluation and mental health: sparse past, fertile future? *J Ment Health Policy Econ* 1999 Dec 1;2(4):163-7.

17. Drummond, M. F.; Sculpher, M. J.; Torrance, G. W.; O'Brien, B. J.; Stoddart, G. L. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2007.
18. Knapp, M. *The economic evaluation of mental health care*. Ashgate Publishing Limited; 1995.
19. Sancho, L. G. "Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde". *Cad Saúde Pública* 2008;24(12): 2735-46.
20. Hauck, K.; Smith, P. C.; Goddard, M. "The economics of priority setting for health care: A literature review". 2004. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 22-7-2011.
21. Petrou, S.; Renton, A. "The QALY: a guide for the public health physician". *Public Health* 1993;107(5): 327-36.
22. Drummond, M.; Brixner, D.; Gold, M.; Kind, P.; McGuire, A. Nord, E. "Toward a consensus on the QALY". *Value Health* 2009;12 Suppl 1:S31-S35.
23. Chisholm, D.; Healey, A.; Knapp, M. "QALYs and mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32(2): 68-75.
24. Knapp, M.; Mangalore, R. "The trouble with QALYs..." *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007;16(4): 289-93.
25. Knapp, M.; Beecham, J.; McDaid, D.; Matosevic, T.; Smith, M. "The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience". *Health Soc Care Community* 2011;19(2): 113-25.
26. Baltussen, R.; Niessen, L. "Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis". *Cost Eff Resour Alloc* 2006;4:14.
27. Rosenheck, R. A. "Principles for priority setting in mental health services and their implications for the least well off". *Psychiatr Serv* 1999;50(5): 653-8.
28. Knapp, M.; McDaid, D. "Financing and funding mental health services". In: Knapp, M.; McDaid, D.; Mossialos, E.; Thornicroft, G. (eds.). *Mental health policy and practice resources across Europe*. New York: McGraw Hill; 2007. pp. 60-99.
29. Knapp, M.; Razzouk, D. "Economic evaluation and schizophrenia". In: Kasper, S.; Papadimitriou, G. N. (eds.). *Schizophrenia: Biopsychosocial approaches and current challenges*. 2nd ed. London: Informa Healthcare; 2009. pp. 347-61.
30. Fuchs, V. *Who shall live? Health, economics and social choice*. 2nd ed. World Scientific; 2011.
31. Powers, M.; Faden, R. *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*. New York: Oxford University Press; 2006.)

Saúde para todos

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em conferência na cidade de Alma-Ata, a campanha “Saúde para todos no ano 2000”, visando melhorar o sistema de saúde por meio de estratégias organizacionais – a atenção primária como organizadora das ações de saúde em territórios delimitados – e pelo princípio de que saúde e desenvolvimento social são interdependentes: os investimentos da sociedade em saúde extrapolam as ações dos profissionais de saúde, passando por saneamento básico, meio ambiente, acesso ao trabalho, enfim, condições de vida de modo geral (WHO, 1978). A conferência destaca também ideias que vinham se consolidando pela experiência de alguns países, como o Canadá (Lalonde, 1974): a importância das ações de prevenção e promoção de saúde, que passam a ser recomendações centrais para a elaboração das políticas públicas de saúde. Neste capítulo revisaremos princípios e evidências para a elaboração de políticas de promoção e prevenção em saúde em geral, com destaque para a saúde mental.

Determinantes sociais da saúde

Marmot (2011) argumenta que devemos estudar “as causas das causas” das doenças. Por exemplo, o álcool é um fator de risco

para diversos problemas de saúde, mas o uso e abuso de álcool não são acidentais na população, e sim influenciados por fatores psicossociais, culturais, padrões de oferta, idade de início do uso, estímulo ou não ao uso etc.

O modelo de Dalgreen e Whitehead (2006), de interação dos determinantes sociais da saúde, foi criado para guiar ações de prevenção e promoção de saúde, dando conta da grande complexidade causal do estado de saúde e doença, e é apresentado pelos autores com a imagem de faixas ou camadas de um arco-íris (poderíamos também imaginar círculos concêntricos de tamanhos crescentes) para ressaltar a interação em que um nível influencia os demais: no centro estão os indivíduos, com suas características pessoais que influenciam seus estados de saúde: gênero, idade, constituição física e de personalidade. Ao redor, colocamos os fatores de comportamento individual protetores ou de risco para a saúde (por exemplo, a prática regular de exercício físico ou o tabagismo), que podemos chamar de “estilo de vida” dos indivíduos. Num próximo nível estão as interações sociais de cada um, que formam a rede social de cada indivíduo e da comunidade à qual pertence. Acima, as condições de vida dessa comunidade: condições de trabalho (ou desemprego), moradia, acesso e qualidade da educação, saneamento básico, alimentação, serviços de saúde, segurança etc. Finalmente, a última camada se refere às condições socioeconômicas, culturais e ambientais (como o clima e a poluição, por exemplo). O modelo não é estático e mesmo as características constitucionais do indivíduo devem ser vistas de modo dinâmico: a saúde de um recém-nascido é determinada tanto por fatores genéticos como pelas condições de sua gestação e parto, e a partir daí, a cada momento em sua vida, teremos uma resultante de inúmeras interações.

Como dissemos, nesse modelo cada “camada” influencia as demais, em movimentos de baixo para cima (o indivíduo e sua comunidade mudando sua realidade), e de cima para baixo (as condições sociais determinando a saúde dos indivíduos). Como veremos adiante, podemos pensar justamente em ações de promoção/prevenção seguindo nas duas direções: mudanças partindo de cima (por exemplo, legislação protetora para este ou aquele

fator agressor, ou um programa de melhoria das condições de moradia) e ações partindo dos indivíduos ou comunidades (visando o empoderamento¹ ou mudanças de estilo de vida, por exemplo).

Promoção, prevenção e tratamento estão dentro de um contínuo

Uma divisão entre promoção de saúde e prevenção de doenças atende mais a questão conceitual do que a uma rígida divisão no planejamento e execução de programas. Dividimos as estratégias e ações como sendo “de promoção” ou “de prevenção”, de acordo com seu foco principal, mas podemos dizer que a maior parte das ações preventivas tem o potencial de gerar mais saúde mental e que a promoção de saúde mental também pode prevenir doenças.

Essa primeira observação nos ajuda a compreender uma das estratégias primordiais na política de saúde: toda a rede de cuidado em saúde – da UTI à UBS e ao PSF; do primeiro acolhimento na(s) porta(s) de entrada do sistema aos cuidados paliativos em saúde – deve estar comprometida com promoção e prevenção em saúde. Em outras palavras, promoção ou prevenção não pertencem a este ou aquele nível de atenção, programa ou profissional.

O conceito de saúde mental

A definição da OMS, de 1946, “saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 2006), chama atenção para a dimensão social e psicológica da saúde, como também indica que proporcionar saúde é melhorar as condições de vida (rumo ao bem-estar), mais que apenas resolver os problemas trazidos pelas doenças.

1 Os termos “empoderamento” e “protagonismo” têm sido empregados na tradução de *empowerment* e podem ser entendidos como a capacidade pessoal, ou de um grupo, de lutar por uma agenda política e econômica livre de excessivas intervenções governamentais ou, também, como uma espécie de liberação psicológica de membros de grupos excluídos das tomadas de decisão para lutar por seus direitos, sem paternalismos (Corrigan & Garman, 1997).

Vários autores criticam a visão utópica do “completo bem-estar”, como sendo inalcançável, preferindo definições mais úteis à promoção da saúde como, por exemplo, abordá-la como “um reservatório de recursos pessoais que podem ser utilizados quando necessário” (Naidoo e Wills, 2009).

Já a definição, também da OMS (WHO, 2001), de saúde mental possui elementos mais tangíveis: “...**um estado de bem-estar no qual o indivíduo se dá conta de suas próprias atitudes, enfrenta as pressões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutiferamente, e é capaz de fazer uma contribuição à sua comunidade**”, devendo-se ressaltar que para cada contexto cultural são dados diferentes padrões de “pressões normais da vida”, “trabalho frutífero” e “capacidade de contribuição à comunidade”.

Para reforçar a ideia de saúde como algo além da ausência de doença, a OMS utiliza a expressão *saúde mental positiva*.²

Promoção da saúde mental : estratégias para a ação

Existem várias concepções de como promover a saúde dos indivíduos e populações. Caplan e Holland (1990) chamam atenção para os diferentes paradigmas existentes, entendendo promoção de saúde desde uma perspectiva médica “tradicional” (promoção como detecção de riscos e prescrição de estilos de vida saudável, perspectiva muito próxima do conceito de prevenção, pois aqui saúde é vista principalmente como ausência de doença), até uma perspectiva radicalmente política (que entende saúde como combate às iniquidades sociais, portanto advinda de mudanças profundas da sociedade). Beattie (1991), organiza as diferentes abordagens de promoção de saúde em dois eixos: intervenções baseadas na autoridade (evidências) médica e baseadas na negociação (expectativas da população); e foco no indivíduo ou no coletivo (Figura 1).

² O termo “qualidade de vida” é por vezes utilizado como sinônimo de saúde positiva, porém sua definição diz respeito não a um estado de bem-estar, mas “à percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995).

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) propõe os seguintes princípios estratégicos para a promoção da saúde: a) construir políticas públicas saudáveis (em todos os setores); b) reorientar os serviços de saúde; c) fortalecer a ação comunitária; d) criar ambientes mais acolhedores; e) desenvolver habilidades pessoais.

Podemos dizer que essas estratégias visam integrar ações no macro (ou “de cima para baixo”) no nível da sociedade; e ações meso ou micro (“de baixo para cima”), no nível da comunidade local e dos indivíduos.

**Figura 1 – Abordagens na promoção da saúde
– Modelo de Beattie**



Adaptado de Beattie, 1991.

Ações na sociedade

Políticas coordenadas nos mais diversos setores, governamentais ou não, e em especial dentro do sistema de saúde, devem ter como meta uma sociedade favorecedora do desenvolvimento humano, a proteção dos direitos humanos, as políticas públicas integradoras e de apoio dirigidas ao bem-estar das famílias. Para

planejar intervenções na sociedade como um todo e nas comunidades locais, dois conceitos que merecem atenção são os de *capital social* e *redes sociais*.

Enquanto *rede social* se refere a uma perspectiva mais individual da quantidade e qualidade das conexões sociais de cada pessoa ou de um grupo específico de pessoas, o *capital social* se refere “aos aspectos da organização social, tais como redes sociais, normas e confiança social, que facilitam a coordenação e a cooperação para o benefício mútuo” (Putnam, 1995). Por vezes o capital social é entendido como um conceito muito próximo ao de rede social. Em outras abordagens (chamadas de “ecológicas”), o capital social pretende dar conta da estrutura social em termos complexos, estudando assim a propensão de uma sociedade de ter maior ou menor inclusão e proteção social, para além das características individuais de seus membros (Kawachi et al., 2012).

Com forte relação com o estado de saúde geral e mortalidade da população (Kawachi, 1997), existem poucos estudos relacionando capital social e condições de saúde mental de uma população (por exemplo, Hamano, 2010), inclusive pela dificuldade metodológica de se chegar a uma medida abrangente do capital social. A abordagem do exemplo citado acima utilizou entrevistas mensurando dois aspectos do capital social: a percepção da confiança interpessoal e a participação em grupos sociais (culturais, esportivos, de voluntariado etc.).

No geral, programas de promoção de saúde que utilizam o referencial de aumento do capital social partem de estratégias como a melhoria da rede social de apoio (criação de serviços, sinergia entre os recursos existentes), aumento da participação (e empoderamento) da comunidade, regeneração de áreas degradadas, entre outras (uma revisão de programas pode ser encontrada em Rychetnik e Tood, 2004).

O sentimento de pertinência e participação na comunidade e a qualidade do apoio social recebido são dois determinantes fundamentais na saúde do indivíduo. Nos programas focados na comunidade, desenvolvem-se ações como o resgate das raízes culturais, a sensibilização da opinião pública (estí-

mulo à solidariedade etc.) e o estímulo a instituições acessíveis e humanizadas.

Quadro 1 – Exemplos de ações com a comunidade no Brasil

- Terapia comunitária
<http://www.abratecom.org.br/>
- Escola solidária (“voluntariado educativo”)
<http://www.facaparte.org.br/voluntariado-educativo/>
- Amigos da escola
<http://amigosdaescola.globo.com/>
- Cultura da paz
<http://convivenciaepaz.org.br/cultura-de-paz/>

Grupos da população e ambientes específicos

As ações de promoção e prevenção em saúde mental podem ser dirigidas a grupos da população (crianças, idosos, população indígena etc.) ou determinados ambientes, como locais de trabalho, prisões, escolas etc., tanto por se identificarem características (necessidades ou riscos) específicas, como por questões estratégicas (por exemplo, a escola é o local em que ações voltadas para a infância terão, no geral, maior eficiência).

Podemos desenvolver as mais diferentes abordagens em programas de promoção da saúde, visando inclusive resultados muito distintos. No **ambiente de trabalho**, por exemplo, fortemente relacionado às condições de saúde (Härmä, 2006), podemos ter intervenções objetivando manejar o estresse profissional (aconselhamento, paradas para exercícios físicos ou relaxamento durante o expediente etc.); intervenções sobre a tarefa e o ambiente físico de trabalho (melhor planejamento, mudanças ergonômicas, redução do ruído); melhoria na definição dos papéis e melhor interação interpessoal (melhor comunicação, solução de conflitos); melhoria das condições de trabalho num sentido mais amplo (melhor remuneração, participação efetiva nas decisões sobre o processo de trabalho). Todas essas intervenções, que caminham

num sentido crescente de participação do trabalhador e de mudanças mais profundas sobre a instituição, podem convergir, mas também podemos ter projetos focados em apenas um desses aspectos, e até mesmo negando os demais.

Um das estratégias de intervenção com grupos ou ambientes específicos que se mostra efetiva é o *desenvolvimento de habilidades*, que pode ocorrer em duas linhas de trabalho: a educação em saúde (e estímulo a atitudes saudáveis) e o desenvolvimento de habilidades para a vida (por vezes nomeado “educação para a vida”).

Apesar de estudos indicarem que apenas campanhas informativas têm pouca efetividade na mudança de atitude, como, por exemplo, a “contrapropaganda” de alerta aos malefícios do tabaco (Kenkel e Chen, 2000), o acesso à informação pode ser um componente importante de programas de promoção e prevenção em saúde mental. Como em todo processo educativo, a informação deve vir acompanhada de uma experiência significativa para que os indivíduos repensem conceitos e mudem de atitude. Programas de combate ao estigma da doença mental (Capítulo 18) funcionam melhor quando possibilitam experiências afetivas de aproximação ao portador de doença mental, que contradigam o preconceito de periculosidade (Penn, 1994).

Já no desenvolvimento de habilidades para a vida buscamos, entre outros focos, a promoção da saúde mental mediante papéis sociais menos rígidos e mais enriquecedores; a participação e tolerância social; o aumento da autoestima, do protagonismo e da capacidade de manejo (*coping*) de situações estressantes. Várias destas ações ocorrem no ambiente escolar, como o programa americano PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies, Greenberg et al., 1998) para crianças de 6 a 11 anos, visando desenvolver a resolução de conflitos, enriquecimento das relações sociais e autocontrole; ou o programa “Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being”, da OMS (WHO, 2003).

Prevenção

Os transtornos mentais se caracterizam por uma multicausalidade complexa e de longo prazo. Como vimos no esquema de

Quadro 2 – Evidências de benefícios a longo prazo de programas de promoção de saúde mental (OMS, 2004a)

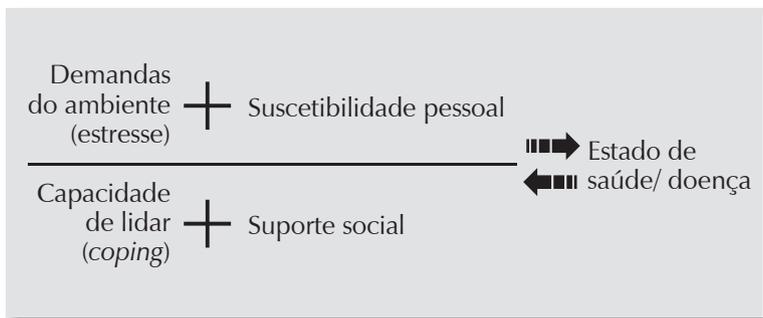
- Melhor saúde física
- Melhor produtividade no trabalho, em casa e na escola
- Menor violência e criminalidade
- Redução das desigualdades na saúde
- Melhor qualidade de vida
- Melhor expectativa de vida
- Menor ansiedade e depressão
- Menor abuso de substâncias

Dalgreen e Whitehead, podemos classificar os mais diferentes fatores ou condições que influenciam o estado de saúde e doença de um indivíduo, partindo das suas características mais pessoais (como seu genoma), até aquelas mais globais (como a macroeconomia ou o clima).

Uma maneira de visualizarmos essas interações constantes está representada na Figura 2: a cada momento vivemos uma conjunção de demandas estressantes, nas quais podemos ter o estresse como algo cronicamente presente, ou surgindo mais agudamente, como a perda de alguém próximo ou uma promoção no emprego. (Para uma revisão das teorias sobre o estresse na determinação das doenças não transmissíveis, ver Almeida-Filho, 2004.) Essas situações ou demandas estão sempre interagindo com os recursos pessoais do indivíduo, sua constituição biológica, doenças existentes, personalidade, resiliência, expectativas na vida, valores etc. Ao mesmo tempo, as estratégias para lidar com uma dada situação de vida (nomeadas de *coping*) não são ilimitadas, mas sim determinadas pela cultura a que pertencemos, pelos limites impostos pela sociedade, por nosso poder contratual, o chamado estilo de vida (Almeida-Filho, 2004), entre outros. Além disso, a rede social a que estamos ligados, dos laços mais íntimos às instituições sociais ao nosso redor, pode exercer efeito protetor ou agressor para momento ou demanda da vida (Broadhead et al., 1983).

Da interação entre demandas, possibilidades de lidar com estas e características pessoais, temos um estado de saúde que, a partir de dado momento, pode manifestar uma doença. Lembrando que estamos falando de uma interação contínua, a eclosão de um surto psicótico – gerando novas demandas (como perda do emprego), exacerbando características negativas de personalidade, exigindo estratégias que o indivíduo e sua comunidade não dispõem, e provocando conflitos em sua rede social – que é um exemplo de como podemos cair num círculo vicioso em que a situação mais e mais se agrava. Todos os esforços de prevenção (e também de tratamento) irão se dar sobre os elementos dessa equação: tentaremos reduzir o estresse das demandas, agir sobre a fragilidade/resiliência individual, oferecer estratégias mais saudáveis para se lidar com determinadas demandas e melhorar a rede de proteção social dos indivíduos.

Figura 2 – Fatores envolvidos no estado saúde/doença



Fatores de risco e protetores para a saúde mental

Uma série de estudos, revisados por Saxena et al. (2006), indicam a influência direta de fatores biológicos, psicológicos e sociais no aumento ou redução do risco de desenvolver doenças mentais (Quadro 3). Novamente lembramos aqui que essa distinção do bio-psíquico-social não diz respeito a fronteiras rígidas, e sim a escolhas estratégicas de que fatores iremos priorizar num determinado programa ou plano de prevenção, tanto para identi-

Quadro 3 – Fatores de risco relacionados à doença mental

Fatores sociais (que necessitam de intervenções sobre a comunidade ou sociedade como um todo)

Pobreza

Dificuldades no acesso a moradia, educação, transporte (desvantagem social no geral)

Desemprego

Populações refugiadas (guerra, catástrofes naturais etc.)

Discriminação e injustiça racial

Convivência com a violência e a criminalidade

Más condições de trabalho

Acesso ao álcool e a outras drogas

Desorganização da comunidade, degradação do capital social

Má nutrição

Fatores biológicos e psicológicos (que necessitam de intervenções voltadas ao indivíduo e às famílias)

Complicações perinatais e baixo peso ao nascer

Conflito e desorganização familiar

Dificuldade escolar e baixa escolaridade

Déficit de atenção ou dificuldade de leitura

Abuso ou negligência na infância

Pais com doença mental ou abuso de substâncias

Eventos de vida estressantes (luto, separação, novas demandas etc.)

Imaturidade e descontrole emocional

Exposição a violência, agressão ou trauma emocional

Solidão, isolamento

Dor e insônia crônicas

Doenças físicas graves

Cuidar de pessoas cronicamente doentes ou demenciadas

Desempenho social ou profissional ruim

Focos das intervenções preventivas

Adaptado de Saxena et al., 2006, e WHO, 2004b.

ficar grupos em maior risco, como para desenhar as intervenções a serem desenvolvidas.

Além dos fatores de risco e protetores, devemos atentar para os fatores de saúde mental positiva que, ao promover saúde mental, também exercem uma proteção contra o desenvolvimento de doenças físicas e mentais. Para o desenvolvimento de programas abrangentes de prevenção em saúde mental tem sido ressaltada a importância de não se focar apenas nos fatores de risco, mas também nos fatores protetores e promovedores de saúde mental (WHO, 2005).

O grande desafio é intervir em todos os fatores de risco e proteção identificados. Mesmo a herança genética, antes vista como fator que não podíamos modificar, mas apenas remediar, hoje se abre a uma grande fronteira de pesquisa, com a descoberta da chamada regulação epigenética presente no desenvolvimento das doenças mentais (Tsankova et al., 2007), que possibilita modelos de entendimento de como o ambiente pode aumentar ou diminuir mecanismos complexos e persistentes de expressão dos genes.

Focos das intervenções preventivas

Na década de 1950, a Comissão para Doenças Crônicas norte-americana propôs a divisão entre ações que evitassem o surgimento da doença (chamadas de *prevenção primária*), e ações que, uma vez surgida a doença, evitassem o quanto antes que ela evoluísse mal, causando sequelas (*prevenção secundária*). Logo se acrescentaria a *prevenção terciária*, que dizia respeito aos esforços para que, caso as sequelas ocorressem, não houvesse incapacitação. A grande mensagem que se pretendia com essa classificação é de que estamos sempre praticando prevenção e como é crucial no campo assistencial a rapidez ao identificar e tratar os casos novos de doença.³

3 Um quarto nível tem sido acrescentado, a *prevenção quaternária*, que se refere a prevenir a iatrogenia, pelo excesso de diagnósticos, exames, medicações, muitas vezes com o argumento de serem ações preventivas (Lobo & Rojo, 2011).

Nos anos 80, Gordon (1983) propôs uma nova divisão operacional das ações preventivas, com a crítica de que a anterior (prevenção 1.^a, 2.^a e 3.^a) se baseava numa visão mecanicista da história natural da doença, que tinha como grande inspiração as doenças transmissíveis. Nas doenças crônicas não-transmissíveis, como o diabetes, o câncer ou várias doenças mentais, esse modelo é pouco útil porque, para indivíduos dos chamados grupos de alto risco para determinada doença, não devemos esperar que adoça para iniciar um programa de proteção mais intensivo (por exemplo, um indivíduo com alto risco genético para infarto do miocárdio deveria iniciar um programa preventivo desde a infância, com estímulo a atividade física, monitoramento do peso e dos níveis de colesterol etc.).

Por outro lado, vemos que se o programa preventivo dirigido a toda população for muito complexo ou exigente, além de muito oneroso, terá provavelmente pouca adesão, pois as mudanças de vida solicitadas só serão encampadas se o indivíduo vivenciar que está correndo um risco considerável de adoecer. (Sobre modelos de motivação para atitudes saudáveis, ver Naidoo e Will, 2009, Capítulo 9.) Gordon propõe uma divisão baseada na avaliação de risco de uma pessoa ou grupo: existem cuidados que serão oferecidos a todos, para reduzir a chance de adoecer no geral, mas existem cuidados que serão oferecidos fundamentalmente àqueles com risco aumentado de adoecer.

Desse modo, a prevenção pode ser:

- **prevenção universal:** dirigida ao público em geral ou a todo um grande grupo da população;
- **prevenção seletiva:** dirigida a indivíduos ou subgrupos da população que possuem um risco mais elevado do que a média;
- **prevenção indicada:** pessoas de alto risco que são identificadas como tendo sinais ou sintomas pré-mórbidos ou com grande predisposição para uma doença mental.

Além de focar grupos de risco diferentes, as intervenções podem ser genéricas (prevenindo doença mental em geral) ou específicas (focando uma determinada doença).

Como exemplo de intervenções específicas, focadas em diferentes grupos da população, utilizaremos dois transtornos mentais: a depressão e a esquizofrenia (exemplos em detalhes para a prevenção do suicídio estão no Capítulo 16).

Depressão

Exemplos de prevenção **universal**:

- Ações sobre os fatores socioeconômicos
- Sugerir novas maneiras de lidar com situações potencialmente estressantes (desenvolvimento de competências)
- Melhorar sistema de suporte familiar e social

Exemplos de prevenção **seletiva**:

- Intervenções para pais de crianças com problemas de comportamento (ter um filho com problemas aumenta o risco de depressão nos pais)
- Programas para eventos de vida estressantes (p. ex., crianças passando pela separação dos pais)
- Intervenções em ambientes profissionais altamente estressantes (policiais, técnicos da saúde, bombeiros)
- Doenças físicas incapacitantes e de evolução crônica: informação, psicoeducação, grupos de ajuda mútua

Exemplos de prevenção **indicada**:

- Crianças vítimas de abuso e negligência
- Filhos de pais com depressão
- Intervenções para pessoas com sintomas depressivos, sem a doença

Esquizofrenia

Exemplo de prevenção **universal**:

- Víroses na gravidez e condições de parto

Exemplo de prevenção **seletiva**:

- Campanha contra o uso de maconha pelos adolescentes

Exemplos de prevenção **indicada**:

- Acompanhamento para filhos de pessoas com esquizofrenia; pessoas com sintomatologia pré-mórbida.

Evidências para as intervenções de prevenção e promoção efetivas

Ao elaborarmos programas para promoção e prevenção em saúde mental, devemos buscar uma coerência com os valores, princípios e estratégias da política de saúde mental como um todo (Capítulo 5). Igualmente importante é a justificação de nossos investimentos, provando que os programas são efetivos e eficientes para o que se propõe.

A busca por evidências de efetividade no campo da promoção e prevenção de saúde mental enfrenta grandes desafios, como discutido por Sturm (1999): as demandas da saúde pública são sempre urgentes, havendo pouca oportunidade para planejamentos elaborados; os ambientes foco das intervenções mudam rapidamente, havendo risco das informações pesquisadas se tornarem obsoletas; muitas vezes os experimentos se fazem através de estudos pilotos muito distantes da realidade das comunidades e dos serviços públicos; metodologicamente, é muito difícil medir os efeitos das intervenções, seja pelo tempo requerido (por exemplo, uma intervenção na pré-escola pode interferir no surgimento de doença duas ou três décadas depois), seja pela multiplicidade de fatores internos e externos à intervenção que estão agindo, o que exige grandes amostras e controle de grande número de variáveis; e, finalmente, esses estudos não são prioridade e enfrentam restrições ao seu financiamento.

Apesar das dificuldades, temos na última década um volume crescente de iniciativas para estabelecer princípios científicos para os programas de prevenção e promoção em saúde mental, bem como de estudos da efetividade dos programas adotados (Saxena, 2006; Jané-Llopis et al., 2005; WHO, 2004a; WHO 2004b).

Cabe a nós, gestores e técnicos de saúde, traduzirmos esse conhecimento acumulado para a realidade de nosso País.

Referências

- Almeida-Filho, N. (2004). 'Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis'. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4): 865-884.
- Beattie, A. 1991. "Knowledge and control in health promotion: a test

- case for social policy and social theory". Gabe, J.; Calnan, M.; Bury, M. (eds.). *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- Broadhead, W. E. et al. 1983. "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health". *American Journal of Epidemiology* 117(5):521-537.
- Caplan, R.; Holland, R. 1990. "Rethinking health education theory". *Health Education Journal*. 49: 10-12.
- Corrigan, P. W.; Garman, A. N. "Considerations for Reserch on Consumer Empowerment and Psychosocial Interventions". *Psychiatric Services*. 1997: 48 (3): 347-352.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (2006). "European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 2)". WHO Regional Office for Europe.
- Gordon, R. 1983. An operational classification of disease prevention. *Public Health Report* 98:107-9.
- Greenberg, M. T.; Kusché, C.; Mihalic, S. F. (1998). "Blueprints for violence prevention"; Book ten: "Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)". Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence. Fact sheet disponível em [<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms/PATHS.html>] [citado 2012 março 15].
- Hamano, T.; Fujisawa, Y.; Ishida, Y. et al. (2010). "Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis". *PLoS ONE* 5(10): e13214. doi:10.1371/journal.pone.0013214.
- Härmä, M.; Kompier, M. A. J.; Vahtera, J. (2006). "Work-related stress and health – risks, mechanisms and countermeasures". *Scand J Work Environ Health*. 32(6):413-419.
- Jané-Llopis, E.; Barry, M.; Hosman, C.; Patel, V. 2005. "Mental health promotion works: a review". *Promotion & Education*. 12: 9.
- Kawachi, I.; Kennedy, B. P. et al (1997). "Social Capital, Income Inequality, and Mortality". *American Journal of Public Health*. 87(9): 1491-1498.
- Kenkel, D.; Chen, L. (2000). "Consumer information and tobacco use". In: Jha, P.; Chaloupka, F. (eds.) *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford Medical Publications: 177-214.
- Lalonde, M. 1974. "A New Perspective for Health of Canadians. Ministry of Supply and Services". Canada. Disponível em [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>] [citado 2012 março 15].
- Lobo, A. O.; Rojo, V.I. (2011). "Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental". *Revista Española de Salud Pública*. 85: 513-523.
- Marmot, M.; Wilkinson, R. G. (2011). *Social Determinants of Health* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012). "Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies". *Journal of Epidemiology*. doi:10.2188/jea.JE20110128.
- Naidoo, J.; Wills, J. 2009. *Foundations for Health Promotion* (3rd ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Penn, D. L.; Kim, G. et al. (1994). "Dispelling the Stigma of Schizophrenia: What Sort of Information Is Best?" *Schizophrenia Bulletin*. 20

- (3): 567-578.
- Putnam, R. D. (1995). *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*. Disponível em [http://www.saddleback.edu/faculty/agordon/documents/Bowling_Alone.pdf] [citado 2012 março 15].
- Rychetnik, L.; Todd, A. (2004). *VicHealth Mental Health Promotion Evidence Review: A Literature review focusing on the VicHealth 1999-2002*. Mental Health Promotion Framework. Sydney. Victorian Health Promotion Foundation.
- Saxena, S.; Jané-Llopis, E.; Hosman, C. (2006). "Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice". *World Psychiatry* 5(1): 5-14.
- Sturm, R. (1999). "What type of information is needed to inform mental health policy". *Journal of Mental Health. Policy and Economics*, 2:141-144.
- Tsankova, N.; Renthall, W.; Kumar, A.; Nestler, E.J. (2007). "Epigenetic regulation in psychiatric disorders". *Nature Reviews Neuroscience* 8, 355-367.
- World Health Organization (1978). "Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept.1978: WHO, Health-for-All Series nº 1". Disponível em [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Primary_and_Community_Health_Care_HFA_S1.pdf] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization (1986). "Carta de Ottawa". Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Disponível em [<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization (2001). "Strengthening mental health promotion". Geneva, World Health Organization (Fact sheet no. 220). Disponível em [<https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html>] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization (2003). "Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being". Information Series on School Health Document 10. Disponível em [<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=85&codcch=3821>] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization. (2004a). "Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice". Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization. (2004b). "Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options". Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf] [citado 2012 março 15].
- World Health Organization. (2006). "Constitution of the World Health Organization". Disponível em [http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf] [citado 2012 março 15].

CAPÍTULO 16 | Avaliação e manejo do risco suicida

Neury José Botega

O impacto dos números

Total de óbitos

Em 2008 houve 9.300 suicídios oficialmente registrados no País, o que representa, em média, 25 mortes por dia (Brasil, 2008a). O Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados do ano 2000 compilados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003).

Mortalidade proporcional

Do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios, segundo dados da Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, para o triênio 2005-2007. Em pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção sobe para 3% do total de mortes (Brasil, 2008b).

Coefficiente de mortalidade

O coeficiente de mortalidade por suicídio fornece o número de suicídios para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano. No Brasil, o coeficiente médio para o triênio 2005-2007 foi de 5,1 (8,3 em homens; 2,1 em mulheres). É importante lembrar que um coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais: na Região Sul tal coeficiente foi de 9,9 e na Centro-Oeste, de 7,4 (Lovisi et al., 2009).

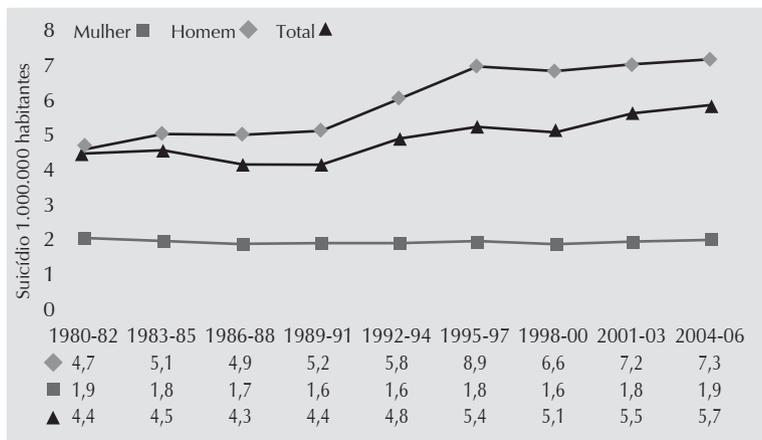
Em certas cidades, bem como em alguns grupos populacionais (como, por exemplo, o de jovens em grandes cidades, o de indígenas do Centro-Oeste e do Norte, e entre lavrado-

res do interior do Rio Grande do Sul), os coeficientes aproximam-se dos de países do Leste Europeu e da Escandinávia (Brasil, 2008b).

Crescimento do coeficiente

Os coeficientes de mortalidade por suicídio permaneceram estáveis entre 1980 e 1994, com média de 4,5 mortes por 100 mil habitantes. No triênio 1995-1997 essas taxas aumentaram para um nível médio de 5,4, permanecendo estáveis até 2006 (Figura 1). Isso representa um acréscimo de 29,5% no coeficiente de mortalidade por suicídio entre 1980 e 2006. Os coeficientes de mortalidade por suicídio têm aumentado em nosso País, notadamente no sexo masculino, entre 20 e 59 anos (Figura 1).

Figura 1 – Coeficientes de mortalidade por suicídio, por sexo e por triênio



Fonte: Lovisi et al., 2009.

Se considerarmos, por exemplo, dentre os municípios com população igual ou maior do que 50 mil habitantes, os que apresentam as maiores taxas de suicídio, metade é de municípios gaúchos. Aparecem, também, municípios do Ceará, estado que na Região Nordeste tem os maiores índices de suicídio (Tabela 1).

Tabela 1 – 20 maiores coeficientes de suicídio em cidades com pelo menos 50 mil habitantes (média do triênio 2005 – 2007)

Cidade	Estado	População em 2006	Coeficiente de suicídio
Venâncio Aires	RS	67.373	26,2
Lajeado	RS	67.556	19,4
Caicó	RN	61.705	15,8
Santa Rosa	RS	69.988	15,7
Vacaria	RS	62.263	15,7
Boa Viagem	CE	52.072	15,5
Gaspar	SC	54.395	15,2
Itaúna	MG	84.602	15,2
Dourados	MS	186.357	15,1
Guaxupé	MG	52.526	15,0
São Borja	RS	67.788	14,6
Canguçu	RS	52.245	14,5
Uruguaiana	RS	136.365	14,3
Tianguá	CE	68.466	14,2
Passo Fundo	RS	188.303	13,9
Santa Cruz do Sul	RS	119.804	13,9
Tailândia	PA	53.753	13,8
Sapiranga	RS	78.994	13,8
Curvelo	MG	73.791	13,5
Russas	CE	65.268	13,5

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária, 2009.

Fonte dos dados

As informações sobre mortalidade por suicídio derivam do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e estão disponíveis na internet. Dados de mortalidade por suicídio costumam estar subestimados (Pritchard e Hean,

2008). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartórios (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação) (IBGE, 2006).

Tentativas de suicídio

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio. O que temos, em termos de Brasil, deriva de um estudo realizado sob o auspício da Organização Mundial da Saúde, na área urbana do município de Campinas. Nesse estudo, a partir de listagens de domicílios feitas pelo IBGE, 515 pessoas foram sorteadas e entrevistadas face a face por pesquisadores da Unicamp. Apurou-se que, ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. De cada três pessoas que tentaram o suicídio, apenas uma foi, logo depois, atendida em um pronto-socorro (Botega et al., 2005; Botega et al., 2010). Esses dados conformam uma espécie de iceberg (Figura 2) no qual uma pequena proporção do chama-

**Figura 2 – Comportamento suicida ao longo da vida.
Supre-MISS, Campinas**



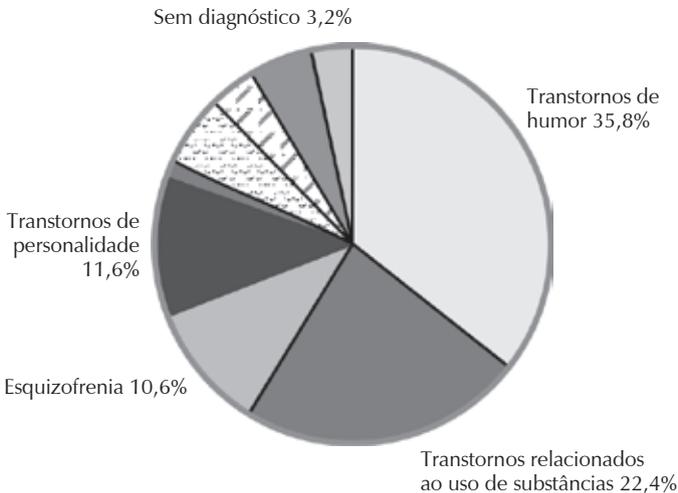
Fonte: Botega et al., 2005.

do comportamento suicida chega a nosso conhecimento, após o registro de atendimento em um serviço de saúde.

Suicídio e transtorno mental

A existência de um transtorno mental é considerada o principal fator de risco para o suicídio. Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal (Figura 3) (Bertolote e Fleischmann, 2002). Esse foi mais um estudo científico a estabelecer, inequivocamente, um elo entre dois grupos de fenômenos: comportamento suicida e doença mental.

Figura 3 – Casos de transtornos mentais apurados após mortes por suicídio – Análise de 15.629 casos de suicídio



Fonte: Bertolote e Fleischmann, 2002.

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas (Werlang e Botega, 2003).

Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação.

Não se trata de afirmar que todo suicídio relaciona-se a uma doença mental, nem que toda pessoa acometida por uma doença mental vá suicidar-se, mas não se pode fugir da constatação de que uma doença mental é um importante fator de risco para o suicídio. A causa de um suicídio (fator predisponente) em particular é invariavelmente mais complexa do que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso (fatores precipitantes). Condições sociais, por si sós, também não explicam um suicídio. Pessoas que puseram fim à vida e que se encontravam numa dessas condições frequentemente tinham um transtorno mental subjacente, o que aumentou a vulnerabilidade ao suicídio.

Prevenção do suicídio

Na década de 90, a emergência do suicídio como uma das principais causas de morte levou a OMS a enfatizar o suicídio como um problema de saúde pública e a necessidade de os governos desenvolverem estratégias para preveni-lo. Três recomendações principais foram feitas (WHO, 1990):

- Reconhecer o suicídio como uma prioridade em saúde pública
- Desenvolver planos nacionais de prevenção de suicídio
- Estabelecer grupos nacionais para a coordenação das ações

Planos nacionais de prevenção do suicídio foram desenvolvidos e implementados em vários países, sendo o da Finlândia o pioneiro (Anderson e Jenkins, 2009). De modo geral, os principais temas contidos nesses planos encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Principais temas nos planos nacionais de prevenção

- Conscientização da população
- Divulgação responsável pela mídia
- Programas em escolas
- Detecção e tratamento de depressão e de outros transtornos mentais
- Atenção a pessoas que abusam de álcool e de outras drogas psicoativas
- Atenção a pessoas que sofrem de doenças que causam incapacidade, desfiguramento, dor
- Aumentar o acesso a serviços de saúde mental
- Melhorar a avaliação de casos de tentativa de suicídio
- Acompanhamento de casos de tentativas de suicídio e de familiares enlutados
- Intervenção em crises
- Políticas voltadas para a qualidade do trabalho e para o desemprego
- Treinamento de profissionais da saúde em prevenção do suicídio
- Redução do acesso a meios letais

Fonte: Anderson e Jenkins, 2009.

Em nosso País, até há pouco tempo, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. Entre as causas externas de mortalidade, o suicídio encontrava-se na sombra dos elevados índices de homicídio e de acidentes com veículos, estes últimos com coeficientes 6 e 4,5 vezes, respectivamente, maiores (OPAS, 2004). A necessidade de discutir a natureza e a prevenção da violência, de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio (Botega e Garcia, 2004).

Em final de 2005, o Ministério da Saúde montou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades. No ano seguinte, foi

publicada uma portaria com as diretrizes que deverão orientar tal plano e dois manuais (Brasil, 2006; Brasil 2006b). Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam-se (Brasil, 2006):

- desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- restringir o acesso a meios letais (armas de fogo, agrotóxicos, medicamentos letais, venenos em geral);
- promover a educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização;
- dar atenção a pessoas enlutadas pela perda, por suicídio, de um ente querido.

Decorridos quatro anos desde a promulgação da referida portaria até a época da publicação deste livro, não houve iniciativas do governo para avançar em relação a um plano nacional de prevenção do suicídio. Há necessidade de transformar diretrizes políticas em ações assistenciais que estejam baseadas em evidências científicas, as quais, por sua vez, poderão orientar novas políticas de prevenção e estratégias assistenciais. Isso constitui um desejado círculo virtuoso entre política, assistência e pesquisa que não é simples de ser alcançado.

Já contamos com um bom nível de evidência sobre o que funciona em prevenção do suicídio, embora muito ainda precise ser feito (Mann et al., 2005). Além do modelo tradicional de se pensar em prevenção em níveis primário, secundário e terciário, desenvolveu-se a ideia de quais ações devem ser direcionadas a determinados grupos da população, tomando-se por base suas

condições de saúde e seu risco para o suicídio (Mrazek e Haggerty, 1994). Esse modelo de prevenção na área da saúde (Figura 4) foi chamado de universal/seletivo/indicado (Gordon, 1983).

Figura 4 – Níveis de prevenção, segundo modelo de Gordon (1983)



Iniciativas de *prevenção universal* atingem toda a população e têm impacto na redução do número de suicídios. Estratégias nesse sentido foram levadas a cabo pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ao longo de 2010, com inserções na TV de chamadas de 30 segundos, alertando a população de que uma parte dos suicídios liga-se a um transtorno mental e de que o tratamento adequado dessa condição pode reduzir a mortalidade. A ABP também produziu um livreto para profissionais de imprensa com sugestões a respeito de como publicar notícias de suicídio (ABP, 2009).

Na *prevenção seletiva*, a população-alvo é composta por indivíduos que, sabidamente, têm maior risco de suicídio. Estudos realizados por nosso grupo de pesquisa apuraram, por exemplo, maior incidência de ideação e de tentativas de suicídio em pessoas com indicadores de sofrimento psíquico (Silva et al., 2006), em adolescentes grávidas (Freitas et al., 2008) e em pessoas acometidas por epilepsia (Stefanello et al., 2009). Essas pessoas claramente seriam beneficiadas por um tipo de assistência que incluísse, na avaliação clínica rotineira, ações de avaliação e de manejo de risco de suicídio.

A *prevenção indicada* associa-se a grupos de elevado risco de suicídio, como ocorre com as pessoas que já tentaram o suicídio. A Tabela 2 resulta de uma revisão sistemática de 78 estudos que acompanharam pessoas que um dia tentaram o suicídio. O risco de suicídio entre essas pessoas é, pelo menos, cem vezes maior do que o risco presente na população geral (Owens et al., 2002). Dar especial atenção a pessoas que tentaram se matar é uma das principais estratégias em prevenção do suicídio.

Tabela 2 – Taxas de suicídio em pessoas que anteriormente tentaram o suicídio

	Tempo de seguimento após uma tentativa de suicídio			
	1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Mais de 9 anos
Mediana da taxa de suicídio	1,8%	3%	3,4%	6,7%

Fonte: Owens et al., 2002.

Supre-Miss

Oito países participaram do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (Supre-Miss) sob a organização da OMS. No Brasil, Campinas foi escolhida como cidade para a execução do projeto. O estudo local foi financiado pela OMS e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). A íntegra do projeto Supre-Miss encontra-se no seguinte endereço eletrônico: http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/Supre-Miss.pdf. Vários artigos científicos também foram publicados (Bertolote et al., 2005, 2010; Fleishmann et al., 2005, 2008; Botega et al., 2005; Barros et al., 2007; Marín-León et al., 2007; Fleishmann et al., 2008; Cais et al., 2008; Stefanello et al., 2008; Dalgalarondo et al., 2008; Sisask et al., 2010; Botega et al., 2010b).

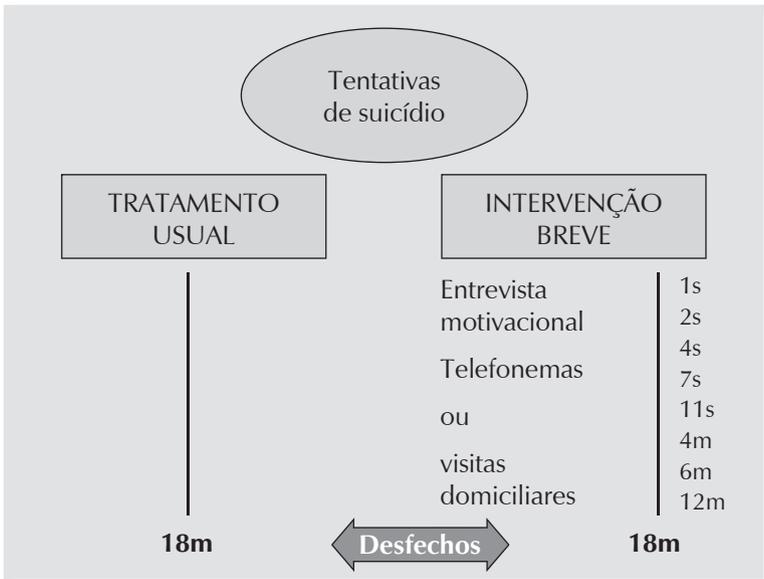
O Supre-Miss comparou dois tipos de tratamento em indivíduos que deram entrada no pronto-socorro por uma tentativa de suicídio:

a) uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e seguimento telefônico regular, segundo o fluxograma abaixo (no momento da alta hospitalar, pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde);

b) tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para um serviço da rede de saúde) (Figura 5).

Ao final de 18 meses, verificou-se o que aconteceu nos dois grupos.

Figura 5. Fluxograma do Supre-Miss com pessoas que foram acompanhadas após tentativas de suicídio



No total, 2.238 indivíduos participaram do estudo. Na maioria das vezes, o seguimento foi feito por meio de telefonemas periódicos, mas alguns casos exigiram visita domiciliar. Após 18 meses de seguimento, a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior (Fleischmann et al., 2008), embora a intervenção não tenha sido capaz de reduzir o número de tentativas de suicídio (Bertolote et al., 2010).

Avaliação do risco de suicídio

A avaliação do risco suicida requer a combinação de uma série de informações (geralmente resumidas sob as denominações de fatores de risco e fatores de proteção) com a experiência e a intuição do entrevistador. Não há uma fórmula simples, nem escalas que possam estimar com precisão o risco de suicídio. O Quadro 5 resume os principais fatores de risco.

Quadro 5 – Principais fatores de risco para o suicídio

Sociodemográficos

- Sexo masculino
- Entre 19 e 49 anos e acima dos 65 anos
- Separados/divorciados > solteiros > viúvos > casados
- Estratos econômicos mais rico e mais pobre
- Desempregados, aposentados
- Ateus, protestantes > católicos, judeus
- Isolamento social

Psicológicos

- Perda recente
- Perda dos pais na infância
- Instabilidade familiar
- Datas importantes (reações de aniversário)
- Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade de humor
- História familiar de doença afetiva/alcoolismo/suicídio

Psiquiátricos

- Depressão, alcoolismo, drogadição, esquizofrenia, síndromes orgânico-cerebrais
- Transtornos de personalidade
- Tentativa de suicídio pregressa
- Doenças físicas incapacitantes, dolorosas, terminais

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com os quais estão se debatendo.

A maioria das pessoas acredita que não é fácil perguntar para o outro sobre ideação suicida e não se sente preparada para lidar com isso. Será mais fácil se você chegar ao tópico gradualmente. Desde o início tente estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois esse pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil, e nem sempre está disposto a colaborar. Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento.

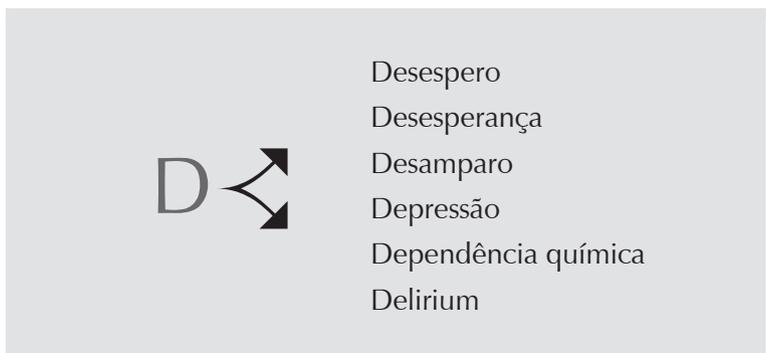
- Tem sentido que a vida não vale mais a pena?
- Tem pensado em pôr fim à vida?
- Tem um plano de como se matar?
- Tem os meios de se matar?
- Tomou providências para se matar?
- Está sob efeito de álcool ou de alguma droga?
- Onde você se encontra neste momento?
- Está prestes a se matar (ou está se matando)?

Em várias situações, um clínico experiente já teve razões para não se fiar nas respostas negativas de um paciente que negava intenção suicida. A dramática condição de vida, um transtorno mental, ou o estado mental do paciente sugeriam o contrário do que o paciente afirmava. Provavelmente, o paciente estava negando suas reais intenções a fim de ser prontamente liberado, mas o clínico não acreditou em uma aparente calma e negativa de ideação suicida.

É frequente ouvirmos pacientes espontaneamente dizerem que “estão cansados de sofrer”, que estão “dando trabalho demais” pros outros, que “não aguentam mais”. Diante de expressões como essas, convém conhecer sua situação de vida, repetir

as questões acima sugeridas, bem como atentar para seu estado afetivo. Em relação a este último, temos sugerido a “Regra dos Ds” (Figura 9) para a avaliação do risco de suicídio. Ela nos auxilia a lembrar de estados afetivos que se associam a maior risco.

Figura 9 – Estados afetivos que implicam maior risco de suicídio



As seguintes perguntas o ajudarão a quantificar o risco, por isso são importantes.

Descobrir se a pessoa tem um **plano** definido para cometer suicídio:

- Você fez algum plano para acabar com sua vida?
- Você tem uma ideia de como você vai fazê-lo?

Descobrir se a pessoa tem os **meios** para se matar:

- Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios?
- Os meios são facilmente disponíveis para você?

Descobrir se a pessoa fixou uma **data**:

- Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida?
- Quando você está planejando fazê-lo?

Manejo do paciente

Segundo uma estimativa de níveis de risco, manuais da Organização Mundial da Saúde (2000) e do Ministério da Saúde

(Brasil, 2006b) sugerem algumas ações a serem tomadas, além do tratamento específico de eventuais transtornos mentais:

Baixo risco

A pessoa nunca tentou o suicídio, tem alguns pensamentos suicidas que a perturbam (pois gostaria de estar melhor e continuar a vida), mas não faz nenhum plano de como se matar.

- Oferecer apoio emocional, permitindo que o indivíduo fale sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco.

- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos confusas suas emoções se tornam. Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.

- Focalizar na força positiva da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma.

- Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo.

Médio risco

A pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

- Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos suicidas da pessoa e focalize em forças positivas (já descritos acima). Em adição, continue com os passos abaixo.

- Focalize os sentimentos de ambivalência. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.

- Explore alternativas ao suicídio. O profissional da saúde

deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.

- Faça um contrato, negocie, viabilize atendimento em caso de urgência.
- Marque nova consulta o mais breve possível.
- Entre em contato com a família, amigos e/ou colegas e reforce seu apoio. Para tanto, peça autorização ao paciente e deixe-o ciente sobre quais informações serão dadas, preservando o seu direito ao sigilo. Algumas pessoas são um pouco resistentes, porém, de um modo geral, acabam concordando em chamar alguém de sua confiança.
- Oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/amigos/colegas, como, por exemplo, impedir o acesso aos meios para cometer suicídio. Explicar que tais medidas são temporárias, até que o paciente melhore o suficiente para reassumir o controle.

Alto risco

A pessoa tem um plano definido para se matar, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente. Muitas vezes já pagou contas, tomou providências bancárias e parece estar se despedindo.

- Permanecer junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha. Impedir acesso aos meios de suicídio.
- Esta é uma situação de emergência. Entrar em contato com um profissional da saúde mental do serviço de emergência psiquiátrica mais próximo. Explique ao profissional que irá receber o paciente o resultado da sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento. Além do mais, você já conseguiu obter informações importantes.
- Informar a família e reafirmar seu apoio, já descritos.

Quando houver risco iminente de suicídio, recomenda-se a internação psiquiátrica, ainda que involuntária. Nesse caso, os fa-

miliares e a autoridade judicial competente devem ser comunicados. A internação psiquiátrica pode ser considerada em diversas situações, entre as quais: obtenção de uma história mais acurada do paciente e de outras fontes de informação; determinação do risco de suicídio por meio de um período mais longo de observação; auxiliar o paciente a restabelecer confiança em suas relações interpessoais; necessidade de se tomar o ato do paciente com a devida seriedade, resgatando-o de uma situação estressante e provocando a conscientização dos familiares; reavaliação do tratamento psiquiátrico que vinha sendo administrado.

Para o paciente internado que mantém ideação suicida, algumas precauções devem ser tomadas, como a remoção de objetos perigosos que estejam a seu alcance, colocá-lo em leito de fácil observação pela enfermagem, se possível em andar térreo ou em local com proteção nas janelas, enfatizar o risco de suicídio no prontuário e papelada da enfermagem e acompanhamento constante do estado mental do paciente. O plano de tratamento deve ser flexível, passando por revisões periódicas. A disponibilidade e a capacitação da equipe assistencial são mais importantes que barreiras físicas. O contato pessoal mais frequente deveria vir como atitude de apoio e não de intrusão e vigilância simplesmente. Discussões regulares facilitam a capacitação da equipe para lidar com esses casos.

A atenção deveria ser redobrada em alguns períodos, tais como na troca de turnos da enfermagem, na licença hospitalar (quando ocorre de um terço à metade dos suicídios entre pacientes internados), na primeira semana após a internação e no primeiro mês após alta hospitalar. Mesmo com todo o cuidado dispensado, alguns pacientes cometem o suicídio enquanto estão sob cuidados médicos. Tal fato causa um impacto muito grande nos outros pacientes, entre os familiares e na equipe assistencial, ocasionando sentimentos de culpa, raiva e ansiedade. Reuniões com esses grupos de pessoas são importantes para que o ocorrido possa ser discutido e elaborado.

A psicoterapia em situações de crise suicida deve-se orientar para as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que colocam o paciente sob risco. Todas as teorias de psicoterapia concordam

que a atenção ao paciente francamente suicida deveria ser flexível, diretiva, oferecendo apoio e encorajamento. Situações de perdas (reais, potenciais ou imaginadas) e sentimentos de desamparo estão frequentemente presentes. Paciente e terapeuta, juntos, procuram identificar os principais problemas correntes e selecionam aqueles que serão o foco do tratamento. O terapeuta “empresta”, temporariamente, seu desejo e seu ego, assumindo papel mais ativo; quando necessário, pode (deve) convocar familiares.

É preciso ser realista, visto que a problemática psicológica comumente encontra-se inserida em um contexto de sérias dificuldades familiares e sociais. Os objetivos não podem ser ambiciosos, já que a impossibilidade de cumpri-los pode baixar ainda mais a auto-estima. Analisar com o paciente as possíveis consequências ao não se conseguir atingir determinado objetivo.

Referências

- Anderson, M.; Jenkins, R. (2009). “The role of the state and legislation in suicide prevention”. In: Wasserman, D. e Wasserman, C. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 374-379.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2009). “Comportamento suicida: conhecer para prevenir – um manual dirigido a profissionais da imprensa”. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria.
- Barros, M. B.; Botega, N. J.; Dalgalarondo, P.; Marín-León, L.; Oliveira, H. B. (2007). Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Revista de Saúde Pública* 41(4):502-9.
- Bertolote, J. M.; Fleischmann, A. (2002). “Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective”. *World Psychiatry* 1:181-185.
- Bertolote, J. M.; Fleischmann, A.; De Leo, D.; Bolhari, J.; Botega, N.; De Silva, D.; Tran Thi Thanh, H.; Phillips, M.; Schlebush, L.; Värnik, A.; Vijayakumar, L.; Wasserman, D. (2005). “Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO Supre-Miss community survey”. *Psychological Medicine* 35(10):1457-65.
- Bertolote, J. M.; Fleischmann, A.; De Leo, D.; Phillips, M. R.; Botega, N. J.; Vijaykumar, L.; Da Silva, D.; Schlebush, L.; Nguyen, V. T.; Sisask, M.; Bolhari, J.; Wasserman, D. “Repetition of suicide attempts: data from five culturally different low- and middle-income country emergency care settings participating in the WHO Supre-Miss study”. *Crisis* 2010 (no prelo).

- Botega, N. J. (2007). "Suicídio: saindo da sombra, em direção a um plano nacional de prevenção". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 29(1):7-8.
- Botega, N.J.; Azevedo, R. C. S.; Mauro, M. L. F.; Mitsushashi, G. N.; Fanger, P. C.; Lima, D. D.; Gaspar, K. C.; Silva, V. F. (2010). "Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients". *General Hospital Psychiatry* 32(4):396-400.
- Botega, N. J.; Barros, M. B.; Oliveira, H. B.; Dalgalarondo, P.; Marín-León, L. (2005). "Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27(1):45-53.
- Botega, N. J.; García, L. S. L. (2004). "Brazil: the need for violence (including suicide) prevention". *World Psychiatry* 3(3):157-158.
- Botega, N. J.; Marín-León, L.; Oliveira, H. B.; Barros, M. B.; Silva, V. F.; Dalgalarondo, P. (2009). "Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas, SP". *Cadernos de Saúde Pública* 25(12):2632-8.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006b). Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Panamericana de Saúde/Universidade Estadual de Campinas.
- Brasil, Ministério da Saúde (2008a). Informações de Saúde – Estatísticas Vitais.
- Brasil, Ministério da Saúde (2008b). Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária (2009). Mortalidade por suicídio em municípios brasileiros no triênio 2005-2007 (material inédito).
- Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Projeto ComViver. "Levantamento bibliográfico sobre temas relacionados a suicídio, sobreviventes e familiares". Disponível em <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/levantamentobibliografico.pdf>.
- Cais, C. F. S.; Stefanello, S.; Mauro, M. L. F.; Freitas, G. V. S.; Botega, N. J. (2009). "Factors associated with repeated suicide attempts. Preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (Supre-Miss) from Campinas, Brazil". *Crisis* 30(2):73-8.
- Centro de Valorização da Vida (CVV): www.cvv.org.br.
- Dalgalarondo, P.; Marín-León, L.; Botega, N.; Barros, M. B. A.; Oliveira, H. B. (2008). "Religious affiliation and psychiatric morbidity in Brazil: higher rates among evangelicals and spiritists". *International Journal of Social Psychiatry* 54(6):562-74.
- Fleischmann, A.; Bertolote, J. M.; De Leo, D.; Botega, N.; Phillips, M.; Sisask, M.; Vijayakumar, L.; Malakouti, K.; Schlebusch, L.; De Silva, D.; Nguyen, V. T.; Wasserman, D. (2005). "Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in

- eight low- and middle-income countries". *Psychological Medicine* 35(10):1467-74.
- Fleischmann, A.; Bertolote, J. M.; Wasserman, D.; De Leo, D.; Bolhari, J.; Botega, N. J.; De Silva, D.; Phillips, M.; Vijayakumar, L.; Värnik, A.; Schlegel, L.; Thanh, H. T. (2008). "Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries". *Bulletin of the World Health Organization* 86(9):703-9.
- Freitas, G. V.; Cais, C. F.; Stefanello, S.; Botega, N. J. (2008). "Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers : a case-control study in Brazil". *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 17(6):336-342.
- Gordon, R. (1983). "An operational classification of disease prevention". Public Health Report 98:107-9. Disponível em http://www.abpbrasil.org.br/sala_imprensa/manual/img/CartilhaSuicidio_2009_light.pdf.
- Informações sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). Tábuas completas de mortalidade – 2006. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1043.
- International Association for Suicide Prevention: www.iasp.info.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: John Wiley & Sons.
- Lovisi, G. M.; Santos, A. S.; Legay, L.; Abelha, L.; Valencia, E. (2009). "Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 31(Suplemento):86-93.
- Mann, J. J.; Apter, A.; Bertolote, J.; Beautrais, A.; Currier, D.; Haas, A.; Hegerl, U.; Lonnqvist, J.; Malone, K.; Marusic, A.; Mehlum, L.; Patton, G.; Phillips, M.; Rutz, W.; Rihmer, Z.; Schmidtke, A.; Shaffer, D.; Silverman, M.; Takahashi, Y.; Varnik, A.; Wasserman, D.; Yip, P.; Hendin, H. (2005). "Suicide prevention strategies: a systematic review". *Journal of the American Medical Association* 294(16):2064-74.
- Marín-León, L.; Oliveira, H. B.; Barros, M. B.; Dalgalarrodo, P.; Botega, N. J. (2007). "Percepção de problemas da comunidade: a influência de fatores sociodemográficos e de saúde mental". *Cadernos de Saúde Pública* 23(5):1089-97.
- Mrazek, P. J.; Raggerty, R. J. (1994). *Reducing risks from mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Situación de la salud en las Americas, indicadores básicos*. Washington: OPAS.
- Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. (2002). "Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review". *British Journal of Psychiatry* 181:193-199.
- Pritchard, C.; Hean, S. "Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America: comparison with 10

- major developed countries – a source of hidden suicides?” *Crisis* 2008;29(3):145-53.
- Samaritans: www.samaritans.org.
- Silva, V. F.; Oliveira, H. B.; Botega, N. J.; Marín-León, L.; Barros, M. B.; Dalgalarrodo, P. (2006). “Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle”. *Cadernos de Saúde Pública* 22(9):1835-43.
- Sisask, M.; Varnik, A.; Kolves, K.; Bertolote, J. M.; Bolhari, J.; Botega, N. J.; Fleischmann, A.; Vijayakumar, L.; Wasserman, D. (2010). “Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study”. *Archives of Suicide Research* 14(1):44-55.
- Stefanello, S.; Cais, C. F.; Mauro, M. L.; Freitas, G. V.; Botega, N. J. (2008). “Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (Supre-Miss) from Campinas, Brazil”. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 30(2):139-43.
- Stefanello, S.; Marín-Léon, L.; Fernandes, P. T.; Min, L. L.; Botega, N. J. (2010). “Suicidal thoughts in epilepsy: a community-based study in Brazil”. *Epilepsy & Behavior* 17(4):483-8.
- Werlang, B. S. G.; Botega, N. J. (2003). “A semi-structured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study”. *Suicide and Life Threatening Behavior* 33(3): 326-30.
- World Health Organization (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours Supre-Miss: Protocol of Supre-Miss*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *The World Health Report: Shaping the Future*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1990). *Consultation on strategies for reducing suicidal behaviours in the European region. Summary report*. Geneva: WHO.

Manuais sobre prevenção de suicídio disponíveis na internet

- Manual para profissionais de mídia produzido pela Associação Brasileira de Psiquiatria:
<http://www.abp.org.br/portal/imprensa/manual-de-imprensa>
- Manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e LSMM da Unicamp:
- Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental:
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
- Manual para profissionais da saúde em atenção primária:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicide-prev_phc_port.pdf

CAPÍTULO 17 | A atenção psicossocial

Mário Dinis Mateus

No Capítulo 7 revisamos características gerais dos CAPS, sua inserção na comunidade, normatização no SUS e estudos de avaliação do modelo CAPS. Neste capítulo tentaremos montar um painel com as várias características de funcionamento cotidiano que fundamentam a prática dos CAPS. Veremos que vários desses princípios ultrapassam os limites do CAPS, dizendo respeito a toda a reforma da atenção psiquiátrica desenvolvida no País nas últimas décadas, na qual o CAPS assume um papel central.

O conceito de “atenção psicossocial”

Como comentamos no Capítulo 4, o termo psicossocial encontra-se no centro de uma disputa de concepções sobre a reforma da atenção psiquiátrica e de concepções do próprio papel da psiquiatria nessa reforma (ou seja, a psiquiatria vista como práticas e instituições a serem modernizadas e integradas à saúde como um todo, ou combatidas/criticadas em seu poder de controle social).

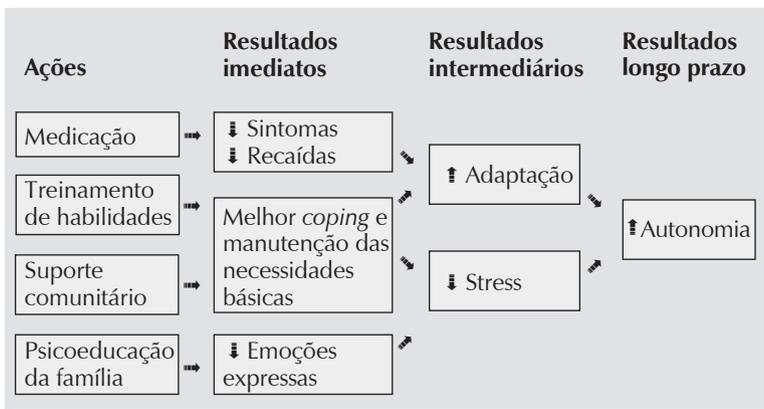
No mundo todo, o principal campo dessa disputa foi o do cuidado ao portador de transtorno mental grave que, com o declínio do modelo centrado no hospital psiquiátrico, pede um modelo melhor de inserção na comunidade. Podemos esquematicamente ajuntar numerosas linhas de trabalho e posicionamentos teórico-práticos, e falar em uma “reabilitação psi-

quiátrica”, uma “reabilitação psicossocial”, e no movimento da “superação” ou *recovery*.

A reabilitação psiquiátrica tem como princípios norteadores a maior adaptação do indivíduo à sociedade e a redução de barreiras à inserção social (resumida em seu modelo lógico na Figura 1). Seus paradigmas se aproximam do modelo de incapacidade desenvolvido para a saúde como um todo, representado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, (OMS, 2004), a qual, em sua última versão de 2001, diferencia “anormalidade” (uma condição física ou mental de disfunção), “limitação da atividade” (como a disfunção limita o indivíduo) e “restrição de participação” (as barreiras surgidas para aqueles que têm uma limitação da atividade).

Em contraponto a esse primeiro paradigma, estabelecendo críticas em maior ou menor grau à rotulação/objetivação da “anormalidade”, predominância do modelo médico de tratamento/eliminação da doença, ênfase nos aspectos deficitários do indivíduo etc.; temos uma linha que podemos chamar de “psicossocial” (por exemplo, como desenvolvida por Sarraceno, 1999, em seu livro “Libertando identidades”).

Figura 1 – Reabilitação psiquiátrica – Modelo lógico



Acrescentamos ainda, como que correndo por fora, uma terceira linha de cuidado (poderíamos falar aqui de “auto-cuidado”)

baseada no conceito de *recovery* (que no Brasil tem-se traduzido por “superação”), no movimento do “consumerismo”, e em ações de autogestão dos portadores de transtorno mental grave (Weingarten, 2001; Van Tosh e Del-Vecchio, 2000). A superação ou *recovery* tem como princípios fundamentais:

- A busca não é pela “cura” (médica), mas por uma vida significativa
- Ênfase na autodeterminação (sentimento de controle da própria vida)
- Resgate da autoestima e do otimismo
- A participação em iniciativas de ajuda mútua

Nas últimas duas décadas, diversos autores buscaram uma síntese entre essas três perspectivas (por exemplo, Rossler, 2006; Moxley et al., 2003; King et al. 2007), utilizando, com grande proximidade conceitual, os termos “reabilitação psiquiátrica”, “reabilitação em saúde mental”, “reabilitação psicossocial” ou “reabilitação baseada no *recovery*”.

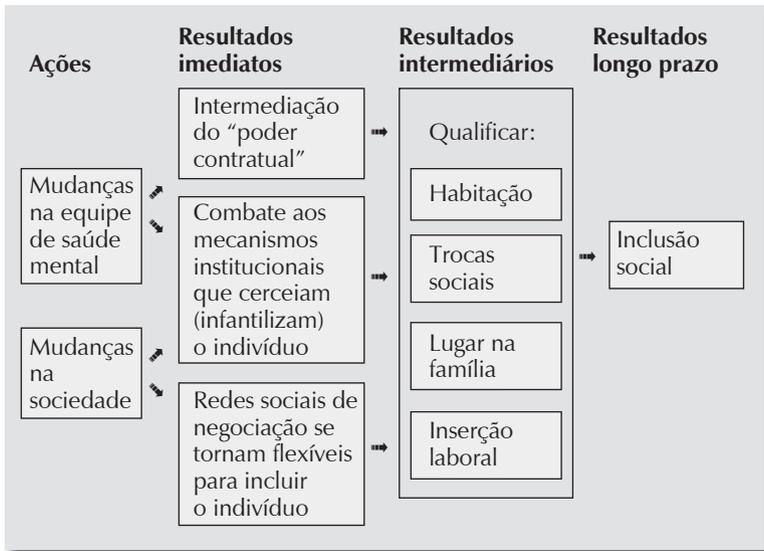
A reabilitação psicossocial é um projeto complexo, multifacetado, sobre o qual há pouco consenso. Podemos enumerar como objetivos da atenção (ou clínica, ou reabilitação) psicossocial:

- Recuperação de uma vida significativa
- Maior autonomia possível
- Estímulo da subjetividade
- Adaptação e aprendizagem de habilidades
- Atenção ao sofrimento e às diferentes necessidades do indivíduo
- Conscientização dos direitos e o protagonismo

O modelo de atenção psicossocial no Brasil: os CAPS

Como exemplo da teorização crítica à psiquiatria, Costa-Rosa et al. (2001) apresentam o “modo psicossocial” sob quatro parâmetros:

1. Superação do modo de **relação sujeito-objeto característico do modelo médico** e das disciplinas especializadas que ainda se pautam pelas ciências positivas. (...)

Figura 2 – Reabilitação psicossocial – Modelo lógico

2. No que diz respeito às formas de organização das **relações intrainstitucionais, preconiza-se a sua horizontalização.**
3. “O Modo Psicossocial preconiza antes de tudo a **integralidade das ações no território.** (...) A natureza da instituição como organização fica modificada e o local de execução de suas práticas **desloca-se do antigo interior da instituição** para tomar o próprio território como referência.
4. Preconiza a **superação da ética da adaptação**, que tem seu suporte nas ações de tratamento como reversibilidade dos problemas e na adequação do indivíduo ao meio e do ego à realidade. (...) Deixa firmada a **meta da produção de subjetividade singularizada**, tanto nas relações imediatas com o usuário propriamente dito, quanto nas relações com toda a população do território. (Costa-Rosa, 2001, grifos nossos.)

Conceitos-chave na atenção psicossocial desenvolvida nos CAPS

A dificuldade de se falar num modelo de consenso para os CAPS não é nova, mesmo no início da grande disseminação do modelo, quando ainda podíamos esperar que a maioria dos serviços fosse criada e mantida por equipes muito engajadas na refor-

ma psiquiátrica. Rosana Onocko Campos, em seu artigo “Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental” (*Saúde em Debate*, 2001), nos dá indício da diversidade de posições, em sua análise pessoal do momento dos CAPS:

Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico.

Na contramão, um sendeiro que se bifurca: em nome da doença e da clínica os ideólogos da psiquiatria organicista continuam a sustentar teses bizarras, como a da origem puramente genética, o tratamento condutista que repete o asilo fora dele, a continuidade das camisas de força e, lamentavelmente, até do eletrochoque.

E alguns psicanalistas que, ainda que bem intencionados, pretendem transformar todo serviço de saúde em uma reprodução do consultório particular, como se o salto entre público e privado pudesse ser dado sem consequências. (Campos, 2001.)

Projeto terapêutico

Definimos **projeto terapêutico** como todo planejar e negociar ações terapêuticas, bem como os valores que norteiam esse planejamento. O **contrato terapêutico** é, concretamente, o combinado: deve ser resumido por escrito no prontuário, assegurando-se de que todos os envolvidos (usuário do serviço, cuidadores, técnicos do CAPS etc.) conhecem seu conteúdo.

A pergunta “o que foi combinado com as referências?” é feita diversas vezes ao dia em um CAPS, e se esse combinado não está claro (ou existem “vários combinados” diferentes e que se contradizem), o que vemos é um grande desgaste para a equipe e uma falha do serviço em oferecer uma referência estável e construtiva ao paciente. O que não quer dizer que o contratado seja lei e

negociações não possam ocorrer cotidianamente, até porque nenhum projeto dará conta de todas as situações que vão surgindo com a evolução do tratamento.

O contrato terapêutico passa a ser uma ferramenta poderosa de organização do projeto terapêutico, mas também de ação terapêutica em si mesma, quando profundamente negociado com o usuário do serviço. O registro escrito do contratado é fundamental para que toda a equipe possa partilhar das informações e combinados. Esse registro pode ser dividido em cinco partes (Anexo 1):

1. levantamento das necessidades percebidas pelo usuário e pela equipe;
2. levantamento das potencialidades e projetos pessoais;
3. levantamento dos recursos necessários e possíveis (incluindo recursos humanos, recursos da comunidade etc.) para o tratamento;
4. contratação do projeto: descrição de como foi realizada a negociação, o grau de engajamento do usuário no processo, discordâncias manifestas ou percebidas pela equipe (por outros envolvidos, como a família, por exemplo);
5. reavaliação periódica.

Referência no tratamento

Como vimos no Capítulo 4, a noção de profissional de referência surge nos EUA com o gerenciamento de caso. No Brasil, a organização de equipes de referência desenvolve-se em programas de saúde mental interdisciplinares e é ampliada por Gastão Wagner Campos,¹ visando uma forma de organização do cuidado para toda a saúde pública que garantisse: a) gestão compartilhada do cuidado; b) clínica ampliada; e c) a superação de “modelos de organização hierarquizados, fragmentados e autoritários” (Campos, 1999).

As miniequipes e técnicos de referência têm na atenção psicossocial funções fundamentais: a promoção da adesão e a con-

1 É interessante notar que as ideias da Reforma Psiquiátrica, em especial a experiência de Trieste, colaboraram para o desenvolvimento de propostas de Wagner Campos que se tornariam estratégias fundamentais para o SUS como um todo (Campos, 1992).

tinuidade do cuidado (contra o anonimato do sistema), e proteção ao projeto terapêutico contratado, que muitas vezes passa por resistências e sabotagens do paciente ou da instituição; e, por outro lado, oferecer um suporte afetivo mais próximo, no sentido, por exemplo, do conceito de “base segura” desenvolvido por John Bowlby:

Acumulam-se evidências de que seres humanos de todas as idades são mais felizes e mais capazes de desenvolver melhor seus talentos quando estão seguros de que, por trás deles, existem uma ou mais pessoas que virão em sua ajuda caso surjam dificuldades. A pessoa em quem se confia, também conhecida como uma *figura de ligação*, pode ser considerada aquela que fornece ao seu companheiro(a) uma *base segura* a partir da qual poderá atuar. (Bowlby, 2006, grifos nossos.)

Equipe interdisciplinar

As diferentes disciplinas que compõem o campo da saúde mental podem interagir de diversas formas, passando pela multidisciplinaridade (as disciplinas se sucedem em suas leituras e intervenções da realidade), pela interdisciplinaridade (as disciplinas interagem, criando um núcleo comum de saberes e práticas, e mantendo áreas características de cada uma) e pela transdisciplinaridade (há uma fusão entre as disciplinas, que dão origem a um novo núcleo comum a todas) (Luz, 2009).

Na prática da atenção psicossocial cabe diferenciar as inter-relações entre disciplinas do saber e entre categorias profissionais, pois uma abordagem interdisciplinar pode ocorrer entre profissionais da mesma categoria e, por outro lado, uma equipe com diferentes categorias profissionais não é necessariamente multi ou interdisciplinar. Gastão Wagner Campos et al. (1997), ainda em sua busca por uma melhor gestão do cuidado em saúde, advoga o modelo de “campos e núcleos de competência” no qual, em um campo comum de saberes, diferentes núcleos coexistem, em constante troca, para dar conta da ampliação da atuação clínica.

No estudo já citado no Capítulo 7, Dias (2007), ao estudar a organização de CAPS em um estudo etnográfico, se detém no funcionamento da equipe, sua conformação, identidade e finalidades observadas: “A equipe era efetivamente uma entidade fun-

cional, que legitimava as práticas institucionais e caracterizava toda a operacionalidade do CAPS”. Dias discute várias funcionalidades implícitas na noção de equipe:

1. produção de decisões consensuais no lidar com o usuário;
2. contraposição à forças identificadas como antagônicas ao modelo CAPS (presentes em gestores, outros serviços de saúde, demandas de usuários e familiares);
3. quebra da hierarquia, na qual o psiquiatra teria uma ascendência natural sobre os rumos do tratamento (produzindo aqui uma base ideológica do modo de trabalho da equipe do CAPS como antagônico ao modo de trabalho no hospital psiquiátrico);
4. autogestão e resolução de conflitos internos (“Segundo os trabalhadores entrevistados, os conflitos relacionados aos membros da equipe eram resolvidos entre eles, durante as reuniões, e não eram levados nem para a Secretaria da Saúde e nem para os pacientes”).

Outro aspecto particularmente importante no estudo diz respeito ao papel dos psiquiatras no CAPS pesquisado: somava-se à percepção do psiquiatra ser um profissional isolado dos demais técnicos do CAPS a ocorrência de várias mudanças de profissionais durante a história do serviço:

Existiam duas noções presentes no discurso de toda a equipe técnica que estavam relacionadas a essa frequente troca de médicos:

- 1) A possibilidade dos psiquiatras serem substituídos – durante os períodos em que o CAPS ficava sem psiquiatras, eram feitos acordos junto à Secretaria Municipal para que outros médicos fornecessem receitas para os usuários do CAPS. Era frequente também que as técnicas preenchessem receitas e enviassem para que o médico as assinasse e carimbasse.
- 2) O serviço prescindia do médico para ser gerido, ainda que fosse obrigatória a presença de psiquiatra para que um CAPS fosse credenciado. Conforme descrevia a coordenadora no período de estudo de campo: *“ficamos um longo período sem psiquiatra e sentimos dificuldades em algumas coisas. Mas afinal foi bom porque sabemos agora que não precisamos deles”*. (Dias, 2007.)

Protagonismo ou “empoderamento”

O termo *empowerment*, surgido nos Estados Unidos, tem sido traduzido entre nós como empoderamento ou protagonismo. Inicialmente descrito como os processos para aumentar a autonomia, compartilhamento das decisões e poder de negociação de comunidades carentes, o termo foi absorvido pelas políticas sociais e é especialmente usado no campo da saúde mental, aplicado não somente à comunidade, mas a cada indivíduo portador de transtorno mental.

Outro conceito muito próximo é o *poder contratual* (Tikanori, 1996), que é utilizado para ressaltar a relação dinâmica entre sujeito e sociedade quanto ao status ou inserção social de cada indivíduo. Enquanto protagonismo fala mais de um processo de aquisição de poder (do sujeito ou de uma comunidade), a ideia de poder contratual nos lembra que esse “poder” é sempre negociado e pode ser negado pela sociedade ou “emprestado” pela equipe de saúde mental ao usuário do CAPS, por exemplo.

Mudar o nível de protagonismo é muito difícil. Basta pensar em nossa própria vida, e em quanto nos sentimos atuantes no que ocorre em nosso prédio, rua, local de trabalho, cidade, país. Cuidar das palavras utilizadas pode ajudar (“usuário do serviço” no lugar de paciente, por exemplo), espaços de discussão sobre o cotidiano do serviço, também, mas o aspecto fundamental do protagonismo no tratamento passa pelo projeto terapêutico. O protagonismo do tratamento pode ser visto, assim, como parte do estímulo ao protagonismo mais amplo na sociedade. A pessoa em tratamento deve ser menos “paciente” (recipiente de um tratamento) e mais agente de sua mudança, através de um contrato com a equipe de saúde mental.

Warner (1989), estudando 54 pessoas com diagnóstico de transtorno psicótico não agudo, encontrou, naqueles que aceitavam seu diagnóstico e possuíam o que chamou de *locus interno de controle*, uma evolução melhor, do ponto de vista da gravidade dos sintomas e do funcionamento (social, laboral etc.); mas os que aceitavam o diagnóstico e referiam a vivência de um *locus externo de controle*, ou seja, a sensação de que sua vida era controlada por outros, tinham uma evolução pior.

Handler (1992, 1996), que estudou o assunto em vários cenários de intervenções sociais, comenta que as condições de empoderamento são frágeis e necessitam de investimento pessoal constante, além de uma cultura institucional e de uma sociedade que as favoreçam.

No projeto terapêutico, empoderamento diz respeito a tomadas de decisão em condições desiguais de poder. Os americanos utilizam a expressão *treatment planning* para o processo “pelo qual as necessidades, aspectos positivos e problemas das pessoas com transtorno mental grave são levantados, metas para o tratamento são estabelecidas e atividades de tratamento e reabilitação são identificadas como facilitadoras para se atingir as metas propostas” (Linhos, 2006). Apesar das grandes diferenças entre o sistema de saúde mental no SUS e as formas de organização do cuidado nos EUA, as considerações de Linhos sobre o plano de tratamento podem ser úteis, quando em seu livro *Empowering people with severe mental illness* (“Empoderamento de pessoas com transtorno mental grave”), fala da importância e cuidados a serem tomados para a efetiva participação do usuário do serviço na elaboração de seu “plano de tratamento”.

Quadro 1 – Condições para o serviço de saúde mental estimular o empoderamento de seus usuários

(adaptado de Linhorst, 2006)

1. Abordagem dos aspectos psicológicos

Pessoas que não detêm poder frequentemente evitam o constante contato com o sentimento subjetivo de impotência, recorrendo a defesas como o fatalismo, auto-depreciação e apatia. Também um exagerado sentimento de vitimização pode prejudicar a busca da pessoa pelo maior controle de sua vida. É preciso ajudar a pessoa a ter a confiança, motivação e vontade de participação significativa no projeto terapêutico.

2. Habilidades de participação

Habilidades como a comunicação verbal e não verbal,

relacionamentos interpessoais, resolução de problemas etc. podem ser um desafio para pessoas com transtorno mental grave. Essas dificuldades não são, em si, um sinal de doença, mas presentes geram um círculo vicioso que prejudica o relacionamento da pessoa com o mundo, inclusive em seu tratamento.

3. Manejo dos sintomas psiquiátricos

É sempre difícil determinar se as manifestações diretas do transtorno mental incapacitam ou ao menos dificultam a tomada de decisões para questões cruciais na vida da pessoa (é o que chamamos de determinar a “competência” para gerir a vida).

Devemos lembrar que a capacidade de tomar decisões depende do contexto, não é uma condição permanente de “competência” ou “incompetência”. Dificuldades na cognição, oscilações de humor, suspeitas paranoides são exemplos de que a capacidade de participação da pessoa em seu tratamento deve ser continuamente reavaliada dentro de contextos específicos, do momento vivido e do assunto em questão.

4. Confiança e respeito mútuos

A pessoa com doença mental e os clínicos envolvidos no plano de tratamento têm o nível de confiança mútua necessário e respeito à participação significativa no projeto terapêutico.

5. Incentivos concretos recíprocos

O processo de usuário e profissional de saúde mental envolverem-se no planejamento e execução do projeto terapêutico deve ser estimulado por benefícios concretos dessa participação, partindo-se da premissa de que, se o técnico de saúde vê a participação do usuário como algo valorizado, isso muda a relação de poder entre os dois. Handler (1996) acredita que confiança e respeito entre usuários e técnicos não são suficientes sem que haja uma política ins-

titucional de valorizar concretamente os resultados de um maior protagonismo do usuário. Apesar desse ponto de vista nos levar ao dilema de como medir ou fiscalizar esses resultados da participação efetiva do usuário, e de que forma seriam os incentivos concretos (financeiros?), parece-nos importante refletir que, se somos guiados apenas pela boa intenção dos técnicos, ou pela ausência de reclamações do usuário, de fato podemos estar nos omitindo na busca de um maior protagonismo do usuário em seu tratamento.

6. Disponibilidade de opções

Se o serviço tem poucas alternativas a oferecer no projeto terapêutico, o usuário encontra muito mais dificuldade de exercer uma participação significativa.

Aqui, para além da questão do investimento nos recursos humanos e materiais em saúde mental, o serviço deve oferecer informação sobre as opções existentes, mesmo que dentre elas existam opções que o técnico não recomendaria. Mesmo os menores aspectos são propiciadores de protagonismo, se são dadas opções de escolha ao usuário e essa escolha é discutida e respeitada. Ao usuário cabe desenvolver a capacidade de expressar uma escolha, o entendimento das opções, trabalhar seus limites e consequências.

Por outro lado, Ferleger (1994) comenta que o “excessivo respeito pela a noção abstrata de ‘escolha’ pode levar à perpetuação da negligência ou ao aumento do risco de negligência e outros riscos... A escolha deve estar contida em um contexto e outros valores (às vezes opostos, às vezes complementares) devem ser postos na balança”.

7. Acesso aos recursos

Não existe protagonismo sem acesso a recursos e o círculo vicioso do “desempoderamento” diz respeito ao indivíduo ter menos acesso a recursos e esse menor acesso diminuir seu poder, continuamente. Mais do que “ganhar” recurso, emponderar-se passa por buscar formas de apropriar-se

dos recursos disponíveis e por meio destes gerar mais e mais possibilidades ou soluções para os problemas enfrentados. Handler usa aqui o termo recurso para tudo o que pode provir da rede com que o indivíduo interage, numa situação potencialmente empoderadora (família, amigos, serviços de saúde, empregador e comunidade mais ampla).

8. Estruturas e processos participativos

Espaços e tecnologias de conversação são necessários: não apenas o contato clínico do usuário com técnicos de saúde (grupal, individual, na ambiência), mas também o desenvolvimento de associações, grupos de defesa dos direitos, conselhos de saúde, fóruns, conferências, participação de usuários de serviço de saúde mental na elaboração e execução de pesquisas, avaliação de serviços etc.

Um desafio para a participação é o desenvolvimento, para além do desejo de participar, da noção de representação do grupo. De pouco adianta ao indivíduo e ao coletivo dos usuários se aquele escolhido para um conselho ou fórum, por exemplo, falar apenas por si mesmo. O que diz pode ser significativo, mas seu ponto de vista deveria ter sido levado aos demais usuários, negociado e, então, não só o(s) representante(s) do grupo estaria(m) fortalecido(s) para sua tarefa, mas também os representados teriam tido efetiva participação, e o conteúdo provavelmente passaria por um processo de enriquecimento na troca de ideias.

Lidando com contradições: a construção da clínica psicossocial

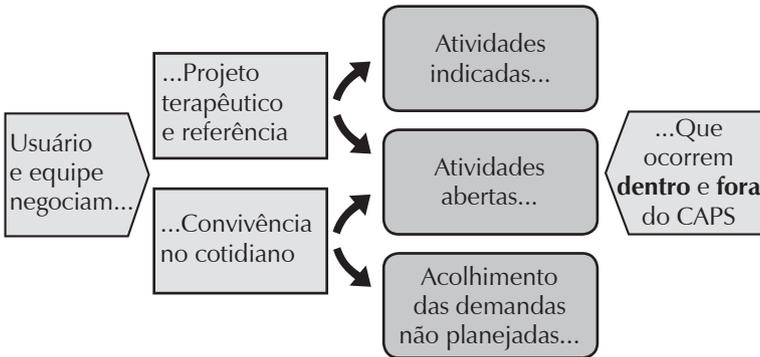
A Figura 3, já utilizada no Capítulo 7, nos é útil para mostrar as relações entre equipe e usuário; projeto terapêutico (ou seja, planejamento) e acolhimento do não planejado.

Só é possível dar conta dessas questões tendo consciência, o tempo todo, das contradições geradas pelo cuidado chamado de psicossocial (mas que em última análise poderiam ser estendidas a todo cuidado em saúde): independência e proteção; estímulo à

expressão e limite a atos destrutivos; negação da doença e superação da doença; autonomia do sujeito e poder contratual “emprestado”; aceitação da maneira de ser do outro e pedagogia para a adaptação; independência da vontade dos familiares e parceria com a família; superação dos preconceitos e aceitação dos valores da comunidade...

Essas contradições não precisam ser abafadas pela rigidez das teorias (ou, como gostamos de atribuir aos nossos adversários, pelas posições ideológicas ou afirmações de fé). Acreditamos que se verdadeiramente trabalhada entre todos os envolvidos, essa complexidade será o motor da mudança e a verdadeira prevenção da cronificação (do doente, da família, da instituição e de cada técnico de saúde).

Figura 3 – Ações no CAPS2



Referências

- Bowlby, J. (2006). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Campos, G. W. S.; Chakour, M.; Santos, R. C. (1997). “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):141-144.
- Campos, G. W. S. (1992). *A Reforma da Reforma*. Cap. 4, “Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS”. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (1999). “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403.

- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A.; Yasui, S. (2001). “As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial”. *Saúde em Debate*. 25(58): 12-25.
- Handler, J. F. (1992). “Dependency and discretion”. In: Hasenfeld, Y. (ed.), *Human services as complex organizations*. Newbury Park: Sage.
- Handler, J. F. (1996). *Down from bureaucracy: The ambiguity of privatization and empowerment*. Princeton: Princeton University Press.
- King, R.; Lloyd, C.; Meehan, T. (2007). *Handbook of psychosocial rehabilitation*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Linhorst, D. M. (2006). *Empowering people with severe mental illness – A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Luz, M. T. (2009). “Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática”. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 18, n. 2, p.304-311.
- Moxley, D. P.; Finch, J. R. (2003). *Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Nunes, M. et al. (2008): “A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um CAPS em Salvador, Bahia, Brasil”.
- Onocko-Campos, R. (2001). “Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental”. *Saúde em Debate*. 25(58): p. 98-111.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – Edusp.
- Rosler, W. (2006). “Psychiatric rehabilitation today: an overview”. *World Psychiatry*. 5:151-155.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades – Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia.
- Tykanori, R. (1996). “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. In: Pitta, A. (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Van Tosh, L.; del Vecchio, P. (2000). *Consumer-operated self-help programs: A technical report*. U.S. Center for Mental Health Services, Rockville, MD. 2000.
- Warner, R.; Taylor, D.; Powers, M.; Hyman, J. (1989). “Acceptance of the mental illness label by psychotic patients”. *American Journal of Orthopsychiaty*. 59(3): 398-409.
- Weingarten, R. (2001). “O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos”. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

Anexo

Modelo para registro do projeto e do contrato terapêutico

Nome:

Data:

Referências:

1. Levantamento das potencialidades

- Projeto pessoal:
- Habilidades observadas:

2. Levantamento dos problemas e necessidades

- Sintomas psiquiátricos:
- Saúde física:
- Autonomia (moradia, transporte, auto-cuidado):
- Família:
- Renda:
- Ocupação / Atividades cotidianas:
- Outros:

**3. Ações e estratégias identificadas como necessárias
(disponíveis ou não neste momento)**

4. Contrato (o que foi efetivamente combinado)

- Observações sobre o projeto negociado

5. Reavaliação periódica

Marcada com a equipe:

Marcada com o usuário do serviço:

Fernanda de Almeida Pimentel

Cecília Cruz Villares

Mário Dinis Mateus

É muito triste ver as pessoas rotulando as outras de esquizofrênicas... A expressão do rótulo é uma coisa realmente impressionante, as pessoas gostam de rotular. Eu li em um livro que o ser humano é considerado um universo em miniatura, então, como você pode chegar em um universo e ficar rotulando isso ou aquilo? E as outras coisas, não contam? Por que não arrancar o rótulo? Não precisava de mais nada, basta olhar para dentro do frasco para ver o que tem dentro. (R. V. L.)

Introdução

A noção de estigma surgiu na Grécia, sendo usada para nomear marcas, cicatrizes ou sinais corporais que evidenciassem algo de negativo ou mau sobre a moral das pessoas que os apresentassem. Eram marcas feitas com fogo ou cortes no corpo e denunciavam que os possuidores desses sinais eram criminosos, escravos, assaltantes ou traidores e por isso deviam ser publicamente evitados (Goffman, 1988). Ao longo do tempo essa noção se amplia e o conceito de estigma sofre mudanças, ganhando a conotação de sinais corporais da graça divina (marcas que se assemelhassem às cinco chagas de Cristo) e, na medicina, passou a ser usado para referir sinais corporais de doença física.

Atualmente o termo é usado para designar características de comportamento ou rótulos que marcam simbolicamente o in-

divíduo, causando vergonha, desaprovação e infortúnio, levando à discriminação social. É um fenômeno complexo que varia de acordo com contextos particulares e grupos específicos, como afrodescendentes, mulheres, homossexuais, pessoas obesas, portadores de HIV, de incapacidade física, presidiários e pessoas com transtorno mental (Lebel, 2008).

Segundo Link e Phelan (2001), independente do grupo específico, o processo de estigmatização envolve diversos fatores que se relacionam entre si (rotulação, estereótipo, segregação e diminuição do status/discriminação) e se faz existir e persistir devido às relações de poder existentes nas sociedades. Características indesejáveis dos grupos estigmatizados levam à criação de rótulos e estereótipos, fazendo com que os sujeitos pertencentes a tais grupos fiquem num plano mais baixo na hierarquia das relações sociais. Isso gera segregação e perda de status, que culminam na discriminação e exclusão.

No campo da saúde, portadores de doenças como câncer, SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), hanseníase, deficiências físicas, transtornos mentais, entre outras, além do sofrimento causado pelas questões clínicas intrínsecas a cada doença, sofrem ainda com o estigma e a consequente discriminação social. Isso tem um impacto negativo na qualidade de vida, sendo importante obstáculo para o êxito do tratamento.

Estigma associado aos transtornos mentais: consequências

Thornicroft et al. (2007) propõem que o estigma associado aos transtornos mentais é composto essencialmente por três elementos: ignorância (por exemplo, falta de ou conhecimento inadequado sobre os transtornos mentais), preconceito (crenças e atitudes negativas direcionadas às pessoas estigmatizadas, que incluem não somente pensamentos negativos como também emoções negativas: raiva, hostilidade e repugnância) e discriminação (comportamentos evitativos e de rejeição direcionados às pessoas estigmatizadas).

Nesse sentido, a maneira como se dá a percepção pública em relação aos transtornos mentais influencia diretamente na acei-

tação dos portadores pela sociedade (Peluso, 2004). Corrigan e Watson (2002) nomeiam *estigma público* as reações da população em relação às pessoas com transtorno mental, verificando-se em diversos estudos reações negativas associadas aos seus portadores, como por exemplo sentimentos de medo e antipatia. Constata-se também a tendência da população em considerar pessoas com transtorno mental como “imprevisíveis” e “perigosas”, incitando o desejo por distanciamento social, o que gera a discriminação e a conseqüente exclusão social. Isso é especialmente recorrente com relação à esquizofrenia, condição mais representativa da doença mental no imaginário das pessoas (Link, 1987; Crisp et al., 2000; Lai et al., 2000; Link e Phelan, 2001; Corrigan, 2003; Peluso, 2004; Van Dorn et al., 2005).

Empregadores, profissionais de saúde, vizinhos, colegas de trabalho, entre outros, podem ser agentes do estigma público. Como nos apontam Manning e White (1995) em seu estudo realizado com empregadores de grandes empresas, a maioria deles nunca ou ocasionalmente empregaria uma pessoa com esquizofrenia, sendo observadas significantes atitudes de resistência, ignorância e estigma em relação aos portadores de tal transtorno, revelando atitudes discriminatórias negativas em relação aos mesmos. Tais comportamentos e atitudes trazem experiências negativas aos portadores, incluindo prejuízo no acesso a tratamento e a outras oportunidades na vida (emprego, educação, moradia), culminando em sua sistemática exclusão social.

Ainda com relação à percepção pública acerca dos transtornos mentais, verifica-se que a mídia exerce forte influência nessa percepção, sendo considerada uma das principais fontes de informação para a população em geral a respeito desses transtornos (Ribeiro, 2005). No entanto, estudos apontam distorções da mídia acerca das doenças mentais e dos comportamentos dos portadores, sendo fornecidas informações inadequadas ao público em geral, que passa a ter uma imagem negativa dos portadores. Grande parte dos vilões nos filmes, seriados e novelas da TV americana são apresentados como possuindo algum tipo de “loucura”, a qual justificaria não só seu comportamento violento e transgressor, mas também um sádico senso de maldade (Hyler et al., 1991).

Nessas mesmas obras de ficção, quando o personagem com transtorno mental não é descrito como violento, muitas vezes surge como um personagem cômico, com seu comportamento estranho, tolo ou infantil. Também os profissionais de saúde mental, nessas obras de ficção, são apresentados como incompetentes, excêntricos ou malévolos com os pacientes. Na imprensa escrita e em programas informativos das rádios ou TVs, notícias envolvendo portadores de transtorno psicóticos em crimes tendem a ser sensacionalistas, superdimensionadas e passam conceitos errôneos à população (Ferriman, 2000). As notícias tendem a retratá-los como perigosos e nocivos, o que pode favorecer a perpetuação de crenças e atitudes negativas dirigidas às pessoas com transtorno mental (Warner, 2005; Ferriman, 2000; Guimón, 2001; Lai et al., 2000).

Autoestigma

Corrigan e Watson (2002) estão entre os autores que têm estudado a questão do estigma do ponto de vista dos portadores, contribuindo para a compreensão de como estes sofrem com o *autoestigma* (preconceito internalizado) e discriminação antecipatória (medo de virem a sofrer discriminação). Como já citado anteriormente, a rotulação das pessoas como “portador de transtorno mental” em geral evidencia atributos negativos como, por exemplo, serem considerados violentos e perigosos, além de despertarem sentimentos de desvalorização, descrédito e desejo por distância social. Esses atributos, crenças e sentimentos se aplicam aos portadores quando eles “se tornam doentes”, já que antes de estarem nessa condição, tais crenças e sentimentos formavam suas próprias concepções em relação às pessoas com transtorno mental. Dessa forma, portadores podem se desvalorizar ao se verem pertencendo à categoria que anteriormente acreditavam ser vista negativamente pelos outros e por eles mesmos, tendo essa crença efeitos negativos em sua autoestima. A expectativa de rejeição produz desmoralização e os portadores podem acreditar que serão evitados pelos outros, que deixarão de os querer como amigos, empregados, companheiros ou amantes (Link, 1987).

Nesse sentido, portadores podem aceitar a rotulação da doença mental e se sujeitar aos estereótipos atribuídos a essa rotulação, reeditando, de forma negativa, as expectativas que têm de si e de sua qualidade de vida, e sujeitando-se a condições de marginalização. Evitam se expor às situações do cotidiano como estratégia encontrada para enfrentar situações passíveis de discriminação, o que os mantém restritos em suas relações e convívio social (Link, 1987; Corrigan e Watson, 2002; Ertugrul e Ulug, 2004; Lysaker et al., 2007; Thornicroft et al., 2009). Do mesmo modo, como reflexo do autoestigma, os sujeitos podem não acreditar que merecem ter uma condição de vida mais favorável, já que se veem como inúteis e incapazes de se relacionar, conseguirem um emprego, fazer amigos, namorar. Ocultam seu diagnóstico, evitam se engajar em atividades e ter contato com as pessoas como estratégia de enfrentamento à discriminação que esperam sofrer.

Em decorrência disso, pessoas com transtorno mental podem apresentar sentimentos de vergonha e baixa autoestima, além de sentirem medo de experimentar discriminação. Essa desvalorização e a percepção negativa de si e de sua doença podem aumentar o isolamento e diminuir a autoestima, a procura e a adesão ao tratamento. Isso gera prejuízos na efetiva participação social em relação, por exemplo, a moradia, emprego, salário, saúde, culminando na sistemática exclusão social dos mesmos (Link, 1987; Lai et al., 2000; Corrigan e Watson, 2002; Lee et al., 2005; Lysaker et al., 2007; Pimentel, 2009).

Familiares e cuidadores também sentem o impacto negativo causado pelo estigma, especialmente familiares de portadores de esquizofrenia, sendo relatados elevados níveis de sobrecarga e sentimentos negativos, como vergonha e medo de serem discriminados ou evitados (Thara e Srinivasan, 2000; Shibre et al., 2001; Barak e Solomon, 2005). Familiares podem ser estigmatizados por associação e as chances de casamento diminuem para os irmãos do paciente, a família pode ser isolada, não sendo convidada para eventos sociais etc. Ideias errôneas sobre a doença decorrentes da criação recebida dos pais ou simplificações grosseiras dos fatores genéticos nas doenças mentais aumentam

ainda mais o peso a ser carregado pelos familiares, com ideias de culpa e vergonha.

Estigma estrutural

Verifica-se que o estigma é inerente às estruturas sociais que fazem parte da sociedade, influenciando as leis, os serviços, o sistema judiciário e a alocação dos recursos financeiros. Esse tipo de estigma, que atinge tudo o que se relaciona com a doença mental, é denominado por Corrigan e Watson (2002) de *estigma estrutural* ou *coletivo*. O estigma recai, portanto, não somente sobre o paciente e seus familiares, mas também se estende aos seus amigos e a tudo aquilo que diz respeito ao tratamento da doença mental, como as instituições de saúde mental, os profissionais que nela trabalham e os medicamentos psicotrópicos, que também são estigmatizados em nossa sociedade. É comum que locais de atendimento à saúde mental em hospitais e ambulatórios sejam mal equipados, alocados num setor de menor importância e movimentação da edificação. Funcionários que não se mostraram adequados em outros setores são transferidos para o setor de psiquiatria “onde não podem pôr em risco a vida de um paciente”. Os recursos investidos em saúde mental são desproporcionalmente pequenos em vista do impacto da doença mental na sociedade. Como lembra Sartorius (1999):

(...) a consequência é que [aos pacientes] é negado acesso ao melhor tratamento e a serviços de boa qualidade (...) cuidado subqualificado terá resultados pobres, o que confirmará o mito da intratabilidade das doenças mentais.

Verificamos, portanto, que as pesquisas repetidamente têm demonstrado que o estigma (público, autoestigma e estrutural) tem um impacto negativo na vida das pessoas estigmatizadas, gerando isolamento, exclusão, institucionalização e diminuição da qualidade de vida. O indivíduo pode ser impedido de se envolver ou se engajar em situações como interações sociais, trabalho, educação, vida comunitária, entre outros, prejudicando sua participação social e conseqüentemente sua saúde. Dessa forma,

diminuir o impacto do estigma da doença mental é certamente um dos maiores desafios para a melhora das condições de saúde mental em uma comunidade.

Estratégias de redução e ações de combate ao estigma

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2001 a campanha “Cuidar, sim. Discriminar, não”, visando colocar em foco o tema da estigmatização e provocar uma discussão com a opinião pública, estimulando o debate sobre como melhorar as condições atuais de saúde mental no mundo e diminuir a discriminação em relação ao doente mental. Tal tema tem sido mundialmente discutido, tendo em vista sua importância e impacto negativo na qualidade de seus portadores.

A complexidade dessa discussão aponta que o fenômeno do estigma e a consequente discriminação vivenciada por pessoas com transtornos mentais, em especial pessoas com esquizofrenia, é um ciclo complexo e intermitente que para ser interrompido demanda ações que considerem todos os fatores que o influenciam, bem como a relação entre eles (Thornicroft et al., 2009). A seguir traremos contribuições nesse sentido, dividindo as ações para redução do estigma em cinco tópicos (Quadro 1), a fim de abordarmos todos os fatores que estão presentes no ciclo.

Quadro 1 – Ações para redução do estigma

1. Estratégias gerais
2. Modificação das atitudes da população e no sistema educativo
3. Modificação das atitudes dos profissionais de saúde
4. Modificação das atitudes dos meios de comunicação
5. Promoção e defesa dos direitos

1. Estratégias gerais

Inicialmente devemos observar que cada comunidade reage à doença mental com nuances particulares e que para combater

a estigmatização do paciente temos que primeiramente entender em profundidade como ela se manifesta localmente.

Grupos focais (Dawson et al., 1992) podem ser uma boa alternativa para um levantamento das principais queixas e sugestões das pessoas com transtornos mentais, familiares e profissionais de saúde mental, assim como das atitudes e comportamentos frente à doença mental, na população e em grupos críticos (profissionais de saúde em geral, mídia, educadores, policiais, entre outros que podem surgir nos próprios grupos focais).

Grandes campanhas de comunicação contra o estigma foram realizadas no período pós-2.^a Guerra Mundial, nos EUA, com pouca efetividade na época. Desde então as técnicas de comunicação em educação para a saúde têm se aperfeiçoado, como, por exemplo, pela “segmentação das audiências”: grupos-alvo mais homogêneos são identificados e estratégias de ação específicas são planejadas (WPA, 1999). Campanhas para prevenção da SIDA, planejamento familiar, redução da mortalidade infantil, entre vários exemplos, vêm se mostrando efetivos quando bem planejados e implementados.

As campanhas informativas aos diferentes públicos-alvo podem ser iniciadas por reuniões para grupos de interessados, privilegiando o diálogo e a troca de experiências. Profissionais de saúde mental, portadores de transtorno mental e familiares podem ser convidados para tal atividade, apresentando-se em conjunto, procurando-se mesclar informação científica com depoimentos das dificuldades vividas em decorrência do estigma e da discriminação.

Essas reuniões podem ser oferecidas para acontecer em diferentes instituições e locais públicos, baseando-se no voluntariado. O custo é baixo pois dependem apenas do transporte dos palestrantes e da infraestrutura da apresentação.

Essa estratégia não deve ser a única ação contra a estigmatização, mas tem vantagens na criação de uma massa crítica de pessoas sensibilizadas e de um acúmulo de temas e relatos que alimentam outras medidas de maior proporção. Além disso, os profissionais de saúde envolvidos aprimoram sua sensibilidade clínica às questões envolvendo o estigma da doença, respeito

aos direitos do paciente, consequências do erro diagnóstico etc., e o paciente e o familiar têm sua autoestima aumentada, lançando-se aqui a semente para associações de defesa dos usuários de saúde mental.

2. Modificação das atitudes na comunidade

Favorecer o aumento do conhecimento da população em relação aos transtornos mentais e sobre os tratamentos possíveis para tais transtornos pode diminuir o estigma e as atitudes discriminatórias negativas em relação a essas pessoas. Campanhas educativas podem ser uma estratégia para isso e devem considerar tanto ações voltadas para a população em geral como para públicos específicos. Dentre as estratégias possíveis, priorizar estudantes dos diversos níveis de ensino tem como vantagens:

- acesso fácil ao público alvo;
- já há uma familiaridade com técnicas de ensino (palestras, grupos de discussão);
- esses estudantes podem, com seu entusiasmo natural, ter um melhor efeito multiplicador, levando essas informações às suas famílias e comunidade.

Em intervenções contra o estigma da doença mental, um dos maiores preditores de impacto positivo é o contato prévio, pelo participante da intervenção, com pessoa com doença mental (Penn, 1984; Penn et al., 2003; Moraes, 2006). Esse contato não só possibilita a percepção da dimensão humana do portador como permite que se contraponham a experiência real e os mitos da periculosidade ou imprevisibilidade do doente mental, por exemplo. Esse dado é útil para o planejamento de ações educativas, que deveriam expor situações o mais próximas possível da realidade, como, por exemplo, utilizando depoimentos de portadores (que, dependendo da forma de vinculação da campanha educativa, devem ter garantias de anonimato oferecidas) ou atores representando portadores em fases diferentes da doença, como fora da crise, trabalhando, com a família etc.

Ações que aumentem a possibilidade de contato diário entre portadores e demais membros da comunidade, acompanhando

das do aumento de conhecimentos dessa comunidade sobre a doença, talvez sejam as mais efetivas na redução do estigma em longo prazo. Ações em parceria com outros setores, como esporte, lazer e cultura, que incluam a participação de portadores em atividades com a comunidade são facilitadoras desse contato, assim como o tratamento aberto e comunitário, como é a proposta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou o simples fato do paciente mais comprometido, antes trancado em um quarto ou vagando pelas ruas, passar a viver em uma residência terapêutica e fazer suas compras no mercado do bairro.

3. Modificação das atitudes dos profissionais de saúde

Doenças de longa evolução geralmente são vistas com desconfiança e pessimismo por profissionais de saúde, reduzindo a expectativa e o investimento do profissional e prejudicando o tratamento dos pacientes (Byrne, 2000), e isso é semelhante nas doenças mentais. Em função disso, identificar e combater as próprias atitudes estigmatizantes deveria ser uma das metas do profissional de saúde. Um dos instrumentos mais valiosos nesse processo é a educação e o uso cuidadoso da linguagem e das formas de abordar o portador.

Compartilhar conhecimentos com os pacientes e seus familiares ajuda a diminuir a culpa e a vergonha que os afligem. Ofertar informações sobre a doença, o tratamento e recuperação é essencial, pois pode ajudar portadores e familiares a lidar com a mesma (White, 2001) da melhor forma, além de empoderá-los para isso. Nesse processo, é fundamental não confundir o paciente com seu diagnóstico, evitando utilizá-lo como um adjetivo. Uma intervenção a esse nível significa, além de diminuir o desrespeito verbal à pessoa estigmatizada, uma tentativa de dizer que existe algo errado na linguagem daquele que estigmatiza.

Para desenvolver essa tarefa, o profissional precisa capacitar-se e adquirir habilidades relacionais e de comunicação (Sartorius, 1998). Sobretudo, é importante ser empático, escutar; tolerar e compreender o paciente como um indivíduo com preocupações e necessidades (Scambler, 1998; Crisp, 2000). Essas necessidades podem ser investigadas conhecendo-se a natureza

das experiências adversas do paciente, a extensão de suas redes sociais, sua autoimagem e outros aspectos relevantes de suas características pessoais, incorporando essas questões no plano de tratamento. Reconhecer a existência do preconceito é tão fundamental quanto investigar a presença de ideação suicida (Byrne, 1999).

Com relação à terapêutica medicamentosa, profissionais médicos devem privilegiar o uso de psicofármacos que controlem os sintomas e, ao mesmo tempo, reduzam ao mínimo os efeitos secundários indesejáveis (Haghighat, 2001). Os efeitos extrapiramidais do tipo discinesia ou parkinsonismo secundário, a sedação, a sialorréia, além do ganho excessivo de peso, são muito chamativos e contribuem não só para o abandono do tratamento, mas também para o estigma da doença na acepção mais concreta do termo: o paciente com esses efeitos colaterais traz no rosto a marca da doença. A correção dos efeitos colaterais com o uso de anticolinérgicos ou quando possível com os chamados neurolépticos de nova geração, assim como a orientação dietética dos pacientes e ações de apoio para aumento da autoestima e empoderamento são cuidados de grande impacto na inserção social dos pacientes.

Vale ressaltar que a prevenção do estigma é, provavelmente, mais efetiva do que as ações que visam combatê-lo. Uma etapa privilegiada para esse tipo de prevenção é o período de formação dos profissionais de saúde. Essa tarefa pode ser operacionalizada estimulando-se o debate sobre o estigma, encorajando os estudantes a resolver os seus próprios conflitos emocionais e capacitando-os a reconhecer e modificar suas atitudes discriminatórias.

4. Modificação das atitudes dos meios de comunicação

Diversos estudos sobre o conteúdo veiculado nos meios de comunicação a respeito da doença mental, seu tratamento e consequências, alertam para distorções, como citado anteriormente. É importante ressaltar que qualquer ação contra o estigma da doença mental deve contar com o apoio dos meios de comunicação:

1. por meio de contatos com profissionais e agências de comunicação, alertando sobre as consequências da desinformação e do preconceito (Mayer, 1992);
2. cobrando maior espaço para a divulgação de conceitos científicos e sobre iniciativas promovedoras da integração do paciente;
3. orientando sobre informações e estereótipos que devem ser evitados.

5. *Promoção e defesa dos direitos*

Os direitos das pessoas com transtornos mentais passam pelo direito ao melhor tratamento disponível, direito a ajuda social do Estado, direito de não ser discriminado pela sua condição.

Grupos de apoio aos portadores de transtornos mentais e seus familiares devem ser estimulados, pois, além da pressão social que fazem por mudanças, identificam práticas discriminatórias e também são instrumento terapêutico valioso para melhoria da autoestima, engajamento no tratamento, entendimento da doença, auxílio na comunicação com familiares, colegas, vizinhos, empregadores etc. e favorecendo a reabilitação e a integração social do paciente, empoderando-o para ser agente de transformação (Pimentel et al., 2011).

Intervenções junto às empresas podem também ser proveitosas, para diminuir a discriminação na contratação de funcionários e mesmo oferecer condições de trabalho protegido para pessoas com dificuldades devido à doença (Bond et al., 1997).

Em maior escala, o setor da saúde deve buscar contatos na sociedade para gerar uma política de proteção legal aos portadores de transtornos mentais e contra a sua discriminação. Como exemplos, podemos citar campanhas para que portadores de transtornos mentais não permaneçam injustamente detidos em prisões ou para que a distribuição de medicação psiquiátrica esteja garantida nos serviços de saúde de maneira semelhante à política para outros transtornos de longa duração.

Tais atividades também devem levar em conta a ideia de *empoderamento* (Corrigan e Garman, 1997), abordada no Capítulo 17, sobre atenção psicossocial.

Considerações finais

O estigma e a discriminação têm consequências drásticas na vida de portadores de transtornos mentais e devem ser considerados pelas pessoas que se propõem a tratá-los. Em resumo, as estratégias para reduzir o estigma associado a transtornos mentais devem incluir:

- educação e orientação para informar sobre os transtornos mentais, esclarecendo dúvidas e mitos relacionados a esse tema, considerando tanto a comunidade em geral como grupos específicos (estudantes, profissionais de saúde);
- contato com os portadores de transtorno mental, a fim de desmistificar crenças errôneas associadas a eles;
- ações voltadas para o aumento da autoestima e empoderamento de portadores de transtorno mental, priorizando intervenções consentidas por eles, a fim de auxiliá-los no enfrentamento de obstáculos impostos pela discriminação;
- intervenções de apoio aos portadores, familiares e serviços de saúde mental.

Destacamos a importância da visão das pessoas com transtornos mentais no planejamento de ações para lidar com essa questão, tendo-o como protagonista nesse processo, pois só assim as ações poderão de fato ser efetivas.

Referências

- Assis, J. C.; Villares, C. C.; Bressan, R. A. (2008). *Entre a razão e a ilusão: desmistificando a loucura*. São Paulo: Segmento Farma.
- Barak, D.; Solomon, Z. (2005). "In the shadow of schizophrenia: A study of siblings perceptions". *J Psychiatry Relat Sci*, 2005; 42(4): 234-41.
- Bond, G. R.; Drake, R. E.; Mueser, K. T. et al (1997). "An update on supported employment for people with severe mental illness". *Psychiatric Services*, 48: 335-346.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advanced Psychiatric Treatment*. 6: 65-72.

- Byrne, P. (1999). "Stigma of mental illness. Changing minds, changing behaviour". *British Journal of Psychiatry*, 174: 1-2.
- Corrigan, P.; Thompson, V.; Lambert, D. et al. (2003). "Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness". *Psychiatric Services*, 2003; 54 (8): 1105-10.
- Corrigan, P. W.; Watson, A. C. (2003). "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World Psychiatry*, 2002, 1(1): 16 -20.
- Corrigan, P. W.; Garman, A. N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services*, 48(3): 347-352.
- Crisp, A. H.; Gelder, M. G.; Rix, S. et al. (2000). "Stigmatisation of people with mental illnesses". *Br J Psychiatr*. 177: 4 -7.
- Dawson, S.; Manderson, L.; Tallo, V. L. (1992). "The Focus Group Manual". WHO.
- Ertugrul, A.; Ulug, B. (2004). "Perception of stigma among patients with schizophrenia". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004; 39: 73-7.
- Ferriman, A. (2000). "The stigma of schizophrenia" [editorial]. *BMJ*, 320: 522.
- Goffman, E. (1988). *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guimón, J. (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatria*. Ginebra: Core Academic.
- Haghighat, R. "A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation". *British Journal of Psychiatry*, 2001: 178: 207-215.
- Hyder, S. E.; Gabbard, G. O.; Schneider, I. (1991). "Homicidal maniacs and narcissistic parasites: Stigmatization of mentally ill persons in the movies". *Hospital Community Psychiatry*, 42: 1044-1048.
- Lai, Y. M.; Hong, C. H.; Chee, C. Y. I. (2000). "Stigma of mental illness". *Singapore Med J*, 42(3):111-14.
- Lebel, T. P. (2008). "Perceptions of and responses to stigma". *Sociology Compass*, 2(2): 409-32.
- Lee, S.; Lee, M. T. Y.; Chui, M. Y. L.; Kleinman, A. (2005). "Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong". *Br J Psychiatr*, 186, 153-577.
- Link, B. G. (1987). "Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection". *American Sociological Review*, 52: 96 -112.
- Link, B. G.; Phelan, J. C. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annu Rev Sociol*, 27: 363-85.
- Link, B. G.; Struening, E. L.; Neese-Tood, S.; Asmussen, S.; Phelan, J. C. et al. (2001). "Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness". *Psychiatr Serv*, 52: 1621-26.
- Lysaker, P. H.; Roe, D.; Yanos, P. T. (2007). "Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders". *Schizophrenia Bulletin*.33(1): 192 -99.
- Manning, C.; White, P. D. (1995). "Attitudes of employers to the mental ill". *Psychiatric Bulletin*, 19: 541 -43.
- Mayer, A.; Barry, D. D. (1992). "Working with the media to destigmatize mental illness". *Hospital Community Psychiatry*, 43: 77-78.

- Moraes, G. C. (2006). “Crenças e atitudes estigmatizantes em relação a portadores de esquizofrenia em adolescentes estudantes da série intermediária do Ensino Médio: avaliação e intervenção” (tese de mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Gráfica Brasil.
- Peluso, E. T. P.; Blay, S. L. (2004). “Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin America and Caribbean studies”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 955 -61.
- Peluso, E. T. P. (2004). “A percepção pública de transtornos mentais na cidade de São Paulo” (tese de doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Penn, D. L.; Chamberling, C.; Muesser, K. T. (2003). “The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma”. *Schizophr Bull*, 29(2):383-391.
- Penn, D. L.; Kim, G. et al (1994). (1994). “Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best?” *Schizophrenia Bulletin*. 20 (3): 567-578.
- Pimentel, F. A.; Miranda, A. M. P.; Orsi, J. A.; Santos, F. V.; Villares, C. C. (2012). “Empowerment and schizophrenia: The experience of the Welcome Group at the Schizophrenia Program (Proesq), Federal University of São Paulo (Unifesp)”. Poster apresentado no Refocus on Recovery Conference, Londres.
- Pimentel, F. A. (2009). “Esquizofrenia e participação social: a percepção do portador em relação ao estigma e discriminação”. (tese de mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Ribeiro, L. (2005). “A esquizofrenia como assunto midiático: uma abordagem qualitativa” (tese de mestrado). São Paulo: Universidade Federal da São Paulo.
- Sartorius, N. (1998). “Stigma: What can psychiatrists do about it?” *The Lancet*, 352: 1058-9.
- Scambler, G. (1998). Stigma and disease: Changing paradigms. *The Lancet*, 352: 1054-5.
- Shibre, T.; Negash, A.; Kullgren, G.; Kebede, D.; Alem, A.; Fekadu, A. et al. (2001). “Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 299-303.
- Thara, R.; Srinivasan, T. N. (2000). “How stigmatising is schizophrenia in India?” *Int J Soc Psychiatry*, 46(2): 135-41.
- Thornicroft, G.; Brohan, E.; Rose, D.; Sartorius, N. et al (2009). “Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey”. *The Lancet*, 373:408-15.
- Thornicroft, G.; Rose, D.; Kassan, A.; Sartorius, N. (2007). “Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination?” *Br J Psychiatr*. 190:192-93.
- Van Dorn, R. A.; Swanson, J. W.; Elbogen, E. B.; Swartz, M. S. (2005). “A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: Perceived likelihood of violence and desire for social distance”. *Psychiatry*. 68(2): 152-63.
- Warner, R. (2005). “Reduzindo o estigma associado à esquizofrenia”. In: Maj, M.; Sartorius, N. (orgs.). *Esquizofrenia*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

- White, P. D. (2001). "Solution to stigma: Sharing knowledge with the patient". In: *Changing Minds Campaign*. Chapter 9: "Some strategies to tackle stigmatization and discrimination". Disponível em [www.stigma.org.].
- World Psychiatric Association – WPA (1999). The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, volume II: Information about schizophrenia relevant to programme implementation. WPA.
- World Psychiatric Association – WPA (2001). WPA on line – Sectorial Activities – Institutional Programs – Programs Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. WPA.

CAPÍTULO 19 | Política de saúde mental para crianças e adolescentes

*Edith Lauridsen Ribeiro
Cristiane Silvestre de Paula*

O cuidado integral na infância e na adolescência, nele incluída a atenção em saúde mental nas áreas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação psicossocial, é direito das nossas crianças e adolescentes e dever fundamental de nossa sociedade.

Segundo a OMS (2005b):

Crianças e adolescentes com boa saúde mental são capazes de alcançar e manter bem-estar e funcionamento psicológico e social ótimos. Devem ter senso de identidade e autoestima, relações familiares e com seus pares sólidas e seguras, habilidade de aprender e produzir, capacidade para enfrentar os desafios do desenvolvimento e utilizar os recursos culturais para maximizar o crescimento. Além disso, boa saúde mental de crianças e adolescentes é crucial para que alcancem participação social e econômica ativa.

Para tanto é necessária a existência de políticas públicas formais e explicitadas voltadas para crianças e adolescentes, entendendo políticas como o conjunto de valores, princípios, diretrizes e normas que regulamentam as práticas sociais e a gestão dos bens públicos em função de um bem individual e coletivo (Amstalden e col., 2010), como foi abordado no Capítulo 5. Políticas públicas são essenciais para o desenvolvimento racional de sistemas e serviços de cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. Sem política não há um roteiro para o desenvolvimento de programas, compromisso identificável das autoridades

governamentais, articulação de governança, fontes e mecanismos de financiamento claros, nem a identificação dos responsáveis pela oferta de programas e ações de saúde mental para crianças e adolescentes (Shatkin e Belfer, 2004).

É importante ressaltar que poucos países no mundo dispõem de uma clara política voltada para Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA). Shatkin e Belfer (2004) coletaram dados sobre políticas públicas em 191 países e encontraram, em 35 deles (18% do total), alguma política de saúde mental identificável que poderia ter impacto benéfico sobre crianças e adolescentes, sendo que apenas em 14 desses países (7%) foram encontradas políticas voltadas para SMCA claramente articuladas. Esse mesmo estudo, analisando os dados em dois cortes temporais (antes e depois de 1990), identificou um progresso recente no desenvolvimento dessas políticas: dos 35 países com algum tipo de política, em 23 deles (66%) esta foi desenvolvida nos últimos 10 anos. Mesmo com esse esforço recente, há uma grande defasagem entre a necessidade de cuidados e a oferta de serviços em SMCA em todos os países, em especial nos países mais pobres, onde as crianças e adolescentes representam maior porcentagem da população.

A Organização Mundial da Saúde tem envidado esforços no sentido de induzir a melhoria do cuidado em saúde mental por meio de publicações que orientam os países e governos na melhoria de suas políticas voltadas para SMCA. Dois documentos são especialmente importantes:

- *Atlas: Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future* (WHO, 2005a).

- *Child and adolescent mental health policies and plans* (WHO, 2005b).

Há várias razões convincentes para que sejam elaboradas políticas públicas de saúde mental específicas para crianças e adolescentes (WHO, 2005b):

- problemas de saúde mental na infância e adolescência prejudicam a qualidade de vida e provocam estresse e sofrimento, tanto para a criança e o adolescente, quanto para sua família (WHO, 2001);

- crianças e jovens com problemas de saúde mental podem perder oportunidades em certos momentos da vida, em decorrência de seus sintomas ou do prejuízo funcional relacionado a estes, que são irrecuperáveis no futuro. Sabe-se que os impactos negativos são de longo prazo, incluindo diminuição da capacidade produtiva, aumento de utilização de serviços de saúde e maiores necessidades nos setores educacionais, de assistência social e de justiça (Belfer, 2008; Costello et al., 2005);
- como problemas específicos de saúde mental estão relacionados a determinadas idades e estágios do desenvolvimento, programas e intervenções específicos podem ser implementados com foco e maior efetividade;
- como há alto grau de continuidade entre os problemas de saúde mental das crianças e dos adultos, sendo que a maioria dos casos identificados tardiamente já apresentava sintomas precoces, intervenções precoces podem prevenir ou reduzir a probabilidade de prejuízos de longo prazo (Rutter et al., 2006);
- existem intervenções efetivas que reduzem a carga dos transtornos mentais para as pessoas e suas famílias e diminuem o custo dos sistemas de saúde e das comunidades;
- não é possível transpor políticas voltadas à população adulta para crianças e adolescentes, pois os problemas de saúde mental encontrados, os principais fatores de risco e de proteção, e as estratégias de intervenção são específicos dessa faixa etária e diferentes no caso dos adultos (Couto et al., 2008).

A existência de uma política de SMCA provê um guia seguro para o desenvolvimento do sistema de saúde em geral e dos serviços da saúde mental, evitando assim a fragmentação, a falta de efetividade, gastos elevados e falta de acessibilidade na atenção à saúde mental. A política de saúde mental pode fazer parte de uma política voltada para crianças e adolescentes em geral, ou de uma política voltada para saúde mental ou ser uma política isolada. O mais importante é que tenha impacto na organização dos siste-

mas e serviços de saúde, ressaltando a importância do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes para o futuro destas, das famílias, das comunidades e da sociedade em geral.

O processo de elaboração dessas políticas envolve vários passos (WHO, 2005b):

1. Avaliar a prevalência dos problemas de saúde mental mais comuns na comunidade. Conhecer o território onde as pessoas vivem, os serviços que já existem, a legislação e as normas vigentes, a disponibilidade financeira e de recursos humanos existentes, e o ponto de vista e as atitudes dos profissionais envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes.

2. Conhecer os principais estudos sobre a efetividade das intervenções e distinguir intervenções que podem ser efetivas para o território em questão, pois nem todas as propostas são boas para todos.

3. Buscar consenso entre os vários interessados (*stakeholders*) envolvidos. É necessário um processo de negociação entre todos os envolvidos, pois nem sempre as propostas e ideias iniciais dos profissionais (da saúde e da rede intersetorial), dos pais, familiares e pacientes e dos gestores coincidem. Há várias boas razões para a construção de consensos: 1) a assistência a crianças e adolescentes deve ser essencialmente intersetorial, o que envolve uma extensa gama de interessados; 2) o processo de consultas àqueles que estão implicados no processo aumenta o envolvimento e a corresponsabilização de todos na proposta; e 3) o envolvimento na elaboração da política desde o início favorece o desenvolvimento de potenciais contribuições de cada setor, o que pode levar a uma proposta mais abrangente, mais realista e com maior probabilidade de sucesso na implementação.

4. Conhecer experiências de outros locais, dentro e fora do país, pode contribuir para o desenho de uma política mais efetiva. Vários organismos governamentais e internacionais (entre eles a OMS) elaboraram documentos sobre políticas de saúde mental no intuito de apoiar os gestores.

5. Elaborar a visão, valores, princípios e objetivos da política a partir dos passos anteriores. A imagem de futuro construída nessa etapa servirá de guia para a elaboração dos planos, progra-

mas e projetos a serem implantados. A visão deve ser ambiciosa, mas realista, identificada com as necessidades e demandas de todos os interessados (ver Capítulo 5).

6. Determinar as principais áreas de ação. Como já detalhado no Capítulo 5, são várias as áreas possíveis de intervenções e é importante ter um consenso sobre quais são prioritárias (financiamento, organização de serviços, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, colaboração intersetorial, *advocacy*, legislação e direitos humanos, recursos humanos, melhoria da qualidade, sistemas de informações e pesquisa, e avaliação das políticas e serviços).

7. Determinar o papel e a responsabilidade de cada setor implicado na política. Lembrar que crianças e adolescentes são sempre “intersetoriais” e que todos os setores envolvidos (educação, assistência social, justiça, entre outros) devem participar do processo desde o início, assumindo e compartilhando responsabilidades.

Após a elaboração da política é necessário desenvolver um plano para sua operacionalização. Política sem plano são palavras ao vento. Elaborar estratégias, definir prioridades e estabelecer cronogramas são indispensáveis para efetiva implantação da política. Uma das formas de avaliar as prioridades da política é verificar quanto do orçamento está sendo realmente gasto para operacionalização das estratégias previstas.

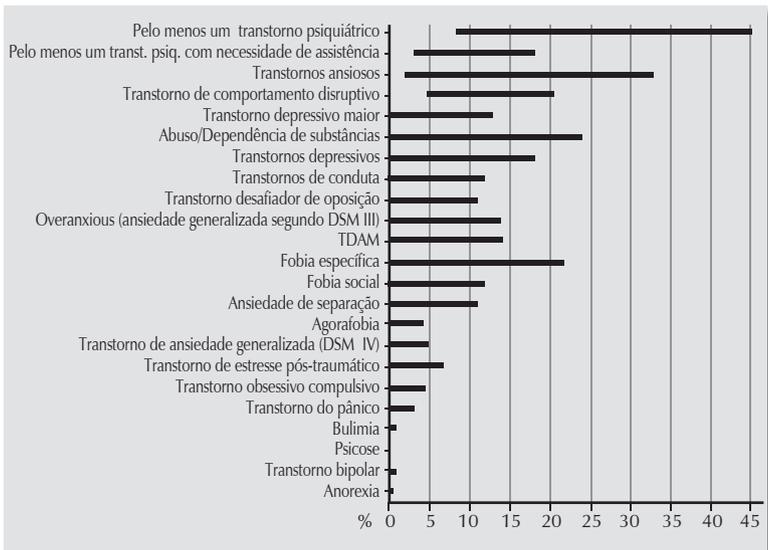
Necessidades de saúde mental da população infantojuvenil

A epidemiologia é uma disciplina voltada aos estudos dos determinantes e condições de ocorrência de doenças, com base em fundamentos quantitativos. Trata-se de uma abordagem focada no levantamento populacional de doenças e agravos à saúde, visando formas de intervenção e prevenção. Estudos epidemiológicos auxiliam na compreensão da distribuição de doenças e eventos ligados à saúde, considerando regiões e momentos históricos específicos (Carvalho, 2006), sendo uma linha teórica que permite o reconhecimento de fatos e de teorias que podem ser usados como guias para decisões de como melhor intervir, no sentido de prevenir e tratar doenças (Costello et al., 1993). Assim,

os principais objetivos da epidemiologia podem ser resumidos em: i) descrever a frequência e distribuição de eventos ligados à saúde; ii) explicar a ocorrência desses eventos (identificação de causas); iii) prever esses eventos (generalização); iv) prevenir ou amenizar os eventos ligados à saúde e v) avaliar programas e projetos, preventivos e terapêuticos.

Especificamente em relação à SMCA, a epidemiologia tem sido considerada uma disciplina de destaque, pois contribui para o planejamento de políticas públicas e para identificação e tratamento precoces. Estudos internacionais apontam que os problemas de saúde mental na infância e adolescência são frequentes. Em 2005 foi publicada uma importante revisão da literatura, reunindo os principais estudos de prevalências realizados em países desenvolvidos até aquele momento. A tabela abaixo, adaptada do artigo original (Costello, 2005) apresenta esses resultados. Vale ressaltar que a mediana de transtornos psiquiátricos na infância é de 12%.

Gráfico 1 – Resumo dos estudos de prevalência realizados desde 1993: estimativas maiores, menores e mediana para indivíduos de 15-17 anos de idade



No Brasil já foram concluídas 13 pesquisas descrevendo a frequência dos problemas de saúde mental na infância e na adolescência, assim como sobre os principais fatores de risco associados a elas. Esses estudos foram publicados entre 1980 e 2009 e realizados com amostras representativas da população geral. De forma geral, em concordância com pesquisas realizadas ao redor do mundo, é possível afirmar que os estudos epidemiológicos nacionais apontaram taxas de prevalência de problemas de saúde mental variando entre 10 e 20%. De forma mais específica, observou-se que essas taxas variaram de 12,0% a 24,6%, quando considerados os 10 estudos que se basearam em instrumentos de rastreamento, e de 7,0% a 12,7% entre os três estudos que utilizaram entrevistas diagnósticas, ou seja, entre aqueles que se referiam a taxas de prevalência de transtornos psiquiátricos (Paula et al., 2010).

Somados a esses, dois estudos do tipo *follow-up* já foram finalizados (Goodman et al., 2007; Anselmi et al., 2008), contribuindo para o reconhecimento dos principais fatores de risco para problemas de saúde mental entre crianças e jovens brasileiros.

Uma recente revisão da literatura compilou todos esses 15 estudos epidemiológicos brasileiros (Paula et al., 2010). Segundo essa revisão, alguns deles podem ser considerados bem estabelecidos por terem sido confirmados em pelo menos três pesquisas epidemiológicas com rigor metodológico: i) crianças/adolescentes vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis (como baixa renda familiar, más condições de moradia, baixa escolaridade e desemprego dos pais); ii) filhos de mulheres com problemas de saúde mental; e, como já apontado em estudos internacionais, iii) crianças/jovens vítimas de punições físicas ou expostos à discórdia intrafamiliar (Paula et al., 2010).

Outros fatores de risco relevantes, segundo esta revisão, mas que ainda precisam ser mais bem investigados em pesquisas epidemiológicas brasileiras, por terem sido relatados em apenas um ou dois estudos, são: i) exposição à violência urbana (Paula et al., 2008); ii) menor Quociente de Inteligência da criança/jovem (Goodman et al., 2007); iii) ausência do pai no domicílio (Curto et al., 2011); além de associações com iv) baixo desempenho escolar (Rohde et al., 1999); e v) repetência escolar (Tramontina et al.,

2002). Vale lembrar que o efeito cumulativo de múltiplos fatores é mais importante que a presença de fatores isolados, do mesmo modo que adversidades duradouras ou que se repetem com frequência são as mais prejudiciais ao desenvolvimento das crianças (Appleyard et al., 2005).

Se por um lado existem consistentes evidências sobre fatores de risco baseadas em estudos epidemiológicos brasileiros de alta qualidade metodológica, chama atenção a falta de dados sobre os fatores de proteção para a saúde mental das crianças e jovens. A revisão da literatura nacional citada acima (Paula et al., 2010) revela que entre os 15 estudos epidemiológicos já concluídos, quase todos haviam investigado um ou mais fatores de risco psicossociais, mas apenas um único explorou fatores de proteção associados à saúde mental das crianças e jovens (Paula et al., 2008).

Assim, é possível concluir que as evidências científicas no campo da saúde mental da infância e da adolescência avançaram muito nos últimos anos; entretanto, isso ainda pode ser considerado recente, pois apesar do primeiro estudo epidemiológico brasileiro ter sido publicado em 1981 (Almeida-Filho et al., 1981), apenas no ano 2001 (Fleitlich e Goodman, 2001) é que foi concluído o primeiro estudo nacional com alto rigor metodológico. Por isso, ainda há muito a ser feito nessa área do conhecimento, principalmente no que tange a i) pesquisas que abarquem diversas regiões do país (os 15 estudos citados acima foram realizados em apenas três Estados: São Paulo, Rio Grande do Sul e Bahia); (ii) pesquisas utilizando instrumentos que permitam o diagnóstico de transtornos psiquiátricos; iii) pesquisas do tipo *follow-up*; e iv) pesquisas que investiguem fatores de proteção.

Políticas de SMCA no Brasil

Para entender melhor como foram constituídas as políticas públicas brasileiras voltadas para SMCA, é interessante recuperar a história das práticas voltadas ao cuidado da infância e da adolescência no nosso País.

De maneira sucinta, podemos identificar alguns períodos nessa história (Lorenzi, 2007):

• *Até 1900 (final do Império e início da República)*: não há registro de políticas sociais desenhadas pelo Estado brasileiro. A população carente era cuidada pela Igreja Católica por meio de algumas instituições, em especial as Santas Casas. Uma característica desse período é a existência do sistema da Roda que tinha como objetivo recolher crianças abandonadas e donativos.

• *De 1900 a 1930 (a República)*: em 1923 foi criado o Juizado de Menores e em 1927 foi promulgado o primeiro documento legal voltado para a população com menos de 18 anos, que foi o Código de Menores, também conhecido como Código Mello Mattos (o primeiro juiz de menores da América Latina). Esse Código não era endereçado a todas as crianças, mas apenas àquelas em “situação irregular” (o menor abandonado ou delinquente) e visava estabelecer diretrizes claras no trato da infância e juventude excluídas (o juiz passou a ser portador de grande poder, sendo que o destino de muitas crianças ficava à mercê do julgamento e da ética de cada juiz).

• *De 1930 a 1945 (o Estado Novo)*: em 1942 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor – SAM, órgão do Ministério da Justiça que funcionava como um equivalente do sistema penitenciário para a população menor de idade, com orientação correcional-repressiva. Previa atendimentos diferentes para o adolescente autor de ato infracional e para o menor carente e abandonado:

- Adolescente autor de ato infracional – internatos, reformatório e casas de correção;

- Menor carente e abandonado – patronatos agrícolas e escolas de aprendizagem de ofícios urbanos.

• *De 1945 a 1964 (redemocratização)*: com o fim do Estado Novo mudanças trouxeram de volta instituições democráticas. O SAM passa a ser considerado, pela opinião pública, repressivo e desumanizante. Em 1950 foi instalado o primeiro escritório da Unicef no Brasil.

• *De 1964 a 1979 (regime militar)*: para a área da infância esse período foi pautado por dois documentos significativos:

- A lei que criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – Funabem (lei n.º 4.513, de 01/12/1964), que herdou do SAM a cultura organizacional.

- O Código de Menores de 1979 (lei n.º 6.697, de 10/10/1979), que se constituiu na revisão do Código de Menores de 1927, não rompendo, dessa forma, com a arbitrariedade, assistencialismo e repressão junto à população infantojuvenil. Esse Código introduziu o conceito de “menor em situação irregular” que compreendia meninos e meninas como infância “em perigo” e infância “perigosa”.

• *Década de 1980 (abertura democrática)*: a abertura democrática permitiu a ampliação da discussão sobre a infância e a adolescência. Essa discussão se polarizou entre dois grupos: os menoristas (que defendiam a manutenção do Código de Menores – Doutrina da Situação Irregular) e os estatutistas (que defendiam uma grande mudança no Código, instituindo novos e amplos direitos às crianças e adolescentes que passariam a ser sujeitos de direitos – Doutrina da Proteção Integral). Com a promulgação da nova Constituição (1988), o enfoque da Doutrina da Proteção Integral concretizou-se no artigo 227.

• *Década de 1990 (consolidando a democracia)*: a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (lei n.º 8.069, de 13/07/1990) consolidou uma grande conquista da sociedade brasileira: a produção de um documento de direitos humanos que contempla o que há de mais avançado na normativa internacional em respeito aos direitos da população infantojuvenil.

Dessa forma, desde o início do século XX até a Constituição de 1988, as políticas públicas pouco referendaram o cuidado integral das nossas crianças e adolescentes, respaldadas que estavam por leis elaboradas sob a Doutrina da Situação Irregular. Na Constituição de 1988, sob a influência de grupos organizados da sociedade civil e de pressões internacionais, em especial da Doutrina de Proteção Integral da Organização das Nações Unidas, foi incluído artigo n.º 227, que mudou radicalmente o enfoque das políticas brasileiras voltadas para crianças e adolescentes:

É dever da família, da sociedade e do Estado *assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e*

comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Grifo nosso.)

A partir de 1990, o ECA, em especial nos seis primeiros artigos, estabeleceu os valores e os princípios legais do cuidado dispensado às crianças e aos adolescentes:

Art. 1.º – Esta Lei dispõe sobre a *proteção integral* à criança e ao adolescente.

Art. 2.º – Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Art. 3.º – A criança e o adolescente gozam de *todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana*, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4.º – É *dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos* referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art. 5.º – Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 6.º – Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a *condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento*. (Grifos nossos.)

Em paralelo às inovações relativas à infância e à adolescência, outras conquistas foram obtidas no campo da atenção à saúde. Alavancados pelo mesmo movimento de redemocratização, grandes alterações foram asseguradas nas políticas de saúde, nos artigos n.º 196 ao n.º 200 da Constituição de 1988, e nas leis federais n.º 8.080 e n.º 8.142 (ambas de 1990), que implantaram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O principal avanço obtido está definido no artigo n.º 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006):

O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (...) o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e de reabilitação.

O SUS está assentado em princípios doutrinários e diretrizes organizativas que o regulamentam e dão direcionalidade às ações, serviços e programas. Esses princípios e diretrizes se articulam e se complementam formando a base do ideário e da lógica da organização do sistema. Os princípios doutrinários do SUS

são: a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade*. As diretrizes organizativas do sistema, que visam imprimir racionalidade ao seu funcionamento, são: a *descentralização* com comando único em cada esfera do governo, a *regionalização* e hierarquização dos serviços, e a *participação comunitária*. Enquanto os princípios são inegociáveis, algumas diretrizes têm sido problematizadas, em especial a hierarquização dos serviços. A ideia da organização piramidal tem sido criticada e substituída por modelos mais flexíveis, com possibilidade de outras portas de entrada, além da Atenção Básica e fluxos reversos entre os vários serviços. Em 2011, o decreto n.º 7.508 regulamentou a lei n.º 8.080, reforçando a organização em redes de atenção à saúde, visando a garantia da integralidade do cuidado.

O campo da saúde mental também foi atravessado pelo movimento da redemocratização e por movimentos internacionais, como visto no Capítulo 2, que culminou com a promulgação da lei n.º 10.216, de 06/04/2001. Essa lei, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, reforça a nova proposta de cuidados, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, e a recomendação de que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Outro ponto importante dessa lei reforça que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

Dessa forma, consideramos que o ECA (lei n.º 8.069, de 13/07/1990) em conjunto com a Lei Orgânica da Saúde (lei n.º 8.080, de 19/09/1990, e lei n.º 8.142, de 28/12/1990) e a lei n.º 10.216, de 06/04/2001, constituem o arcabouço principal das políticas públicas voltadas para SMCA.

Apesar das mudanças que ocorreram na política de saúde mental a partir do final da década de 1980 do século passado, as propostas voltadas para crianças e adolescentes demoraram a criar força. Até a década de 1990 existiu um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora da população infantojuvenil (Brasil, 2005). Apenas a partir do início do século XXI, sob a influência da III Conferência de Saúde Mental de 2001, é que essa situação começou a mudar.

Até então, em que pese a existência de serviços de excelência, muitas vezes ligados a serviços universitários, os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes ficaram delegados a instituições filantrópicas e a associações de pais e familiares (Amstalden et al., 2010, Couto et al., 2008), ou eram voltados para segmentos específicos dessa população, como a criança deficiente mental, criança deficiente social (pobre) e a deficiente moral (delinquente). Sob a influência das determinações da Pré-Conferência: Seminário Nacional – Política Pública de SMCA,* a III Conferência de Saúde Mental incorporou efetivamente o cuidado integral e integrado de crianças e adolescentes na política nacional de saúde mental (Brasil, 2005).

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), pela portaria GM/MS n.º 336, de 19/02/2002, foi o primeiro resultado concreto e a primeira ação efetiva de deslocar, de forma abrangente, o cuidado de crianças e adolescentes para a rede pública. O Capsi assume então o papel não só de oferecer cuidados clínicos a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental como também de agenciar a rede ampliada de atenção, rede esta pautada na intersetorialidade e na responsabilidade.

O objetivo dos Capsi é oferecer atendimento à população infantojuvenil de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social, pelo acesso à escola, lazer, cultura, esportes, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O acompanhamento clínico realizado nos Capsi contempla atenção diária, intensiva, efetiva, personalizada e promotora de vida através de dispositivos como Projeto Terapêutico Singular e Técnico de Referência. As equipes técnicas multiprofissionais devem atuar de forma transdisciplinar.

Em 2003, por ocasião do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro), cujo tema foi Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Esse fórum foi efetivamente implantado em agosto de

* Realizada em 3 e 4 de dezembro de 2001, no Rio de Janeiro.

2004 pela portaria GM n.º 1.608, de 03/08/2004. O fórum é um espaço de debate coletivo, considerando as diferentes interfaces necessárias para o fortalecimento de uma política de atenção em saúde mental que tenha como uma de suas diretrizes responder a graves situações de vulnerabilidade, em contextos específicos, levando dessa forma à realização de ações que tenham por objetivo a inclusão social. Tem caráter representativo e deliberativo, sendo um importante instrumento de gestão, possibilitando dar visibilidade e resolubilidade às diversas dificuldades que durante muito tempo ficaram em segundo plano ou mesmo totalmente ignoradas (Brasil, 2005). Suas principais atribuições são:

1) funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para essa área, incentivando a criação de fóruns estaduais para a área da SMCA;

2) estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto das práticas que envolvem o campo da atenção à SMCA;

3) promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população;

4) produzir e disseminar conhecimentos e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos da gestão; e

5) elaborar recomendações e deliberações a serem adotadas sempre que possível pelos gestores públicos da área de SMCA, nos diversos níveis de gestão, de forma a serem retransmitidas e implementadas na rede intersetorial de assistência.

Foram realizadas oito reuniões do fórum, entre a primeira, por ocasião da implantação do grupo de trabalho, em 2003, e a última, em 2009, sendo que em 2010 e 2011 não foi realizado nenhum encontro. Esses fóruns produziram discussões relevantes e documentos inspiradores para as equipes e os serviços de todo o Brasil (Brasil, 2007; Brasil, 2011).

**Quadro 1 – Reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental
Infantojuvenil, segundo local, data e tema abordado,
2004-2011 (Brasil, 2007 e 2011)**

Reunião	Data/Local	Tema principal
1. ^a	10/10/2003 Brasília	Dia Mundial da Saúde Mental, com tema “Saúde Mental de Crianças e Adolescentes”. Reunião com a presença do Ministro da Saúde e publicação da portaria GM/MS n.º 1.946/2003 que cria o Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.
2. ^a	03/08/2004 Brasília	Implantação do fórum (portaria GM/MS n.º 1.608/2004)
3. ^a	17/12/2004 Brasília	Institucionalização e Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes Brasileiros – Recomendação n.º 01/2005
4. ^a	24/05/2005 Curitiba	A Articulação dos Campos da Saúde e do Direito nas Políticas e Práticas de Atenção à Infância e Adolescência – Recomendação n.º 02/05 (Carta de Curitiba)
5. ^a	19 e 20/06/06 Salvador	Crianças e adolescentes em situação de risco – Recomendação n.º 03 (Carta de Salvador)
6. ^a	05 e 6/12/06 Brasília	O sofrimento psíquico na criança e do adolescente e a estratégia do cuidado em rede – Declaração de Brasília
7. ^a	29 e 30/06/07 Rio de Janeiro	Rede de cuidados na perspectiva da intersetorialidade – Declaração do Rio de Janeiro
8. ^a	25 e 26/03/09 Brasília	Álcool e outras drogas: atenção integral e inclusão – Documento síntese

Em 2005 foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” que “traça (...) considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Esta publicação explicita os princípios dessa nova política, baseados na ética e em uma nova lógica de cuidado.

- O princípio primeiro é a ideia de que *a criança e o adolescente são sujeitos de direitos*, como prescreve o artigo n.º 227 da Constituição de 1988. Essa noção implica a singularidade de cada caso, na necessidade da escuta cuidadosa de cada criança e de cada jovem, e de não tomar como definitiva a fala de outro sobre eles. Compreender que o sofrimento psíquico que apresentam tem valor no *aqui e agora* e não é apenas algo que atrapalha o vir a ser, o adulto do futuro, que é preciso implicá-los na demanda formulada e nos encaminhamentos a serem propostos, e que é fundamental evitar leituras morais e higienistas dos problemas de saúde mental identificados.

- **Acolhimento universal:** os serviços devem estar abertos para todo aquele que chega, para toda a demanda do território. Acolher significa receber e ouvir o motivo da procura e dar algum tipo de resposta, reduzir as barreiras burocráticas e os encaminhamentos irresponsáveis. Acolher não significa colocar em atendimento todo aquele que chega. Após ouvir a demanda, será necessário definir o melhor encaminhamento, ou seja, 1) absorver o caso imediatamente ou ficar aguardando atendimento no serviço sob monitoramento; (2) desconstruir a demanda sem desqualificar a busca de ajuda e trabalhar outras possibilidades de lidar com a questão; (3) encaminhar o caso.

- **Encaminhamento implicado:** no caso de ser necessário um encaminhamento para outros serviços, é preciso realizá-lo de modo implicado, isto é, aquele que encaminha deve incluir-se no encaminhamento. Isso envolve a responsabilização pelo encaminhamento por meio de contato com o serviço para onde a criança ou o adolescente será encaminhado, evitando assim que a família percorra uma verdadeira *via crucis* até encontrar o serviço mais indicado. Encaminhamentos consequentes exigem um trabalho prévio de conhecimento do território.

- **Construção permanente da rede:** nenhum serviço, por si só, tem potência para responder a toda gama de demandas/necessidades de SMCA. Redes devem articular ações e serviços envolvidos com o cuidado de crianças e adolescentes, como a saúde mental e geral, a educação, a assistência social e a justiça, visando a integralidade dos cuidados e a inclusão social. As redes são for-

mas de organização multicêntricas, com múltiplos nós, que são lugares de articulação. A propulsão do conjunto não está a cargo de um único nó fixo. As redes são uma proposta de trabalho coletivo, uma contribuição a uma nova maneira de articular sujeitos diversos e produzir transformações (Mendes, 2008).

O que seria uma organização em *rede*?

- Não há hierarquia de importância;
- há diferentes tipos de poder, diferentes tipos de responsabilidades e funções diversas;
- todos os membros estão no mesmo nível, em termos de poder;
- não são concêntricas, são formas de articulação multicêntricas.

O processo de construção de redes ocorre por níveis ascendentes, aos quais estão relacionados ações e valores cujo conhecimento é importante para monitorar os graus de profundidade de uma rede. Esses níveis são: reconhecimento, conhecimento, colaboração, cooperação e associação, sendo que cada nível serve de apoio para o seguinte (Rovere, 1999). É possível representar essa construção pelo quadro abaixo:

Quadro 2 – Níveis de construção de redes (Rovere, 1999)

Nível	Ações	Valor
5. Associar-se	Compartilhar objetivos e projetos	Confiança
4. Cooperar	Compartilhar atividades e/ou recursos	Solidariedade
3. Colaborar	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecer	Conhecimento do que o outro é e/ou faz	Interesse
1. Reconhecer	Destinada a reconhecer que o outro existe	Aceitação

Essa concepção de rede implica uma ação para fora dos serviços e intervenções que vão além da clínica tradicional. Implica também as noções de território e de intersetorialidade.

- **Território:** entendido como um campo que ultrapassa o sentido geográfico, incorporando as pessoas que nele vivem, incluindo tudo que atravessa a vida do sujeito: casa, escola, igrejas, clubes e outras instituições significativas. O território é o lugar psicossocial do sujeito (Brasil, 2005).

- **Intersetorialidade na ação do cuidado:** crianças e adolescentes são, sempre, intersetoriais. A inclusão obrigatória na escola já amplia, desde a abordagem inicial, os vários espaços de escuta e intervenção. O trabalho clínico e os projetos terapêuticos desenvolvidos no cuidado devem incluir o trabalho com outras instituições não clínicas do território para atingir a integralidade do cuidado.

Em resumo, podemos dizer que a política brasileira de SMCA compreende valores e princípios que emanam de legislações e documentos vários, mas que, em conjunto, devem embasar e formatar os planos, programas, serviços e intervenções voltadas para o cuidado em saúde mental.

Apesar de todo o progresso dos últimos anos, ainda encontramos um grande número de desafios que precisam ser equacionados e enfrentados. Esses desafios são, de maneira geral, de duas ordens diferentes.

No primeiro grupo, temos as questões vinculadas à organização do sistema e dos serviços de saúde, dentre as quais é possível destacar as seguintes:

- Toda a organização dos serviços e ações de saúde mental deve priorizar o enfoque comunitário. A atenção na comunidade está empenhada na emancipação, na inclusão social, na conquista da cidadania e na defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental. Na prática, a atenção comunitária implica o desenvolvimento de ampla variedade de serviços em contextos locais próximos às residências da população alvo, na redução do estigma e na construção de redes de apoio eletivas (WHO, 2001).

- Necessidade de implantação de um número suficiente de CAPSi no País que permita responder às demandas e necessidades das nossas crianças e adolescentes (Couto et al., 2008). A proposta do Ministério de Saúde é que haja um CAPSi para 150.000 habitantes (portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011). Consi-

derando a população brasileira do Censo de 2010 (190.732.694 habitantes), teríamos a necessidade de 1.272 CAPSi; segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/Ministério da Saúde), em maio de 2012 havia 157 CAPSi habilitados no País. Como nos aproximar desse número?

- Mesmo com um número maior de CAPSi será necessário melhorar a oferta e a qualidade do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS). As crianças e suas famílias comparecem com frequência às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para uma série de intervenções e cuidados, e essas ocasiões podem ser utilizadas para abordagens no campo da saúde mental, em especial ações de promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais. O cuidado ofertado na APS contribui para o aumento da acessibilidade e da cobertura, para a redução do estigma, detecção precoce e tratamento oportuno. Visando aumentar a resolubilidade da APS, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, através do matriciamento, agregam competência e qualidade ao trabalho realizado pelos profissionais da APS (ver Capítulo 6). Mesmo com alguma melhoria, ainda há muito que investir na capacitação dos profissionais que atuam na APS, em especial naqueles temas específicos da infância e da adolescência.

- O SUS precisa investir em serviços que possam responder com qualidade às crises que ocorrem, em especial, na adolescência. Há necessidade de dispor de *leitos para curtos períodos de internação* (em hospitais gerais que possam prover *cuidado integral* que engloba pediatria, clínica médica, ginecologia/obstetrícia, psicologia, entre outros). Muitos transtornos psicóticos graves se iniciam na segunda etapa da adolescência (a partir dos 14, 15 anos) e precisam ser identificados e cuidados com qualidade na primeira crise, pois o prognóstico futuro é melhor quando a primeira abordagem é efetiva (Coentre et al., 2009; Girolamo et al., 2012; McGorry et al., 2007). Outro tema controverso é a implantação de CAPSi III, que permite a permanência das crianças e adolescentes por 24 horas, sete dias da semana no serviço, o que pode evitar uma internação. Existe um CAPSi III na cidade de

São Paulo, mas não há ainda avaliação desse tipo de serviço que não é reconhecido pelo Ministério da Saúde.

- É preciso investir mais na *construção de redes de cuidados*, tanto dentro do setor saúde quanto intersetorialmente. Para tanto é necessária a criação de espaços de conversação (reuniões, encontros etc.) que viabilizem o (re)conhecimento entre as pessoas das várias instituições que constituem a rede. Há que se tecer essa rede com cuidado, como um processo de trabalho cotidiano e não como eventos pontuais que se montam e desmontam a cada caso, e que estão sempre recomeçando. Também importante é o reconhecimento por parte dos gerentes e gestores dos serviços de que esse é um trabalho fundamental na construção dos projetos terapêuticos em SMCA (Couto & Delgado, 2010).

- Outro aspecto importante é o investimento nas *equipes multiprofissionais*, tanto nas condições concretas de trabalho quanto nas atividades de educação permanente. A atenção em saúde mental voltada para a população infantojuvenil deve pautar-se na *clínica ampliada*, incorporando sempre aspectos biológicos, psicológicos, familiares e sociais, sem privilegiar nenhum deles a priori. Os projetos terapêuticos singulares devem basear-se na singularidade das necessidades/demandas de cada criança e de cada adolescente, utilizar todo o conhecimento e tecnologias disponíveis que possam beneficiar o paciente, e precisam ser revistos periodicamente. Apenas uma abordagem interdisciplinar realizada pela equipe multiprofissional tem potência para elaborar uma proposta de avaliação e tratamento abrangente.

- A *inclusão efetiva da família*, em especial dos pais, deve ser obrigatória em toda abordagem e na elaboração dos projetos terapêuticos singulares. Devido ao alto grau de dependência das crianças e mesmo dos adolescentes, eles precisam dos responsáveis para acessar o serviço e para dar continuidade ao tratamento. Conhecer e valorizar o ponto de vista dos pais sobre o problema de saúde mental e sua concreta possibilidade de colaboração na execução das propostas de cuidado pode ser a chave mais importante para o sucesso.

- Conhecemos muito pouco do trabalho que vem sendo realizado nos serviços voltados para o cuidado em saúde mental

de crianças e adolescentes. É necessário investir em atividades de *monitoramento, avaliação e pesquisa* para compreender melhor como está ocorrendo o processo de atenção e em quais áreas há necessidade de alteração para atingir melhor efetividade das intervenções.

No segundo grupo de desafios temos as questões vinculadas a grupos da população infantojuvenil mais vulneráveis e que devem ser alvo de cuidados mais específicos, dentre as quais é possível destacar as seguintes:

- a questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- adolescentes em conflito com a lei;
- crianças e adolescentes *desfiliados*, aqueles longe de suas famílias e de suas comunidades, em abrigos e outros tipos de instituições;
- crianças e adolescentes submetidos a situações de violência;
- o cuidado longitudinal de crianças e adolescentes com transtornos do espectro autista.

Mesmo não estando dentro do escopo deste texto, cabe ressaltar que as situações elencadas acima são muito comuns nos serviços da saúde mental do SUS e são de abordagem complexa. Apenas serviços organizados a partir dos princípios explicitados neste capítulo terão potência para operacionalizar um enfrentamento ético e efetivo dessas questões, visando sempre os direitos das crianças e dos adolescentes e a melhoria de sua qualidade de vida.

Referências

- Almeida-Filho, N.; Souza-Santana, V.; Souza, A. L.; Jacobina, R. R. “Relações entre a saúde mental dos pais e a saúde mental das crianças em uma população urbana de Salvador, Bahia”. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 1985;31:211-21.
- Amstalden, A. L. F.; Hoffmann, M. C. C. L.; Monteiro, T. P. M. “A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios”. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

- Anselmi, L.; Barros, F. C.; Teodoro, M. L.; Piccinini, C. A.; Menezes, A. M.; Araújo, C. L.; Rohde, L. A. "Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:5 (2008), 499–507.
- Appleyard, K.; Egeland, B.; van Dulmen, M. H.; Sroufe, L. A. "When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005 Mar; 46(3): 235-45.
- Belter, M. L. "Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 49, n. 3, p. 226–236, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAPE. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAPE. "Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção". Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAPE. "Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica". Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Carvalho, D. "Epidemiologia – história e fundamentos". In: Medronho, R. (org.). *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.
- Coentre, R.; Levy, P.; Figueira, M. L. "Intervenção precoce na psicose: primeiro episódio psicótico e período crítico". *Acta Med Port*. 2011; 24: 117-26.
- Costello, E. J.; Burns, B. J.; Angold, A.; Leaf, P. J. "How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents?" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(6): 1106-14.
- Costello, J. E.; Egger, H.; Angold, A. "10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(10): 972-86.
- Couto, M. C. V.; Delgado, P. G. G. "Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial". In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S.; Delgado, P. G. G. "A saúde mental infantil na saúde pública brasileira". *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(4): 390-8.
- Curto, B.; Paula, C. S.; Nascimento, R.; Murray, J.; Bordin, I. A. "Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:1221-31.
- Fleitch, B.; Goodman, R. "Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey". *BMJ*. 2001;323:599-600.
- Girolamo, G.; Dagani, J.; Purcell, R.; Cocchi, A.; McGorry, P. D. "Age of onset of mental disorders and use of mental health services:

- needs, opportunities and obstacles". *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2012 Mar;21(1):47-57.
- Goodman, A.; Fleitlich-Bilyk, B.; Patel, V.; Goodman, R. "Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(4):448-56.
- Lauridsen-Ribeiro, E.; Scivoletto, S. "Políticas, serviços e ações voltados para o atendimento de crianças e adolescentes". In: Miguel, E.C, Gentil, V.; Gattaz, W. F. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2011.
- Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. "Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental"; pp. 147-69.
- Lorenzi, G. W. "Uma breve história dos direitos da criança e do adolescente no Brasil". Rede Pró-Menino (homepage na internet), 2007 (acesso em 17 mai 2012). Disponível em <http://www.promenino.org.br/Default.aspx?PortalId=0&TabId=77&ConteudoId=70d9fa8f-1d6c-4d8d-bb69-37d17278024b>.
- McGorry, P. D.; Killackey, E.; Yung, A. R. "Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and critical early stages". *Med J Aust.* 2007; 187(7 Suppl): S8-10.
- Mendes, E. V. "As redes de atenção à saúde". *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4 supl 4): 3-11.
- Paula, C. S.; Miranda, C. T.; Bordin, I. A. S. "Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros". In: *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec. 2010, v.4, pp. 75-92.
- Paula, C. S.; Vedovato, M. S.; Bordin, I. A.; Barros, M. G.; D'Antino, M. E.; Mercadante, M. T. "Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of Sao Paulo". *Rev Saúde Pública.* 2008;42(3):524-28.
- Rohde, L. A.; Biederman, J.; Busnell, E. A.; Zimmermann, H.; Schmitz, M.; Martins, S. et al. "ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:716-22.
- Rovere, M. *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.
- Rutter, M.; Kim-Cohen, J.; Maughan, B. "Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life". *J Child Psychol Psychiatr.* 2006; 47(3-4):276-95.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. *Política de saúde mental para a infância e adolescência: uma proposta de organização da atenção*. Coord. João Yunes. São Paulo, 2003.
- Shatkin, J. P.; Belfer, M. L. "The global absence of child and adolescent mental health policy". *Child and Adolescent Mental Health.* 2004; 9(3): 104-8.
- Tramontina, S.; Martins, S.; Michalowski, M. B.; Ketzera, C. R.; Eizirika,

- M.; Biedermanb, J. et al. “Estimated mental retardation and school dropout in a sample of students from state public schools in Porto Alegre, Brazil”. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:177-81.
- Vasconcelos, M. V.; Pasche, D. F. “O Sistema Único de Saúde”. In: Campos et al. (eds). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- WHO. *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Geneva: World Health Organization; 2005a.
- WHO. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: World Health Organization; 2005b.
- WHO. *The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. 2001.

CAPÍTULO 20 | Crianças e adolescentes em risco social: refugiados urbanos

Auro Danny Lescher

Carla Lam

Claudio Silva Loureiro

Graziela Bedoian

A droga costuma atenuar a dor de quem vive reminiscências de uma grande ruptura: as crianças de rua, os imigrantes, os exilados, os soldados na frente de batalha.

1 Nasce o Projeto Quixote

Dom Quixote de La Mancha, obra de Miguel Cervantes com mais de quatrocentos anos, vem até hoje habitar o imaginário de pessoas do mundo inteiro. Sonhando ser um soldado de cavalaria, Dom Quixote lutava junto ao seu fiel escudeiro, Sancho Pança, contra os gigantes (moinhos), na busca de justiça.

Em 1996, chega ao Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad), serviço ligado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), um pedido de supervisão a educadores que trabalhavam com crianças usuárias de droga que frequentavam as imediações da Ceagesp – entreposto de alimentos da cidade de São Paulo que abastece mercados e restaurantes.

Uma equipe de psiquiatra e psicólogos é formada e, quando inicia o trabalho, se depara com histórias de crianças e jovens perambulando entre caminhões, caixas e muito lixo misturado a restos de alimento. Logo percebem que o desafio do trabalho com essas crianças e com esses jovens era muito mais complexo que a

chamada toxicomania precoce. Crianças e jovens não estavam lá à procura da droga, mas da sobrevivência física (alimento) e da sobrevivência psíquica (significado para sua vida).

Foi com a percepção de que, para além da droga, há a singularidade de cada pessoa e de sua cultura que essa equipe criou o Projeto Quixote, tendo como referência as ideias de Olievenstein, em que a questão do uso de drogas é bastante complexa e deve ser considerada sempre na perspectiva do tripé: INDIVÍDUO – sua história, estrutura; SUBSTÂNCIA utilizada; e o CONTEXTO sociocultural para uma visão mais plena (Olievenstein, 1983).

A problemática de crianças vivendo nas ruas estava em evidência e crescia junto à violência e à desigualdade social. A equipe percebe ser um trabalho urgente e instigante, e se dedica à temática de maneira mais presente e sistemática. Para além da supervisão aos educadores da região da Ceagesp e de outros serviços, faz um trabalho direto com as crianças e jovens que viviam nas ruas da região central de São Paulo.

Em 2005, o Projeto Quixote inicia o Moinho da Luz, na região da “cracolândia”, em um espaço cedido pela prefeitura de São Paulo na Praça Júlio Prestes, em frente à Sala São Paulo, sede da orquestra sinfônica do Estado de São Paulo e antigo prédio da Estação Ferroviária Sorocabana. Lugar bastante simbólico pelo contraste. De um lado, o marco do progresso paulistano, a cultura, a arte; do outro lado, a miséria, a pedra (crack), o vazio da subjetividade.

No espaço cedido moravam pessoas marginalizadas pela sociedade, famílias inteiras invadiram esse espaço sem qualquer recurso – nem mesmo banheiro. Mas foi nesse lugar que a equipe se deparou com uma situação que deixou uma marca. Em um canto protegido por papelão limpo e com brinquedos, as crianças (filhas dessas pessoas marginalizadas) podiam ficar de maneira mais tranquila. A equipe entendeu que, mesmo em situações mais adversas, o Homem tem fome de dignidade.

Durante os 16 anos de trabalho, construímos um saber com metodologia específica para essa população, mas é preciso antes entender quem são essas crianças e jovens.

2 Os refugiados urbanos

Crianças descalças, adolescentes cinzas e esfarrapados se misturam ao ritmo apressado do centro da grande cidade. Essa presença desperta um misto de sensações: indiferença, medo, repúdio, raiva, compaixão. Desperta também a consciência do quanto fomos nos acostumando, ao longo do tempo, com o bizarro (Lescher e Loureiro, 2007).

O bizarro é a criança sozinha sem um adulto que dela cuide, que lhe dê proteção e que lhe assegure o direito de ser criança. O bizarro é a criança estar à mercê da violência, do abuso e da exploração. O bizarro é a criança ter que buscar nas ruas, no lixo, no furto e na droga a sua sobrevivência. O bizarro é tudo isso acontecer aos olhos da sociedade civil e do governo que vão se acostumando e transformando essas crianças em crianças invisíveis. Relatório da Unicef nos diz que “as crianças podem tornar-se invisíveis, efetivamente desaparecendo dentro de suas famílias, de suas comunidades e de suas sociedades, assim como desaparecem para os governos, para doadores, para a sociedade civil, meios de comunicação e até mesmo para outras crianças. Para milhões de crianças, a principal causa de sua invisibilidade são as violações de seu direito à proteção”. (Guimarães, 2007.)

Quando ouvimos e falamos sobre a “revitalização” do centro de São Paulo, devemos ouvir e falar de uma ampla e profunda reforma, aquela dos espaços físicos – praças, prédios – e a das relações sociais, da dimensão humana que habita esse território-símbolo e que o faz pulsar.

Ali, o abandono dessas crianças, que é concreto, provoca um diálogo íntimo com o abandono que carregamos silenciosamente dentro de nós mesmos. Como elas, podemos constatar em nossa interioridade certo embrutecimento da leveza, da espontaneidade, e principalmente da capacidade de espanto.

De longe se assiste a um amontoado de jovens cheirando cola, “ciscando” o chão de forma desesperada para buscar uma última fagulha de crack. A droga é um forte anestésico para a dor que acompanha quem vive reminiscências de uma grande

ruptura: os exilados, os estrangeiros, os soldados no *front* e as crianças de rua.

Essas crianças e esses jovens, quando rompem ou interrompem seus vínculos familiares, na periferia, e se apropriam do espaço das ruas do centro da cidade, viram protagonistas da cena urbana: pequenos Quixotes, exilados dentro de suas próprias cidades, enfrentam dragões e moinhos de vento, banham-se no chafariz da Praça da Sé e pipam suas pedras de crack na escadaria da catedral (Lescher e Loureiro, 2007).

O impacto dessa cena expressa como o cotidiano desses jovens está marcado por uma guerra sem propósito. Como soldados no *front*, necessitam de um certo inebriamento para suportar mais um dia privados de dignidade.

Essas crianças e adolescentes merecem o estatuto humanitário de “Refugiados Urbanos”.

3 O caminho, a rua

O uso de drogas vem sendo associado a grupos sociais marginalizados, como delinquentes, jovens em conflito com a lei, crianças em situação de rua, desempregados e imigrantes. Algumas vezes se atribui ao abuso de drogas o esgarçamento dos laços sociais, a perda de postos de trabalho e das relações familiares, ou o motor de atos de violência e delinquência. Não compartilhamos da ideia de que o fator determinante para o jovem estar morando nas ruas é o consumo dependente de drogas. Quando consideramos jovens em situação de risco social, observa-se que as condições de vulnerabilidade social acabam por gerar situações de exclusão e estas favorecem o uso de drogas.

Em 2011 fizemos um levantamento junto à população de crianças e jovens que vivem nas ruas da região central de São Paulo e as variáveis que os levaram a escolher a rua como moradia apareceram na seguinte ordem: a negligência e o abandono no lar; a violência psicológica e física, a violência sexual, o consumo de drogas; famílias com crianças e adolescentes em situação de rua; saúde mental do atendido e da família, e o trabalho infantil.

Tabela 1

Principal motivo relatado para ida à rua	%
Negligência/Abandono	37,2
Violência psicológica/física	18,3
Violência sexual	15,7
Drogadição	12,4
Família em situação de rua	10,5
Saúde mental	3,3
Trabalho infantil	2,6

Levantamento realizado, em 2011, junto a crianças e adolescentes em situação de rua na região central de São Paulo, SP.

Ou seja, a droga aparece apenas no quarto item, enquanto o abandono e a violência juntos representam 71,2% dos motivos da saída de casa e da escolha pela rua. Logo, o que se apresenta como relevante demonstra ser muito mais complexo porque abarca uma fragilidade microsocial, circunscrita à família, e macro-social porque revela que na comunidade de origem existem poucos recursos de acolhimento por parte das políticas públicas e existe a presença constante da violência a partir dos pontos de distribuição e venda de drogas ilícitas. Mesmo com a presença dos conselheiros tutelares e de outros aparelhos dos serviços da rede pública que estão instalados nessas comunidades, esbarremos na escassa oferta de sua formação, levando-os ao despreparo ético e técnico. Essas pessoas ficam norteadas por ideias leigas vinculadas pela mídia, ou seja, lançam mão do preconceito ou da ideia reativa de que a melhor saída é a internação psiquiátrica ou uma intervenção punitiva, na maioria das vezes sem critério mais aprofundado sobre a problemática do jovem.

Acreditamos que o fenômeno do jovem em situação de rua é mesclado por múltiplos determinantes. Há uma perspectiva subjetiva, que revela uma singularidade psíquica com suas dores e fragmentações; outra, objetiva, que revela o seu meio social; outra que denuncia a ineficácia da prevenção junto a essa população

de risco e excluída de uma escuta política que atenda de fato as necessidades da comunidade.

Muitas vezes as experiências de violência facilitam dinâmicas expulsivas da família nuclear e consequente abandono da sua casa. Já a falta de recursos de escuta e acolhimento em sua comunidade leva essas crianças e jovens a procurarem o centro da cidade. Na periferia, o transporte é mais acessível ao centro que aos bairros adjacentes; no centro, o jovem pode procurar ser visto pela sociedade. Ele deseja, mesmo sem ter consciência dessa dimensão, deixar de ser invisível e obrigar a sociedade civil e o governo a se posicionarem perante seu desamparo.

Porém, o que encontram ao chegar ao centro da cidade é a dinâmica da rua, em que todas as necessidades devem ser atendidas (ou negadas) de forma imediata, pois a vida fica atemporal: não há passado, nem presente, nem futuro.

Tabela 2

Local de origem relatado	%
Outros Estados	1
Outros Municípios	25
Zona Leste	24
Zona Norte	16
Zona Sul	15
Centro	15
Zona Oeste	4

Levantamento realizado, em 2011, junto a crianças e adolescentes em situação de rua na região central de São Paulo, SP.

A imediatez da vivência da rua combina muito com a dinâmica do uso da droga (Olievenstein, 1999). A rua é um espaço de sociabilidade específico, onde a droga ocupa um lugar importante na ordenação das relações de poder e de prazer.

O uso *circunstancial* de drogas parece ser o que melhor caracteriza o encontro desse jovem nas ruas com uma substância

psicoativa. Circunstancial enquanto relacionado às características da rua e por ser descrito como funcional, como “tirar a fome”, “espantar o medo”, “permanecer acordado” etc. Esse aspecto circunstancial ainda se confirma pela perda desses sentidos, na medida em que essas necessidades são alcançadas de outras formas, por exemplo, quando oferecidas por uma instituição.

4 Metodologia do rematriamento

Por ser um processo de profundas rupturas com a família, com a comunidade de origem, com os estatutos de garantia de direitos e proteção da criança e do adolescente, entendemos que esses jovens estão na condição de estrangeiros na sua própria pátria, são *refugiados urbanos*. O processo de saída das ruas acabou sendo chamado por nós de *rematriamento*. O que isso quer dizer?! É voltar para a sua *máttria*, é se apropriar da *mater*, da sua matéria que é um corpo com uma idade, que traz uma história oriunda de um lugar, de uma família que sobreviveu, ou não, às tempestades destrutivas dos conflitos psíquicos e sociais do seu meio.

O que é mais difícil é a coexistência com o trágico a partir dos momentos em que somos tomados pela impotência diante da impossibilidade de transformar a vida do outro de forma mais instantânea, quando passamos o dia tentando articular um abrigo e não conseguimos, quando constatamos a impossibilidade do jovem voltar para o seu lar. Precisamos cuidar muito da equipe porque não tem como não ser atravessado pelas reverberações que esses casos suscitam em cada trabalhador.

4.1 Equipe

No Projeto Quixote, percebemos que a equipe para trabalhar com essa população precisa ser formada por pessoas de diferentes áreas, e em constante aprimoramento, com supervisão e reuniões diárias, pois o trabalho é complexo, tem interfaces com diversos setores sociais e, muitas vezes, sofre interferências de questões trazidas pela mídia que buscam soluções ao desconforto da sociedade em detrimento do cuidado efetivo da criança e do jovem na situação de rua.

A equipe deve ser composta por um coordenador, um assistente de coordenação, assistentes sociais, psicólogos e educadores que fazem a abordagem de rua. Dentro dessa equipe de educadores, a formação universitária está dentro da área de humanas, constituída por psicólogos, pedagogos e pessoas formadas em arte, história, geografia, sociologia etc. Tem como formação ou experiência de trabalho o exercício do acompanhamento terapêutico. Por esse motivo, utilizamos para essa função a sigla E.T. (Educador Terapêutico).

Os psicólogos dão sustentação a essa equipe por meio dos atendimentos individuais dos jovens ou familiares que são trazidos ao Projeto pelos educadores, acompanham a dinâmica nas atividades com o restante da equipe, participam de algumas visitas domiciliares e de discussões de caso dentro da rede, e também fazem a função de cuidar do ambiente, ficando atentos aos movimentos gerados nos grupos e na equipe, que está mais envolvida nas atividades pedagógicas. Essa postura de atenção ao ambiente amplia a possibilidade de intervir em alguma situação em que algum membro da equipe encontre maior dificuldade de manejo junto a esses jovens (Loureiro, 2012).

Os assistentes sociais participam das visitas domiciliares, atendem as famílias e, junto com os educadores e jovens, costumam a rede de atendimento em sua comunidade de origem, propiciando a volta à família.

O coordenador e assistente de coordenação acompanham o trabalho da equipe do Projeto Quixote e de toda a rede de atendimento, participando de reuniões e colaborando nas políticas públicas. Também participam das reuniões e supervisionam os casos.

4.2 Rematriamento

Cada criança e cada jovem em situação de rua passa por um processo longo de vinculação até poder retornar à sua família e/ou comunidade. Esse processo é singular e respeita sua história, seus recursos psíquicos e emocionais, a história de sua família e de sua comunidade. O tempo do processo é muito variável, mas podemos identificar três fases, que apresentamos aqui separadas didaticamente, mas que se interpõem no dia a dia de trabalho.

4.2.1 Fase 1 – Abordagem de rua: hospitalidade incondicional

Crianças e jovens estão na rua e o profissional precisa chegar até eles respeitando esse momento doloroso de suas vidas. Vivem no imediatismo, em um mundo atemporal (não há passado, presente e futuro). É preciso construir com eles o vínculo de confiança e o desejo de ser cuidado.

Inspiramo-nos no conceito discutido por Jacques Derrida da *hospitalidade*. Isso na prática significa que a hospitalidade do primeiro contato é incondicional, ou seja, é uma radicalização da presença que está pautada na troca de olhares, na escuta radical do outro que significa um encontro que está pautado pela estranheza, tensão e também pela curiosidade. Nesse momento não cabe doutrinações, convencimentos ou sensibilizações para qualquer movimento outro (Derrida, 2003). Devemos sentir os seus cheiros, escutar suas histórias, se interessar por seus costumes e suas gírias, enfim, poder suportar as suas provocações e a força abissal que nos assalta, como a tristeza e a impotência, quando comparamos a criança que fomos com a criança que nos fala. O vínculo que vai se formando é a legitimação da ajuda. O desejo de ter acesso à saúde, à educação, à cultura vai aparecendo através de toda aquela cor cinza. O silêncio é bruto, o sorriso belo. E, como já sabemos, todo mundo tem fome de dignidade.

Temos como primeira missão terapêutica poder identificar um rosto antes de um sintoma ou um estereótipo, ver a criança onde existe a criança, o adolescente onde existe o adolescente. Essa hospitalidade na verdade é mútua, porque num determinado momento é o jovem que abre esse espaço para nós, que de alguma maneira estamos chegando ao seu território, ao seu lugar.

É a constância da presença do educador que vai abrindo espaços para esses jovens quererem se aproximar e dizer o seu nome, contar a sua história; e para estar com eles na rua, a intervenção deve ser oblíqua – não há enfrentamento nem embate –, atinge seu alvo sem abordá-lo diretamente. A oferta é do novo, daquilo que surpreende pelo belo. Além do olhar e da rotina de presença da nossa equipe de abordagem de rua. Os

educadores terapêuticos saem em dupla (homem e mulher), devidamente identificados pelas suas camisetas do Projeto Quixote, e levam consigo uma mochila com material lúdico. A mochila lúdica é altamente estratégica para esse processo de hospitalidade, vinculação. O contato se dá pela ética e estética, e um novo prazer é experimentado.

4.2.2 Fase 2 – Vínculo com a instituição: consulado

O Projeto Quixote tem, na Praça de República, região central de São Paulo, uma sede para receber os jovens atendidos e abrigar o trabalho da equipe. Esse local dispõe de sala para a equipe trabalhar, guardar seu material e os prontuários dos atendidos, e de salas de atividades, como cine pipoca, contação de histórias, jogos de tabuleiros desenvolvidos pelo Projeto Quixote em parceria com o Ministério da Saúde, internet (música e rede social) etc.

Quando a criança e o jovem sentem confiança e têm o desejo de ser ajudados, eles procuram a instituição e se inteiram das possíveis atividades de que podem participar. A criança e o jovem passam a ser também responsáveis pelas suas atividades.

O Projeto Quixote se torna outro lugar possível ao favorecer acolhimento e não o obstáculo à rua. É no movimento de ir e vir que as crianças e os jovens podem se certificar da existência da instituição e das pessoas que lá estão. Existem mesmo na sua ausência. Podem ressignificar a rua e construir melhor a relação com o tempo, facilitando a orientação quanto ao lugar a que pertencem, o que lhes permite fazer pequenos planos, ou planos específicos sobre o seu futuro (Lam, 2004).

A grande vantagem do *tratamento em meio aberto* é a possibilidade de poder construir um vínculo mais fortalecido que tem a participação do jovem atendido na sua construção, é a plasticidade que não encerra o diálogo ou condiciona o atendido a responder aquilo que gostaríamos de ouvir, é o tempo da mudança que pode ser mais bem testemunhado por quem o assiste de perto (Loureiro, 2012).

Quando o vínculo fica mais estabelecido, a função do educador terapêutico é a de poder articular uma rede de cuidados em torno desse jovem, às vezes até ser uma espécie de consulado

que garante a comunicação do jovem que está na rua com a sua família, e da família com o jovem que está na rua. Somos procurados por mães que querem notícias de seu filho, ou que ligam para saber o que devem fazer com seu filho que inesperadamente acaba de chegar a casa para uma visita.

4.2.3 Fase 3 – Rematriamento

Nessa fase, o jovem está saindo da rua e voltando à sua família ou à comunidade. O trabalho com a rede é intenso e singular. Como vimos, recebemos no centro de São Paulo crianças e jovens de toda a região da cidade e de outros municípios. As crianças e jovens que vêm de outros municípios correspondem a 25%, muitos são oriundos de Carapicuíba, Guarulhos e Baixada Santista. Muitos contatos, por telefone e presenciais, são necessários. Precisamos da família, da escola, da rede de Saúde, e tudo que a comunidade pode oferecer para seu desenvolvimento psíquico e social.

A rede deve trabalhar para a construção de um circuito de sociabilidade de qualidade, alternativo à rua, que ofereça possibilidades para expressão da subjetividade, criação de vínculos afetivos e surgimento espontâneo de demandas. As relações sociais devem tecer as possibilidades de acesso à cultura, aos serviços de saúde, educação, trabalho, lazer etc. Ao mesmo tempo, gerar com essa experiência o sentimento de pertencer, participar, ser pertinente e protagonista de pequenos projetos, até da vida, pensar sobre as escolhas, ampliar os repertórios culturais.

Tabela 3

Crianças e jovens atendidos durante um ano	%	
Em processo de rematriamento	151	72
Rematriados	58	28
Total	209	100

Levantamento realizado no Projeto Quixote, em 2011.

Tabela 4

Crianças e jovens rematriados durante um ano		%
Em sua família de origem (ou substituta)	42	72
Abrigo	16	28
Total	58	100

Levantamento realizado no Projeto Quixote, em 2011.

Muitas vezes é necessário instrumentalizar a escola para que tenha mais recursos teóricos e práticos com essa população. Também é necessário o acolhimento aos professores que ficam paralisados diante de tantas demandas dos alunos e familiares, e que muitas vezes não conseguem responder a quem precisa de ajuda de ordem social e afetiva para além da pedagógica.

Nessa fase, o atendimento à família é intenso e lançamos mão de projetos que possibilitam melhores condições para todos os membros, como inserção em benefícios do governo, cursos profissionalizantes, geração de renda pelo micro-crédito e pequenas melhorias em sua moradia.

5 Considerações finais

O tratamento bem sucedido, no caso de quem realmente apresenta o problema da dependência de drogas, não é necessariamente a abstinência, mas o ganho de autonomia e responsabilidade ao longo da sua trajetória na vida. O paciente ter vínculo, conseguir sustentar o espaço terapêutico por mais tempo, também é um indicador de sucesso, porque esses casos são marcados pela inconstância e pela ruptura. No espaço terapêutico, a droga perde terreno para outras falas diferentes do paciente sobre a compreensão das suas experiências de vida (Loureiro, 2012).

No caso das crianças e dos adolescentes em situação de rua, a experiência bem sucedida está presente no próprio processo do jovem querer outro lugar que não seja a rua, quando ele volta a ter e se apropriar da potência da sua identidade.

Na prática, constatamos que em boa parte dos casos a droga está dentro da circunstância da condição de rua. Jovens que saíram da rua e que consumiam crack desde os nove anos de idade, quando não estão mais nesse contexto não apresentam nenhum sintoma ou conduta que nos faça acreditar que se trata de um dependente de drogas, não há mais recaídas e nem retorno para as ruas quando esse jovem encontra o seu lugar dentro e fora de si mesmo. Mesmo em casos em que o jovem não retornou mais à sua família de origem e foi morar num abrigo.

Temos todos uma grande dívida com essa pequena gente. Merecemos a revitalização do centro, nos seus dois sentidos: a reforma da exterioridade – do centro da cidade – e a outra, não menos trabalhosa, a reforma da interioridade, do centro de nós mesmos, introduzindo uma nova arquitetura nas ações sociais que aumente, de fato, as propensões de mudança nos espaços internos de cada paulistano, para que possamos novamente nos espantar, simplesmente por conseguirmos olhar o bizarro no bizarro e a criança na criança (Lescher e Loureiro, 2007).

Referências

- Bedoian, G. “Redução de danos e inclusão social”. Trabalho apresentado no IV Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, Álcool e outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão, Brasília, 2009.
- Bedoian, G. “O olhar, a rua e a rede: prevenção do uso de drogas”. In: Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua. UNDCP/CSAM/UNB. Brasília, 1999.
- Derrida, J. “Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da Hospitalidade”, São Paulo: Escuta, 2003.
- Guimarães, G. “Moinho da Luz – Uma experiência de atenção a crianças e adolescentes em situação de rua”. In: Textos de Apoio. Setor Ensino, Projeto Quixote, 2007.
- Lam, C. “A subjetividade adolescente em uma instituição de acolhimento”. In: Adolescência: um lugar de fronteiras. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, 2004.
- Lescher, A. D.; Loureiro, C. S. “Refugiados Urbanos”. In: Textos de Apoio. Setor Ensino, Projeto Quixote, 2007.
- Lescher, A. D. “Uma ilha para Sancho Pança”. In: *Boletim da Rede*. Projeto Quixote/Faculdade de Saúde Pública, n.º 03 fevereiro, 1999, p. 1.
- Lescher et al. *Cartografia de uma rede: mapeamento do circuito de rua*

- entre crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo*. Unifesp, 1999.
- Loureiro, C. S. “Reflexões sobre o trabalho com o outro a partir do fenômeno de jovens em situação de vulnerabilidade e situação de rua”. São Paulo, 2012.
- Olievenstein, C. “Toxicomania, exclusão e marginalidade”. In: Batista, M.; Inem, C. (org.) *Toxicomanias: abordagem multidisciplinar*. Ne-pad/UERJ. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- Olievenstein, C. “Comentários sobre o mapeamento”. In: Lescher et al. *Cartografia de uma rede: mapeamento do circuito de rua entre crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo*. Unifesp, 1999.
- Olievenstein, C. *Le destin du toxicomane*. Paris: Fayard, 1983.
- Rigato, F. D. “Adolescência e delinquência: vítimas e agressores”. In: *Textos de Apoio*. Setor Ensino, Projeto Quixote, São Paulo, 2007.

CAPÍTULO 21 | A saúde mental da população carcerária: diretrizes, obstáculos e desafios para a reforma da atenção à saúde mental no sistema penitenciário*

Wagner Silva Ribeiro

Marcia Rodrigues Setúbal

Lilian Ribeiro Caldas Ratto

Solange Aparecida Gonçalves de Medeiros Pongelupi

Introdução

A pesar de todos os problemas e desafios que ainda se colocam diante das políticas públicas de atenção à saúde mental da população geral no Brasil, inegáveis avanços ocorreram nessa área durante as últimas décadas. Como resultado do protagonismo dos diversos atores engajados na modernização dos serviços de saúde mental – profissionais de saúde, usuários do sistema, organizações políticas e da sociedade civil, entre outros –, as últimas décadas foram marcadas pela irreversível superação do chamado modelo manicomial de assistência aos portadores de transtorno mental, superação essa caracterizada pela progressiva substituição da internação em hospitais especializados pela instalação de uma rede de serviços com vocação claramente comunitária, em consonância com as principais convenções internacionais e técnicas mais modernas de tratamento, as quais prezam, sobretudo, a preservação da dignidade e a restituição da cidadania aos portadores de transtornos mentais.

* Os autores agradecem à Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária pelo acesso à legislação e outras informações nas quais este capítulo se baseia. Agradecimentos especiais à senhora coordenadora, Solange Aparecida Pongelupi, pelas contribuições na discussão do Plano de Saúde do Sistema Penitenciário e legislações correlatas, bem como pelos preciosos esclarecimentos acerca das ações de saúde desenvolvidas no sistema prisional.

Um olhar atento sobre a população carcerária brasileira, entretanto, revela um cenário totalmente diferente daquele que caracteriza a atenção à saúde mental da população geral: não seria exagero afirmar-se que a tão celebrada reforma na atenção à saúde mental ainda não chegou aos sistemas prisionais brasileiros. Se, por um lado, os presídios abrigam uma população altamente vulnerável ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, por outro, a disponibilidade de profissionais de saúde geral, e de saúde mental em particular, historicamente tem se mostrado muito aquém das demandas. Além disso, onde existem profissionais, os recursos são limitados e diversas características inerentes ao sistema acabam por impossibilitar a implantação de modelos de intervenção em conformidade com as melhores práticas disponíveis atualmente. Assim, qualquer reflexão sobre a saúde mental da população carcerária deve, necessariamente, iniciar-se com o reconhecimento de alguns problemas fundamentais: em primeiro lugar, trata-se de uma população altamente vulnerável, com proporções expressivas de portadores de transtornos mentais; em segundo lugar, trata-se de uma população desassistida em consequência tanto da falta de recursos humanos e materiais, quanto de características estruturais dos presídios que dificultam o desenvolvimento de ações de saúde; por fim, nas unidades do sistema prisional destinadas especificamente ao abrigo e tratamento de portadores de transtornos mentais, em especial nos chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ainda persistem práticas ultrapassadas, predominantemente baseadas na internação de longo prazo como estratégia principal de tratamento.

Felizmente, esse cenário começou a mudar nos últimos anos, principalmente a partir da segunda metade desta década, em função de algumas iniciativas e marcos regulatórios tanto internos ao sistema penitenciário, quanto resultantes da ação de outros atores, tais como o Ministério e secretarias estaduais da Saúde, entre outros.

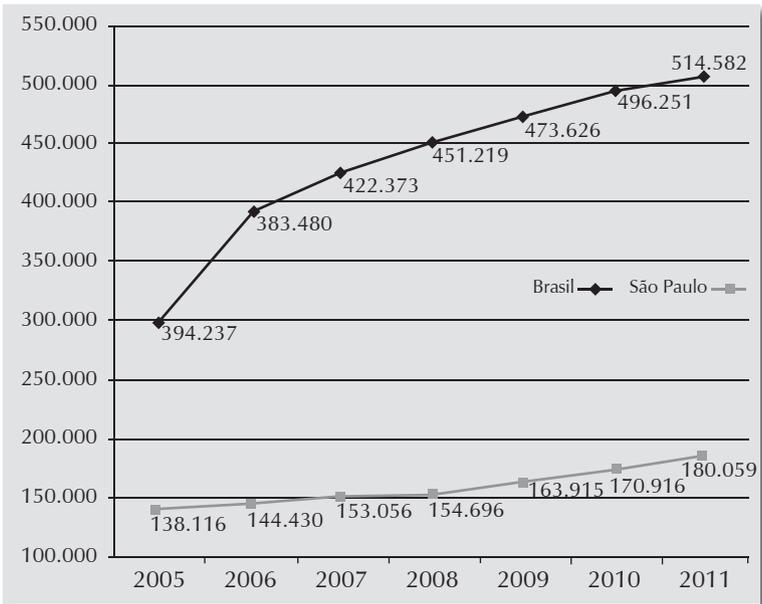
Este capítulo pretende discutir tais marcos regulatórios, ou, em outras palavras, as diretrizes para a implantação de uma política de saúde mental para a população carcerária que seja digna

dos avanços observados em outras áreas. Antes disso, uma breve caracterização do sistema prisional e da população carcerária do Estado de São Paulo será apresentada. Também serão elencados alguns avanços, tanto do ponto de vista da legislação, quanto do ponto de vista prático. Por fim, discutiremos os principais obstáculos e desafios para a reforma da atenção à saúde mental da população carcerária.

A população carcerária brasileira e o sistema prisional do Estado de São Paulo

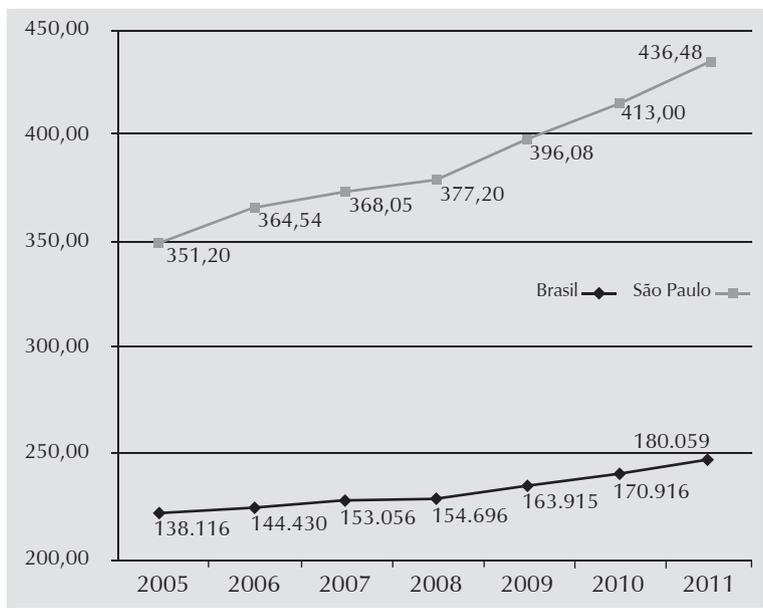
Segundo os últimos dados disponíveis no Sistema de Informações Penitenciárias (InfoPen) do Ministério da Justiça (<http://www.infopen.gov.br>), os presídios brasileiros abrigavam, em dezembro de 2011, mais de quinhentos mil presos. Desse total, mais de um terço estava em unidades prisionais do Estado de São Paulo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – População prisional no Brasil e no Estado de São Paulo



Além de ser a unidade da federação com o maior número absoluto de presidiários, São Paulo tem, também, o maior número relativo de presos, com mais de 430 para cada 100.000 habitantes (Gráfico 2). Esses presidiários são abrigados em um sistema penitenciário complexo que atualmente conta, segundo dados da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária (www.sap.sp.gov.br), com 151 unidades prisionais.

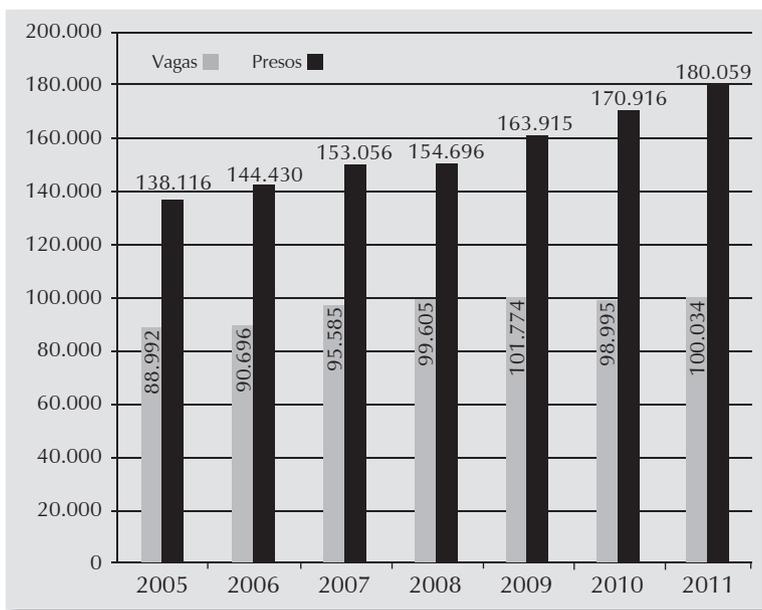
Gráfico 2 – Número de presos por 100.000 habitantes no Brasil e no Estado de São Paulo



Apesar dos investimentos do Governo do Estado no Sistema Penitenciário, os presídios paulistas ainda apresentam características que podem ser consideradas importantes fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde – particularmente de problemas de saúde mental – entre a população que abrigam. O principal desses problemas é a superlotação das unidades prisionais: o Gráfico 3, com dados extraídos do InfoPen (<http://www.infopen.gov.br>), apresenta a relação entre o número de va-

gas no sistema penitenciário e o número de presos efetivamente abrigados no sistema. Esses números mostram que, ao final de 2011, o Estado de São Paulo continha aproximadamente 1,8 preso para cada vaga disponível no sistema, ou seja, as unidades prisionais do Estado abrigavam, à época, praticamente o dobro de sua capacidade.

Gráfico 3 – Relação entre número de vagas e total de presos no sistema penitenciário paulista



Outras características do sistema prisional que podem ser consideradas fatores de risco para desenvolvimento de problemas de saúde incluem o confinamento propriamente dito, já que quase 90% dos presidiários do Estado se encontram em condição de privação total de liberdade – são, segundo o Infopen, aproximadamente 58.000 presos provisórios, ou quase um terço do total de presos; pouco mais de 93.000 presos cumprindo pena em regime fechado e praticamente seis mil presos abrigados em delegacias de polícia e outras unidades administradas pela Secretaria de Es-

tado da Segurança Pública. Em contraste, apenas 12% dos presidiários cumpriam pena em regimes mais brandos. Como se verá a seguir, algumas dessas características estão, segundo a literatura científica, estreitamente ligadas a uma significativa prevalência de problemas de saúde em populações carcerárias do mundo todo.

Associação entre encarceramento e problemas de saúde

Atualmente, existem fortes evidências na literatura científica de que o encarceramento está diretamente associado a diversos agravos nas condições de saúde dos presidiários. Considerando que presídios são construídos prioritariamente com o propósito de preservar a segurança pública, ao manter confinadas pessoas que cometeram crimes, minimizar a transmissão de doenças e oferecer tratamentos de saúde de modo eficaz está entre seus objetivos principais. O risco de transmissão de agentes infecciosos geralmente se encontra aumentado devido à superlotação, condições de higiene inadequadas e dificuldades de acesso a avaliações e tratamentos médicos, entre outros fatores.¹ Um estudo sobre incidência de tuberculose em unidades prisionais de Campinas, por exemplo, encontrou taxas de incidência que variaram entre 1.397,62 casos por 100.000 presidiários, em 1994, e 559,04 casos/100.000, em 1999, naquelas unidades prisionais. No período estudado, a incidência de tuberculose entre os presidiários foi, pelo menos, dez vezes maior do que a incidência da doença na população geral, estimada em 50 casos por 100.000 habitantes na região, no período entre 1993 e 2000.²

A literatura científica internacional estima que aproximadamente um a cada sete presidiários apresenta algum transtorno mental. Em uma meta-análise que reuniu resultados consolidados de 62 estudos, os quais incluíam 23.000 presidiários de diversas partes do mundo, os autores concluíram que aproximadamente 4% dos presidiários apresentavam algum transtorno psicótico; entre 10 e 12% apresentavam transtorno depressivo maior; e que entre 40 e 70% apresentavam algum transtorno de personalidade.³ Outros artigos mostram que transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas também são comuns entre presidiários.⁴⁻⁵ A

Tabela 1 apresenta as taxas de prevalência dos principais transtornos mentais na população prisional, segundo artigos de revisão de literatura, e compara essas taxas com a população geral.

Tabela 1 – Prevalência de transtornos mentais entre presidiários e na população geral

	Homens		Mulheres	
	Presidiários	População geral	Presidiários	População geral
Psicose	4%	1%	4%	1%
Depressão	10%	2-4%	12%	5-7%
Transtorno de personalidade antissocial	47%	5-7%	21%	0,5-1%
Abuso/dependência de álcool	18-30%	14-16%	10-24%	4-5%
Abuso/dependência de drogas	10-48%	4-6%	30-60%	2-3%
Transtorno de estresse pós-traumático	4-21%	2%	10-21%	3%

Fonte: Fazel et al., 2011.

Conforme se nota na tabela, as proporções de portadores de transtornos mentais nos sistemas prisionais são muitas vezes maiores do que na população geral. Esses números indicam uma grande demanda para algum tipo de atendimento especializado por profissionais de saúde mental nos presídios.

No Brasil, existem poucas publicações acerca da prevalência de transtornos mentais na população prisional. Um estudo realizado em uma penitenciária feminina no Estado de São Paulo estimou em 26,6% a proporção de presidiárias com problemas de saúde mental, e em 15,6% a prevalência de transtorno de personalidade antissocial.⁶ Estimativas da Coordenadoria de Saúde da Secretaria do Estado da Administração Penitenciária, com base em pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo, su-

gerem que pelo menos 15% de todos os presidiários apresentam algum tipo de demanda para tratamento de problemas de saúde mental (Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. Relatório Interno. São Paulo, 2007).

Levando-se em consideração os poucos dados disponíveis, bem como as características do sistema prisional paulista, é plausível afirmar que uma proporção significativa dos presidiários do estado apresenta algum tipo de transtorno mental, e que a implementação de uma rede de atenção à saúde mental nos presídios deveria ser priorizada.

A implementação de tais serviços, porém, enfrenta uma série de obstáculos. O primeiro deles diz respeito à própria natureza e objetivos dos presídios que, conforme mencionado acima, são construídos prioritariamente com o propósito de preservar a segurança pública¹ – e, também, para preparar as pessoas presas para seu retorno à comunidade por meio de ações de correção e recuperação, conforme definem manuais dirigidos aos servidores do Sistema Penitenciário.⁷⁻⁸ Dadas essas características, é compreensível que os presídios paulistas apresentem limitações semelhantes às de presídios de outros países, os quais não contam com recursos adequados e suficientes para atender às demandas, conforme descreve um relatório sobre o sistema prisional britânico, publicado em 1996. Esse relatório destaca a fragilidade dos serviços de atenção à saúde nos presídios, particularmente em relação à qualidade do atendimento prestado, ao isolamento dos profissionais de saúde que trabalham em presídios e à relação frágil desses profissionais com os sistemas de saúde locais.⁹ Essa fragilidade dos serviços, aliada a características estruturais e da dinâmica dos presídios, faz com que portadores de transtornos mentais em presídios não sejam facilmente diagnosticados, permaneçam trancados por mais tempo, em relação a outros presos, e frequentemente sejam vítimas de discriminação e humilhação, tanto por parte de outros presos, quanto de funcionários.⁹

Embora não existam dados consistentes sobre as condições de atendimento à saúde nos presídios paulistas, um rápido exame sobre o número de profissionais de saúde no sistema prisional permite supor um cenário similar ao descrito acima – como se vê

na Tabela 2, a proporção de profissionais de saúde nos presídios do Estado é muito inferior à média nacional.

Tabela 2 – Profissionais de saúde por 100.000 habitantes em países de renda baixa/média, no Brasil e no sistema prisional do Estado de São Paulo

	Países de renda baixa/média*	Brasil (2005)**	Sistema prisional (2010)***
Psiquiatras	4%	1%	4%
Outros médicos	10%	2-4%	12%
Enfermeiros	47%	5-7%	21%
Psicólogos	18-30%	14-16%	10-24%
Assistentes sociais	10-48%	4-6%	30-60%
Terapeutas ocupacionais	4-21%	2%	10-21%

* World Health Organization. *Mental Health Atlas*. Geneva 2005.

** Mateus, M. D. et al. "The health System in Brazil: Policies and Future Challenges". *Int J Mental Health System*, 2008; 2(1):12.

*** Ministério da Justiça – Departamento Penitenciário Nacional. *Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen*. 2011.

Atendimento em saúde: um direito do preso e um dever do Estado

É importante ressaltar que, no que diz respeito à legislação, o Brasil vem promovendo importantes avanços no sentido de garantir assistência adequada à saúde dos presos. Essa assistência é expressamente garantida na Lei de Execução Penal (LEP), em vigor desde 1984. Essa lei afirma que “a execução penal tem por finalidade proporcionar condições para a harmônica integração social da pessoa sentenciada e da internada, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos um programa individualizado da pena. A assistência à saúde, bem como a material, jurídica, educacional, social e religiosa, figuram como elementos que contribuem para o retorno à convivência em sociedade”. A LEP determina que “a

assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico [e que] quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento”¹⁰

Um aspecto importante dessa lei é o fato de que ela atribui às unidades prisionais a responsabilidade por “prover a assistência médica necessária”, o que pressupõe que cada presídio deveria conter em seu quadro funcional médicos, farmacêuticos e dentistas, além, é claro, de estrutura adequada para esse fim. Porém, em grande medida como consequência do rápido crescimento da população prisional brasileira, a manutenção de tal estrutura tem-se mostrado impraticável, pois a superlotação e, conseqüentemente, a insalubridade se tornaram características estruturais do sistema prisional.¹⁰

O reconhecimento dos problemas estruturais inerentes ao sistema prisional e da inviabilidade de que este se responsabilize pelo desenvolvimento das ações de saúde de que necessita a população prisional resultou na elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela portaria interministerial n.º 1.777, assinada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde em 2003. A grande virtude do PNSSP está em propor a implantação de ações de saúde para a população prisional guiadas “pela lógica da Atenção Básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de risco reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos”¹⁰

Ao instituir o PNSSP, por meio da portaria interministerial n.º 1.777/2003, os Ministérios da Justiça e da Saúde reconhecem a estimativa de que uma proporção significativa dos presidiários apresentam patologias diversas, incluindo uma alta prevalência de transtornos mentais, “em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população”, e afirmam a necessidade de que sejam implantadas, em todos os presídios, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e estabelecem que

essas ações estejam em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.¹¹

No que diz respeito especificamente à saúde mental da população prisional, o PNSSP define como linhas de ação a implantação de programas de atendimento psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento, e o atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrentes do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.¹¹ Aqui também as ações de saúde a serem desenvolvidas nos presídios são claramente inspiradas pela lógica da Atenção Básica.

É bastante significativo o fato de que o PNSSP tenha sido instituído em uma ação conjunta entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde. Esse ato simboliza o reconhecimento de que a saúde da população prisional não deve ser de responsabilidade exclusiva dos sistemas penitenciários. Na prática, o PNSSP transfere para os órgãos de saúde das três esferas governamentais (município, estado e União) a gestão das ações e serviços de saúde nos presídios.¹⁰

No Estado de São Paulo, a estrutura da Secretaria da Administração Penitenciária conta com uma Coordenadoria de Saúde desde 1993. Essa Coordenadoria, porém, passou a ter atribuições e estrutura bem definidas a partir de um decreto publicado pelo Governo do Estado em 2001.* Esse decreto estabelece que a Coordenadoria de Saúde tem por principais atribuições o desenvolvimento da política penitenciária referente à área de saúde.

Seguindo recomendações da portaria interministerial n.º 1.777, o Estado de São Paulo publicou, em 2003,** sua versão do PNSSP. Trata-se do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (PESSP), ou Plano Operativo Estadual, resultado de uma ação conjunta entre as secretarias da Saúde e da Administração Penitenciária. Com a publicação desse PESSP, o Estado de São Paulo assume o compromisso de garantir assistência

* Decreto n.º 45.865, de 21 de junho de 2001.

** Decreto n.º 47.930, de 7 de julho de 2003.

integral à saúde dos presos, o que significa: garantir o atendimento a 100% da população prisional; implantar ações de controle e redução dos agravos mais frequentes à saúde dos presos; promover a capacitação das equipes de saúde dos presídios; e implantar um sistema de informações em saúde nas unidades prisionais. A partir desses compromissos, a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário incorpora entre suas atribuições a responsabilidade de promover articulação com outras instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de garantir a atenção integral à saúde do preso e o delineamento do perfil de saúde do paciente/preso.*

Desde a publicação do PESSP, alguns avanços importantes ocorreram na implantação de serviços de saúde no sistema penitenciário e na integração com a rede pública estadual de saúde. Um exemplo dessa integração é a gestão compartilhada do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP). De acordo com esse modelo, as atividades de assistência desenvolvidas no CHSP são de responsabilidade da Secretaria da Saúde, enquanto as atividades relativas à segurança e disciplina são de responsabilidade da Secretaria da Administração Penitenciária. A transferência da gestão do CHSP para a Secretaria de Saúde possibilitou que o hospital passasse por uma profunda reestruturação, passando a contar com 375 leitos distribuídos em quatro alas de internação (<http://www.santacasasp.org.br/portal/pub.aspx?p=6441693052356170586A6B3D&s=1>). Também possibilitou a implantação de um ambulatório de saúde mental e de uma enfermaria para internação psiquiátrica de curta duração, ambos oferecendo atendimento por equipes multidisciplinares. Tanto o ambulatório quanto a enfermaria recebem presidiários de todas as regiões do Estado que apresentem quadros agudos de transtornos mentais, sendo devolvidos a suas unidades de origem após remissão de sintomas e/ou estabilização de sua condição clínica. Alguns desses pacientes continuam em atendimento ambulatorial no CHSP depois de receberem alta da enfermaria psiquiátrica.¹²

Evidentemente, esse modelo de gestão ainda apresenta alguns problemas importantes. Levando-se em consideração es-

timativas da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, pode-se avaliar em mais de 25.000 o número de presidiários que necessitam de atendimento para seus problemas de saúde mental. Esse número certamente está muito acima da capacidade de atendimento do CHSP. Além disso, esses portadores de transtornos mentais estariam distribuídos por presídios de todo o Estado. Assim, mesmo que o CHSP dispusesse de estrutura e recursos humanos para atendê-los, os recursos necessários para que fossem transportados à unidade tornariam esses atendimentos pouco custo-efetivos.

Desse modo, a principal alternativa para garantir um atendimento adequado a presidiários portadores de transtornos mentais seria a efetiva articulação entre recursos disponíveis nos presídios e os serviços públicos de saúde locais, com o estabelecimento de redes de referência/contrarreferência e o consequente compartilhamento, pelos diferentes setores, de responsabilidades sobre o tratamento desses pacientes. Essa articulação, porém, ainda ocorre de modo irregular como resultado de uma série de fatores, tais como escassez de recursos em determinadas áreas, resistência de profissionais dos serviços de saúde, bem como da população geral, em manter contato com presidiários, e resistência de alguns setores dentro do próprio sistema prisional em oferecer atendimento extramuros aos detentos, entre outros.

Considerações finais

Com base naquilo que foi apresentado neste capítulo, pode-se concluir que o sistema prisional do Estado de São Paulo é uma estrutura bastante complexa, que abriga um grande contingente de presidiários, os quais estão expostos a diversos fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde diversos e, particularmente, de problemas de saúde mental. Os poucos dados disponíveis atualmente sugerem que existe nos presídios um grande número de portadores de transtornos mentais que necessitam de atendimento especializado, e que o sistema prisional não conta com estrutura e recursos humanos necessários para atender a essa demanda.

A legislação que estabelece as diretrizes e normas para a atenção à saúde da população prisional tem se aperfeiçoado nos últimos anos, reconhecendo a necessidade de que estratégias multissetoriais, baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, sejam adotadas visando garantir a assistência integral à saúde da população carcerária. Alguns avanços foram feitos nesse sentido, mas ainda persistem alguns obstáculos, tanto internos quanto externos ao sistema prisional, para a implantação definitiva dos planos de saúde nos sistemas penitenciários.

Assim, é fundamental que o Estado continue investindo na articulação entre os diferentes setores para que cada um possa desempenhar adequadamente seu papel na implantação de uma rede de atenção efetiva e multissetorial à saúde dos presidiários. Também é necessário o investimento em capacitação de profissionais no Sistema Penitenciário e nos serviços de saúde em geral, bem como a realização de campanhas para a redução do estigma dos presidiários entre profissionais e a população em geral, visando aumentar a aceitação da inevitável – e desejável – inclusão dos cuidados à população prisional na agenda dos serviços públicos de saúde em geral.

Referências

1. Bick, J. A. "Infection control in jails and prisons. *Clinical Infectious Diseases*. 2007 October 15, 2007;45(8):1047-55.
2. Oliveira, H.; Cardoso, J. "Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil". *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2004;15.
3. Fazel, S.; Danesh, J. "Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *The Lancet*. 2002;359(9306):545-50.
4. Fazel, S.; Baillargeon, J. "The health of prisoners". *The Lancet*. 2011; 377 (9769):956-65.
5. Fazel, S.; Bains, P.; Doll, H. "Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review". *Addiction*. [10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x]. 2006;101(2):181-91.
6. Moraes, P. A.C.; Dagalarrondo, P. "Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006;55(1):50-6.
7. Coyle, A. Brazil. Ministério da Justiça, Great Britain. Embassy. "Administração penitenciária: uma abordagem de direitos humanos

- Manual para servidores penitenciários”. International Centre for Prison Studies; 2002.
8. Escola de Administração Penitenciária. “Manual de rotinas e procedimentos do agente de segurança penitenciária: procedimento operacional padrão”. São Paulo: Secretaria da Administração Penitenciária, Escritório de Melhoria na Gestão Penitenciária, Escola de Administração Penitenciária; 2005.
 9. Birmingham, L. “The mental health of prisoners”. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003 5/1;9(3):191-9.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. “Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário”. In: *Estratégias DdAP*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 172.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário”. In: Saúde SdAà, editor. Brasília, 2004.
 12. Cordeiro, Q.; Oliveira, T. L. S.; Quevedo, V.; Ratto, L. R. C. “Internação psiquiátrica em leitos de hospital geral: a experiência do centro hospitalar do sistema penitenciário do Estado de São Paulo”, 2011.

CAPÍTULO 22 | Saúde mental – Legislação e normas aplicáveis

Rosália Bardaro
Reynaldo Mapelli Júnior

O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas po-brezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais.¹

Para a história da saúde mental, nas diversas sociedades e em variadas épocas, a loucura é encontrada com a frequente identificação do indivíduo “louco” como sendo o diferente, ou seja, aquele que não se encontra na esfera do aceitável e não se mostra capaz de se manter na coletividade como os indivíduos tidos como “normais”.

Sempre existiu o temor da sociedade em relação ao desconhecido, o receio quanto a essa pessoa que se expressa de forma confusa, com comportamentos peculiares e, muitas vezes, perturbadores da ordem pública, sem que pareça ter noção dos danos que possa provocar ou do esforço que se faz no sentido de conter ou minimizar os seus atos.

O livro *Maleus Maleficarum* (Martelo das Feiticeiras), escrito por dois monges alemães em 1485 e utilizado pelos jesuítas, in-

1 “Sorôco, sua mãe, sua filha”, em *Primeiras Estórias*, João Guimarães Rosa, 1962. No conto, o genial Guimarães Rosa conta a história de Sorôco que, sem alternativa, leva a mãe e a filha, amadas mas que se tornaram loucas, para um trem com grades nas janelas, que as levará para longe da sociedade.

clusive durante o período da Inquisição da Igreja Católica, não deixava dúvidas quanto ao destino dos “anormais” portadores de transtornos mentais, aliás como as bruxas, os hereges, os homossexuais e os deficientes físicos: a tortura e a morte.

A sociedade, para agir efetivamente em relação às pessoas consideradas “estranhas”, passou a identificá-las, o que não é tarefa fácil, considerando a dificuldade em se estabelecer os limites da normalidade, em cotejo com o comportamento dos homens.

A liberdade de pensamento possibilitada após a revolta do monge alemão Martinho Lutero contra os dogmas religiosos católicos da época, simbolizada no seu gesto de pregar 95 Teses na porta da Igreja do Castelo de Wittenberg, no 31 de outubro de 1517, porém, levou pensadores a questionar o que seria normal e ético em uma sociedade cheia de dúvidas.² Nessa corrente de ousadia e liberdade de pensamento, certamente se destaca o mago, astrólogo, alquimista e médico Filippo Aurelolo Bombast von Hohenheim, conhecido como Paracelso (1493-1541) que, recusando-se a aceitar a ideia comum de que doentes mentais eram possuídos por demônios, foi o primeiro a escrever um tratado científico sobre doenças mentais:

Na natureza não existem apenas doenças que afligem nosso corpo e nossa saúde, mas muitas outras que nos privam de nossa razão, e estas são as mais graves. (...) Os eruditos da Europa hoje em dia atribuem essas doenças a seres fantasmagóricos e espíritos; nós não estamos inclinados a acreditar neles.³

Com o seu trabalho nas instituições asilares de Bicêtre (1793) e Salpêtrière (1795), em Paris, o médico francês Philippe Pinel inaugurou a Psiquiatria e separou os doentes mentais, passíveis

2 Sobre isso, veja-se a impressionante introdução “O Diálogo e a condenação”, do brasileiro Pablo Rubén Mariconda, ao livro *Diálogo sobre os dois máximos sistemas do mundo ptolomaico e copernicano*, de Galileu Galilei, 2001, que analisa a condenação de Galileu pela Igreja Católica.

3 *The diseases that deprive man of his reason, such as St. Vitus' dance, falling sickness, melancholy, and insanity, and their correct treatment* (1567), tratado incluído em *Four treatises of Theophrastus von Hohenheim, called Paracelsus*, 1996 (tradução nossa).

de tratamento, de desajustados sociais frequentemente encarcerados em manicômios. Emil Kraepelin (1856-1926), em Munique, e Eugen Bleuler (1857-1939), em Zurique, também devem ser lembrados, pois estabeleceram as primeiras descrições psicopatológicas sistemáticas e sua categorização em unidades nosológicas passíveis de tratamento e prognóstico específicos.⁴

Vieram depois as reformas psiquiátricas, para afastar o modelo centrado no hospital psiquiátrico e defender uma política pública baseada no serviço na comunidade, na interdisciplinaridade do atendimento e no respeito aos direitos humanos, como a psicoterapia e a Política de Setor da França (o catalão Tosquelles, Jornadas Nacionais de Psiquiatria, de 1945 e 1947, e Circular da Saúde Chenot, de 15 de março de 1960), a Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha (Relatório Oficial sobre os serviços de saúde de Churchill, Lei de Criação do Serviço Nacional de Saúde, de 1948, e *Mental Health Act*, de 1959), a Reforma Psiquiátrica Italiana (Franco Basaglia, em Gorizia, no final de 1961, e Trieste, em 1971, seu livro *L'istituzione negata*, de 1968, e a Lei 180, de maio de 1978) e o Plano de Saúde Mental do governo John Kennedy, nos Estados Unidos (*Community Mental Centers Act*, de 1963).⁵

No que se refere à legislação de saúde mental no Brasil, que acompanhou o desenvolvimento do saber sobre a loucura, busca-se trazer neste capítulo uma breve análise da lei n.º 10.216/2001, a partir do momento em que o saber psiquiátrico foi convulsionado pelo surgimento da corrente antipsiquiátrica, que questionava a psiquiatria convencional enquanto conhecimento científico, propondo serem frágeis as próprias bases que fundamentam a existência da doença mental. Para esses teóricos, a loucura não era doença, mas um reflexo do desequilíbrio social e familiar do meio onde o indivíduo se en-

4 “Legislação e Atendimento Psiquiátrico”, de Reynaldo Mapelli Júnior, Luciene Angélica Mendes e Mauro Aranha de Lima, em *Psiquiatria Clínica*, 2011.

5 Para esse panorama histórico, cf. *A Reforma Psiquiátrica*, de Manuel Desviat, 2008, e *Psiquiatria institucional. Do hospício à reforma psiquiátrica*, de Maurício Lougou, 2006. Com algumas críticas, cf. ainda *Novos desafios para as políticas públicas de saúde mental no Brasil*, de Reynaldo Mapelli Júnior, 2010.

contra inserido, devendo o empenho em sua cura se localizar nessas causas, excluindo as disfunções orgânicas tão propagadas anteriormente.

Nessa mesma época, na cidade italiana de Trieste, surgia o embrião do movimento de Reforma Psiquiátrica que atingiria vários países nas décadas seguintes e o Brasil especialmente. Seu principal expoente foi Franco Basaglia que, ao invés de ter optado pela negação da doença, como os antipsiquiatras, propôs a reformulação do estudo da psiquiatria. Com isso devolveu-se ao doente mental a sua identificação enquanto cidadão, haja vista que essa identificação lhe foi tirada quando de seu tratamento em instituição asilar, quando adquiriu o estigma de incapaz, perigoso ou antissocial. Essa inovação da metodologia empregada se fez por meio do hospital-dia, que permitia a continuidade da inserção do indivíduo em seu meio social e familiar na constância do tratamento.

A realidade brasileira vivenciou o processo da Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1970, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios. Além disso, buscou-se um novo enfoque no modelo assistencial, por meio da promoção da saúde mental, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, ganhou destaque em 1978, por várias frentes de luta contra as violências dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, de forma a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.⁶

Em 1989, o Congresso Nacional recebe o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a regulamentação

6 *Saúde mental e atenção psicossocial*, 2007.

dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo projeto de lei do deputado Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir desse período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos.

Entendemos relevante trazer à colação as disposições do artigo 33, da lei complementar estadual n.º 791/95, que estabeleceu o Código de Saúde no Estado de São Paulo, dedicando uma seção à Saúde Mental:

Artigo 33 – No tocante à saúde mental, o SUS, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinada a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social, observados, ainda, os seguintes princípios:

- I – desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicas e privadas, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade;**
- II – a atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, realizar-se-á, basicamente, no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo parcial, de modo a evitar ou a reduzir, ao máximo possível, a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;
- III – toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restritivo possível, o qual só será administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, e expressar seu consentimento;**
- IV – a internação psiquiátrica será utilizada como último re-

curso terapêutico, e objetivará a mais breve recuperação do paciente;

- V – quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta dar-se-á, preferentemente, em hospitais gerais; e
- VI – a vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária. (Grifos nossos.)

Oportuno mencionar a portaria GM n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social.

Com as Residências Terapêuticas – modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada –, foi estabelecido que a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica haveria a redução ou descredenciamento do SUS, de igual número de leitos naquele hospital.

Do marco legal estabelecido pela lei federal nº 10.216, de 06.04.2001

Somente no ano de 2001 é que a lei federal n.º 10.216, de autoria do deputado Paulo Delgado, foi sancionada no país. O diploma legal dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A promulgação da lei federal n.º 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei n.º 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política

de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Dessa forma se consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, que defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no País.

Deixaremos de tecer comentários a respeito das disposições legais referentes aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, haja vista que esse serviço é tratado no Capítulo 7 deste livro. Frisamos, apenas, que atualmente a ênfase das políticas públicas em saúde mental do Sistema Único de Saúde – SUS é a construção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, regulamentada pela portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, como integrante das Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS definidas pelo decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990).⁷ E que, diante de estudos empíricos⁸ e críticas que vêm sendo elaboradas contra o modelo “capscêntrico”, há uma evidente tendência no sentido de aprimorar as políticas de

7 Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), principal equipamento de saúde mental do SUS, foram regulamentados pela portaria MS/GM n.º 336, de 20 de fevereiro de 2002, e pela portaria MS/GM n.º 2.841, de 20 de setembro de 2010. Sobre esses e outros equipamentos em saúde mental, cf. *Direito Sanitário*, de Reynaldo Mapelli Júnior, Mário Coimbra e Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos, 2010.

8 Vistorias em 85 CAPS do Estado de São Paulo, realizadas pelo Conselho Regional de Medicina, por exemplo, constataram serviços com o número de profissionais aquém do previsto, precariedade na retaguarda para emergências clínicas e psiquiátricas, acolhimento noturno em apenas 76,9% dos CAPS III, um terço dos CAPS I atendendo população maior do que a preconizada, e uma falta de articulação com os demais recursos dos territórios. Quase a metade dos prontuários avaliados sequer continha a concordância expressa do paciente ao tratamento e um projeto terapêutico individualizado com atividades de reabilitação psicossocial, nem mesmo indicando a evolução clínica e os exames laboratoriais realizados. Cf. a *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*, de Mauro Aranha de Lima (coordenador), 2010.

saúde mental, para garantir a integralidade da assistência em saúde mental assegurada pelo ordenamento jurídico brasileiro (art. 198, inciso II, CF, art. 7.º, inciso II, e art. 19-M a U, da Lei Orgânica da Saúde, e art. 2.º, parágrafo único, da lei n.º 10.216/2011). Por todos, veja-se a advertência de Valentim Gentil:

O modelo de Saúde Mental implantado no Brasil é ineficiente e não atende às necessidades da população, nem valoriza os atuais conhecimentos da Psiquiatria e das várias profissões de Saúde. (...) A rede de cuidados primários não tem competência para atender transtornos mentais. O ambulatório psiquiátrico é dito incompatível com o modelo. A incidência de transtornos mentais está aumentando (Fuller-Torrey & Miller, 2001) e crescem as evidências de que algumas doenças mentais podem levar a atrofia cerebral. Não se sabe quantos doentes mentais estão fechados em casa. Residências terapêuticas servem apenas para desospitalizados após longas internações. Asilos são proibidos pela lei 10.216. Milhares de “moradores de rua” estão psicóticos, com depressão, alcoolismo ou abuso de substâncias. Dezenas de pacientes ficam nos pronto-socorros, por falta de leitos hospitalares. Falta atendimento para milhares de doentes mentais graves no sistema prisional. O SUS gasta cinco vezes mais com medicamentos de alto custo e baixa relevância do que com consultas psiquiátricas ambulatoriais e a Corsam-MS prioriza a reabilitação psicossocial dos transtornos mentais crônicos em vez de tentar evitar cronicidade através de boa prevenção secundária.⁹

A portaria MS/GM n.º 251, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do Pnash – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

A lei federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes

⁹ *Uma visão crítica da política brasileira de saúde mental*, 2011.

acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado De Volta para Casa, sob coordenação do Ministério da Saúde.

A portaria n.º 52, de 20 de janeiro de 2004, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (Pnash/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa De Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no País e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

A portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. E a lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes, além de outras providências.

Nesse cenário, o doente mental passou a ter direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurados a proteção contra qualquer forma de exploração e o direito a receber informações a respeito de sua doença.

No Brasil, a Constituição Cidadã de 1988 elencou o respeito e a valorização da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito. Assim, a dignidade da pessoa humana passou a representar o valor maior do sistema jurídico, irradiando seus efeitos sobre todos os ramos do direito.

O regime jurídico de proteção aos direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais no nosso País, decorrente do princípio da dignidade da pessoa humana, insculpido na Constituição de 1988, como se vê, está contemplado na lei federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Assim, tem-se que qualquer tratamento de saúde mental no País deve respeitar os princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.

No rol de direitos fundamentais albergados pela Constituição da República e refletidos na lei n.º 10.216/2001, merece destaque o “acesso ao melhor tratamento de saúde”, consentâneo às suas necessidades, em “ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”, o que significa dizer que todos os portadores de transtornos psíquicos são sujeitos dos direitos estabelecidos na lei federal n.º 10.216/2001, estando eles sob tratamento ambulatorial ou em regime de internação, por ordem judicial ou não.

Cumprir observar que os profissionais de saúde, autoridades públicas e Poder Judiciário têm o dever de zelar pelos direitos desses indivíduos portadores de transtorno mental.

Art. 1.º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Seja na internação psiquiátrica compulsória, vale dizer, aquela determinada pelo juiz, não importa se a hipótese é de medida de proteção ou internação de crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente), de proteção de idosos (Estatuto do Idoso), incidentes em internação civil (Código Civil), medida de segurança para agentes inimputáveis ou semirresponsáveis que praticaram crimes (Código Penal), seja nas internações em geral, a constatação de qualquer transtorno mental exige o estrito cumprimento da lei n.º 10.216/2001.

Dessa forma, é possível concluir pela leitura do art. 1.º da lei n.º 10.261/2001, a amplitude de seu alcance, atendendo a toda

e qualquer pessoa portadora de algum transtorno mental, sem proclamar qualquer sorte de diferenciação.

Todos os dispositivos da lei federal n.º 10.261/2001 traduzem direitos fundamentais, ao tratar de normas que regulamentam as políticas públicas de saúde mental, a atuação dos médicos e profissionais de saúde, a intervenção do Poder Judiciário, a fiscalização do Ministério Público e a realização de pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos, porém, há um elenco de direitos que deve ser respeitado por todos.

Art. 2.º – Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Merece especial destaque, no rol de direitos estabelecido na legislação, *o acesso ao melhor tratamento de saúde, consentâneo às suas necessidades em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.*

O conceito de melhor tratamento para a saúde pressupõe equipamentos com funções diferenciadas (CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios de especialidades, internações psiquiátricas em hospital geral ou especialização, capacitação em unidades básicas de saúde, prontos-socorros, programas de saúde da família etc.), interligados entre si por uma rede, na medida em que cada condição clínica e social do paciente demande uma espécie de serviço.

A rede de saúde mental no Brasil encontra-se integrada no Sistema Único de Saúde – SUS e atua de forma articulada e comunitária, objetivando prestar, de forma eficaz, a devida assistência à saúde mental das pessoas com transtorno mental.

Art. 3.º – É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Não se pode olvidar que o processo de redução de leitos em *hospitais psiquiátricos* e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais.

Registre-se que em decorrência do aumento excessivo do consumo de álcool e drogas, não só entre adultos, mas sobretudo entre adolescentes e crianças, foi incluída na rede de saúde mental, por meio da portaria n.º 816, de 30.04.2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais da Saúde.

O Programa é estruturado com os seguintes componentes: CAPSad, outras unidades e rede de suporte social, complementar

à rede de serviços disponibilizados pelo SUS, como associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil.

Por conta da portaria n.º 1.190, de 4 de junho de 2009, o Ministério da Saúde instituiu no SUS o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas.

Com vistas à prevenção do uso do crack e outras drogas, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, em 2010, por meio do decreto n.º 7.179, o Governo Federal instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas.

Nesse cenário, a política de saúde mental transformou-se em diversos serviços organizados na chamada “rede de saúde mental”.

Art. 4.º – A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1.º – O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2.º – O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

§ 3.º – É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2.º e que não assegurem aos pacientes os direitos numerados no parágrafo único do art. 2.º.

Verifica-se que a excepcionalidade da internação psiquiátrica somente é possível se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, embora saliente o princípio da autonomia do paciente e estipule regras próprias para o caso da internação não corresponder à sua vontade.

O tratamento deve ter por finalidade a reinserção social do paciente, razão pela qual se impõe a disponibilização de serviços médicos, psicológicos, de terapia ocupacional, de lazer, inclusive nos casos de internação.

Oportuno registrar a ação do Governo do Estado de São Paulo que, diante do aumento excessivo do consumo de drogas, sobretudo do crack, e da necessidade de oferecer tratamento adequado aos usuários da droga, articulou-se com o Ministério Público do Estado de São Paulo, com a Ordem dos Advogados do Brasil – Seção São Paulo e com o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e, em 21 de janeiro de 2013, assinou Termo de Parceria com o objetivo de executar conjuntamente ações para o enfrentamento ao crack, tendo como eixo principal a implantação de plantão do Poder Judiciário no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – Cratod, da Secretaria de Estado da Saúde.

Em razão da complexidade do problema, foram encetadas medidas para a organização de ações conjuntas da Secretaria de Estado da Saúde – SES, com a Secretaria de Estado da Assistência e Desenvolvimento Social – Seads, Secretaria Estadual da Justiça e Defesa da Cidadania, Secretaria Estadual do Emprego e Relações de Trabalho, Secretaria de Esportes, Lazer e Juventude, Secretaria de Segurança Pública, e a parceria com o Poder Judiciário, que apontam para uma política com um espectro mais abrangente de atuação e conseqüentemente mais próxima das necessidades desta população.

Para a concretização da mencionada parceria, diversas ações foram desencadeadas com o pressuposto de legitimar, ampliar e fortalecer a rede integrada de assistência aos dependentes químicos e atender integralmente à política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, conforme preconiza a lei federal n.º 10.216/2001, a portaria ministerial n.º 336/2002, a lei federal n.º 11.343/2006, bem como a portaria ministerial n.º 1.190/2009.

O recurso de um Plantão Judiciário implantado no Cratod chamou atenção da sociedade, principalmente de familiares de usuários de drogas que, na ânsia de solucionar o problema causado pela droga, procuraram o local de maneira incisiva. Nesse momento, observou-se que as ações para o enfrentamento do crack também deveriam ser organizadas de maneira articulada e integrada. Tarefa que requer, diga-se de passagem, compromissos e corresponsabilidades das diferentes esferas de gestão e dos diferentes Poderes.

As ações vão desde a abordagem das pessoas em situação de rua, acolhimento das famílias, até o atendimento em Rede de Serviços de Saúde Mental, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e, em caso de exceção, a internação em hospital geral ou unidade especializada em saúde mental, além de ações de reinserção do paciente, com acolhimento social e sua inclusão por meio do trabalho.

Como forma de garantir o acesso da população à rede de serviços, o Governo do Estado de São Paulo firmou, em 26 de abril de 2013, Termo de Cooperação com a Prefeitura da Capital Paulista, objetivando a execução de ações de prevenção, tratamento, reinserção social, acesso à justiça e cidadania, e de redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde, aos usuários de substâncias psicoativas, especialmente o crack, e, para levar a efeito a parceria, estabeleceu o seguinte fluxo:



Fonte: Coordenação de Saúde Mental da SES.

Por essa matriz assistencial, o dependente químico é avaliado por uma equipe multidisciplinar que propõe um Projeto Terapêutico Individualizado, com o propósito de inicialmente vincular o indivíduo aos serviços assistenciais próximos à sua residência, ou quando a equipe multidisciplinar indica, após avaliação médica, como medida de exceção, a internação.

Considerando que a dependência química é uma doença que, acima de qualquer sintoma, torna o indivíduo, quando aco-

metido, disfuncional biopsicossocialmente, o Estado de São Paulo passou a oferecer tratamento, conforme seu dever constitucional, dando oportunidade ao usuário de sua recuperação.

Nesse contexto, por meio do decreto estadual n.º 59.164, de 09.05.2013, o Governo do Estado de São Paulo instituiu o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, para execução de ações de prevenção, tratamento, reinserção social, acesso à justiça e cidadania, e de redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde, aos usuários de substâncias psicoativas, especialmente o crack.

A implementação do Programa Recomeço se deu por meio da conjugação de ações das várias Secretarias de Estado, em especial Secretarias de Estado de Desenvolvimento Social, da Justiça e da Defesa da Cidadania, e da Saúde; dos municípios e entidades da administração direta e indireta do Estado, sendo permitida a realização de parcerias entre o poder público e a sociedade civil, nos termos da legislação vigente.

O objetivo do Programa Recomeço é fortalecer a família, de forma que ela se sinta preparada para receber o dependente químico e apoiá-lo na continuidade do seu tratamento. A experiência demonstra a importância de conscientizar a família de que a dependência química é uma doença que precisará ser tratada e acompanhada de forma contínua ao longo da vida do paciente.

Para tanto, no âmbito do referido Programa foi instituído o “Cartão Recomeço” com o objetivo de financiar o custeio das despesas individuais nos serviços de acolhimento para reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária em unidades de acolhimento institucional.

O “Cartão Recomeço”, classificado na modalidade de transferência de renda, será concedido à pessoa física beneficiária do referido Programa e para uso exclusivo nas instituições que o Estado credenciará para tal mister. O valor desse benefício será de R\$ 1.350,00 por mês, ou seja, R\$ 45,00 por dia de acolhimento do usuário de substância psicoativa, sendo o período máximo de acolhimento desse beneficiário do Programa, na instituição credenciada, de 180 dias.

O serviço de acolhimento para reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária é um processo que envolve um conjunto articulado de ações de diversas políticas no enfrentamento das vulnerabilidades e dos rompimentos de vínculos familiares e comunitários decorrentes do uso contínuo de substâncias psicoativas, cabendo ofertas próprias para promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e à participação plena e efetiva na sociedade.

É visível que a Constituição Federal de 1988 é o grande depositário de possibilidades dos direitos fundamentais da pessoa portadora de transtorno mental, suas garantias e valores; entretanto, é inegável a necessidade de interação entre a Psiquiatria e o Direito, sobretudo no que se refere às internações psiquiátricas.

Art. 6.º – A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Conforme dispõe a legislação vigente, as internações psiquiátricas são divididas em três categorias: as **voluntárias**, nas quais existe o consentimento do paciente; as **involuntárias**, sem a anuência do paciente e por solicitação de terceiro; e as **compulsórias**, que são determinadas judicialmente. Estas duas últimas são controladas pelo Ministério Público, que deve ser notificado das mesmas em até 72 horas após sua ocorrência. Esse órgão deve exercer o controle por ser ele o responsável, em nosso ordenamento jurídico, pela defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis, tal como estabelecido no *caput* do art. 127 da Constituição Federal de 1988.

Obviamente, a necessidade de internação, em qualquer modalidade, será sempre avaliada por médico.

Art. 8.º – A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1.º – A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2.º – O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9.º – A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Pedimos vênia para apenas tecer comentários sobre a internação involuntária e compulsória, considerando suas peculiaridades e os reflexos jurídicos que delas advêm.

A natureza jurídica da **internação psiquiátrica involuntária**, como fenômeno jurídico e não apenas médico, é uma necessidade que poderá orientar essa prática médica, aproximando-a e integrando-a às diretrizes constitucionais, como forma de realizar plenamente o Estado Democrático de Direito e a dignidade da pessoa portadora de transtorno mental.

A internação psiquiátrica involuntária continua sendo um dos temas mais polêmicos em saúde mental, pois, medida extrema, vai de encontro à autonomia do portador de transtorno mental, princípio bioético que sustenta a transformação daquele de objeto em sujeito.

A condição de sujeito da pessoa portadora de transtorno mental implica direitos e garantias fundamentais na ordem jurídica constitucional.

Nesse matiz, o devido processo legal (*due process of Law*) é evolução histórica da sabedoria e do sofrimento da humanida-

de que a linguagem jurídica expressa e toda a população precisa conhecer. Evolução da evolução, corolário lógico das conquistas da dignidade humana, o devido processo legal de internação psiquiátrica é garantia inalienável de toda a pessoa que vivencia o sofrimento mental e, eventualmente, necessita sofrer também limitação em seu direito fundamental à liberdade.

A Constituição Federal determina expressamente que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (art. 5.º, LIV).

Temos, portanto, que o paciente psiquiátrico tem o direito constitucional de um devido processo legal de internação involuntária (sem o consentimento), ou compulsória (quando ordenada por juiz), que deverá obedecer a prévios padrões normativos, uma vez que se trata de evidente restrição ao direito fundamental à liberdade e não apenas de “ato médico”.

Possuem os direitos fundamentais das pessoas portadoras de transtornos mentais eficácia imediata, vinculando inclusive os particulares, como médicos, clínicas e hospitais, que estão constitucionalmente obrigados a seguir o devido processo legal para internação involuntária, pois é certo que quando da referida restrição a direito fundamental, além da dimensão individual, está em questão a dimensão social da dignidade da pessoa humana.

A natureza da internação psiquiátrica involuntária, embora não se possa cogitar de aspectos penais, é claramente de “restrição ao direito de liberdade”, representando espécie de limitação civil ou administrativa a direito fundamental de defesa contra intervenção indevida do Estado (e/ou de particulares) e contra medidas legais restritivas dos direitos de liberdade.

Restringir o direito à liberdade dos pacientes psiquiátricos involuntários é mecanismo garantidor de direitos fundamentais próprios (tentativa de suicídio, por exemplo) ou de terceiros (vida, integridade física, propriedade etc.).

A lei afirma que a internação involuntária pode ser pedida por “terceiro”, o que permite inferir que as pessoas habilitadas a formular o requerimento são, por analogia, as mesmas previstas no art. 1.768 do Código Civil, a saber: pais ou tutores, cônjuge (ou companheiro), ou qualquer parente. Quando o pedido de inter-

nação for feito por terceiro, entende-se que o requerimento deve ser administrativo e apresentado diretamente ao estabelecimento de internação ou perante o Sistema Único de Saúde – SUS. Não há necessidade de intervenção judicial ou do Ministério Público para que haja a internação involuntária. Apenas é necessário que o estabelecimento hospitalar comunique ao Ministério Público, em 72 horas, na forma da referida lei.

A questão da internação do paciente acometido de transtorno mental regida pela lei em comento representou um marco no processo de valorização da vontade do paciente, mesmo tendo reconhecido que, momentaneamente, a expressão da vontade pode não ser possível.

Frise-se que a própria lei n.º 10.216/2001 (art. 4.º) determina a aludida internação como modalidade extraordinária, somente admissível quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

No que tange a **internação compulsória**, é cediço que muitos pedidos de internação compulsória apresentados ao Judiciário, quase sempre em razão da dependência do crack ou de outra droga, têm se mostrado desnecessários. Outro equívoco que se percebe é a acumulação dos pedidos de internação com a interdição por incapacidade, quando há familiar para assumir a curatela e pedir a internação.

A internação compulsória está prevista na lei também para aplicação naquelas situações em que há necessidade de intervenção estatal (questão de saúde pública), mas não há solicitação de familiar para a internação. Nesses casos, tanto o Ministério Público quanto o setor próprio da área de saúde pública podem formular ao Judiciário o pedido de internação compulsória do paciente.

O fato é que a internação (involuntária ou compulsória) deve ser a mais breve possível, pois, quanto antes o paciente for formalmente cientificado dos direitos previstos no parágrafo único do art. 2.º da lei n.º 10.216/2001, mormente o direito previsto no inciso V: “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária”, maior será a possibilidade de seu restabelecimento e reinserção na sociedade.

Em suma, por caracterizar a restrição de liberdade em um Estado Democrático de Direito que garante a inviolabilidade dela e a concessão de *habeas corpus* se for ameaçada ou restringida indevidamente (art. 5.º, *caput*, e inciso LXVIII, CF), a internação psiquiátrica somente é possível dentro da estrita legalidade. Podemos resumir seus requisitos legais da seguinte forma: a) constatação de que os “os recursos extra-hospitalares” disponíveis “se mostram insuficientes” (art. 4.º, *caput*); b) “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6.º, *caput*), a ser emitido por médico com registro no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se situa o estabelecimento (art. 8.º, *caput*); c) projeto terapêutico interdisciplinar e individualizado que garanta a assistência integral do paciente (médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapias corporais, atividades de lazer e outras), descaracterizando a instituição como meramente asilar (art. 4.º, §§2º e 3º), e d) “finalidade permanente” de “reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4.º, § 1º).¹⁰

No que se refere ao uso do crack ou outras drogas, a internação (involuntária ou compulsória) não deve estar atrelada à interdição, pois esta é medida muito mais drástica que a internação. Somente se cuida de interdição quando constatado que o tratamento foi ineficaz e que a dependência química resultou em incapacidade para os atos da vida civil. Aliás, prevê o artigo 4.º, II, do Código Civil, que os viciados em tóxicos são “incapazes relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer”. Logo, em caso de declaração da incapacidade devido à dependência química, a sentença deve especificar os limites da incapacidade.

Muitos pedidos de internação visam, na verdade, a entrada dos pacientes em estabelecimentos hospitalares, por força de ordem judicial, sem observância à regulação do SUS.

Com o crescimento extraordinário de dependentes químicos, o fato é que na maioria dos Estados da Federação a falta de

10 Reynaldo Mapelli Júnior, Luciene Angélica Mendes e Mauro Aranha de Lima, *op. cit.*, 2011.

vagas no Sistema Único de Saúde é problema que agrava ainda mais a situação do usuário de substâncias entorpecentes.

Contudo, o problema não pode ser enfrentado com pedido judicial de internação compulsória, que visa quase sempre desrespeitar a regulação do SUS. É necessário tomar cuidado para não se desvirtuar o foco de enfrentamento do problema.

A internação compulsória, bem como as demais modalidades de internação psiquiátrica, persistirá enquanto houver indicação médica para tanto. Os critérios de duração são exclusivamente médicos. A internação compulsória, justamente por não conferir “carta branca” ao Poder Judiciário, não será determinada ao livre arbítrio do juiz.

Entende-se que a desinternação sequer deva ser submetida ao crivo do Judiciário. Nosso entendimento é que, realizada a desinternação por indicação médica, o magistrado, ao ser comunicado, poderá apenas declarar cumprida a medida judicial.

A internação de uma pessoa em hospital psiquiátrico de forma indevida é a maior tradução de má-fé e de maldade humana. É importante mencionar que após a alta médica, manter o paciente internado pode configurar crime de cárcere privado.

Como já dito, os critérios são exclusivamente clínicos, não podendo o magistrado se manifestar sobre tal decisão, vale dizer, indiferente a persecução da periculosidade, da permanência da moléstia ou inquietação social. A internação durará enquanto presente o surto e cabe ao médico avaliar se o paciente deve ou não permanecer internado.

Da mesma forma, e justamente pelas razões já expostas, não há o que se falar em duração prévia da internação. A internação durará enquanto persistente o quadro de surto do paciente, enquanto houver indicação médica para tanto, cujo enfoque será sempre o indivíduo, o seu sofrimento mental, sua saúde, nunca o perigo que ele supostamente represente para a sociedade.

O raciocínio tem que ser o inverso, garantir o tratamento na comunidade e não em hospitais, como exemplificam com maestria Márcio Mariano Moreira, Sandro Sendin Mitsuhiro e Marcelo Ribeiro, ao analisarem a situação das mulheres gestantes moradoras de rua e dependentes de crack:

Não se trata de defender ou não a internação involuntária, que deve ser utilizada sempre que necessária com o intuito de ajudar a paciente e sua gestação, mas de se pensar o que ainda precisa ser criado e estruturado em termos de saúde pública para que esse tipo de indicação se torne cada vez mais improvável.¹¹

Sob o aspecto processual, o pedido de internação compulsória, quando deferido, tem caráter emergencial e temporário, devendo ser precedido de manifestação do Ministério Público e será sempre conferido no intuito de proteger o interesse do usuário. O magistrado jamais deve fixar o tempo da internação, pois caberá ao especialista responsável pelo tratamento decidir sobre o término da internação (§ 2.º do art. 8.º).

Feitos esses breves comentários, desde logo há que se considerar que o conceito de dignidade da pessoa humana (art. 1.º, inciso III, CF), no que se refere a saúde mental, foi e continuará sendo objeto de aprimoramento entre várias ciências, notadamente a médica e a jurídica.

Referências

- Amarante, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- Desviat, M. *A Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Gentil, V. “Uma visão crítica da política brasileira de saúde mental. In: Miguel, E. C.; Gentil, V.; Gattaz, W. F. (eds.), *Clínica Psiquiátrica*, São Paulo: Manole, 2011.
- Lima, M. A. (coord.). *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*, São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), 2010.
- Lougon, M. *Psiquiatria institucional. Do hospício à Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Mapelli Jr., R.; Coimbra, M.; Matos, Y. A. P. S. *Direito Sanitário*, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2012.
- Mapelli Jr., R.; Mendes, L. A.; Lima, M. A. “Legislação e atendimento psiquiátrico”. In: Miguel, E. C.; Gentil, V.; Gattaz, W. F. (eds.), *Psiquiatria Clínica*, Seção VIII, cap. 139, São Paulo: Manole, 2011.
- Mapelli Jr., R. “Novos desafios para as políticas públicas de saúde men-

11 “O consumo de crack durante a gestação”, 2012.

- tal no Brasil”. *Revista Jurídica Consulex*, ano XIV, n.º 320, Brasília/DF: Consulex, maio de 2010.
- Mariconda, P. R. “O diálogo e a condenação”. In: Galileu Galilei, *Diálogo sobre os dois máximos sistemas do mundo ptolomaico e copernicano*, São Paulo: Discurso Editorial da Fapesp, 2001.
- Moreira, M. M.; Mitsuhiro, S. S.; Ribeiro, M. “O consumo de crack durante a gestação”. In: Ribeiro, M.; Laranjeira, R. (orgs.). *O Tratamento do Usuário de Crack*, Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Paim, J. S. *O que é o SUS*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Paracelso, F. A. B. H. “The diseases that deprive man of his reason, such as St. Vitus’ dance, falling sickness, melancholy, and insanity, and their correct treatment” (1567). In: *Four treatises of Theophrastus von Hohenheim, called Paracelsus*, trad. do original alemão, com ensaios introdutórios de Temkin, C. L. et al., com prefácio de Henry E. Sigerist, Londres: João Hopkins Paperbacks, 1996.
- Rosa, J. G.. “Sorôco, sua mãe, sua filha”, em *Primeiras Estórias*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

Este livro foi composto por Lafgraf Design Editorial
e impresso em papel Pólen Soft pela Imprensa Oficial
do Estado de São Paulo para o Instituto de Saúde
e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina,
em agosto de 2013