

Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil

Dilemmas and challenges for implementing global mental health policies in Brazil

Dilemas y desafíos para la implementación de políticas de salud mental global en Brasil

Francisco Ortega ¹
Leandro David Wenceslau ²

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.

Correspondência

F. Ortega
Instituto de Medicina Social,
Universidade do Estado do
Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier
524, Pavilhão João Lyra Filho,
7º andar, Rio de Janeiro, RJ
22245-120, Brasil.
fjortega2@gmail.com

Em 2007, a primeira série sobre saúde mental da revista *The Lancet* foi publicada como parte de um esforço maior para ressaltar a escala global de problemas de saúde mental e instar parceiros internacionais a se juntarem a este “novo amplo movimento social” para fortalecer a saúde mental ¹. Os autores argumentaram que a saúde mental tem sido majoritariamente negligenciada nas agendas globais de saúde, e destacaram estimativas epidemiológicas mostrando a extensão da carga dos transtornos mentais nas famílias, comunidades, nações e sistemas econômicos internacionais ². É apontada a existência de uma grande “lacuna de tratamento” (*treatment gap*) entre a necessidade e a disponibilidade de serviços de saúde mental, e ressaltam os custos individuais e sociais da doença mental não diagnosticada e não tratada, além da demanda por intervenções eficazes e acessíveis, especialmente em países de renda baixa e média ³.

A ascensão do Movimento de Saúde Mental Global (Movement for Global Mental Health – MGMH; <http://www.globalmentalhealth.org>) – que conta atualmente com aproximadamente 10 mil membros individuais e 200 instituições – tem, no entanto, conferido um novo significado a controvérsias antigas sobre a universalidade ou especificidade cultural de transtornos mentais e seus sintomas. Os críticos acusam o movimento de exportar um modelo ocidental de doença e

tratamento, prejudicando o papel dos praticantes de terapêuticas tradicionais, desconsiderando a variabilidade cultural na compreensão e nas respostas ao sofrimento mental, além de medicalizar a angústia e ignorar suas causas sociais e econômicas em países de baixa e média renda ⁴.

Líderes do MGMH rejeitam essas críticas ⁵. Defendem que o MGMH é permeado por uma preocupação pelos direitos humanos e uma sensibilidade pós-colonial para colaborações entre o Sul global e o Norte global. São estimulados programas que sejam sensíveis às tradições culturais locais e resultem de uma atuação conjunta e colaborativa com os praticantes de terapêuticas tradicionais. Apoiam-se na literatura sobre os determinantes socioeconômicos dos transtornos mentais e salientam que esta literatura estabeleceu uma base empírica multidisciplinar para subsidiar as intervenções.

Ao mesmo tempo, algumas preocupações no MGMH convergem com as preocupações dos críticos. Baseados em uma versão do “universalismo”, alguns pesquisadores do MGMH afirmam que, por motivos pragmáticos, abordar um desafio desta magnitude requer a adoção de pacotes de intervenção padronizados, que apresentem uma boa relação custo-benefício, possam ser globalmente replicáveis, e pareçam viáveis e financiáveis para os patrocinadores/doadores (*donors*) e os governos. Contudo, outros pesquisado-

res do MGMH contra-argumentam que intervenções eficazes em diversos contextos não podem ser construídas de forma padronizada utilizando uma base de dados derivada, em grande parte, da pesquisa feita em países desenvolvidos, mas devem ser adaptadas às especificidades das culturas locais, às características dos sistemas locais de saúde existentes e às necessidades particulares de determinados grupos populacionais.

Diante desse debate internacional, identifica-se a necessidade de avaliar como essa agenda de pesquisas e intervenções tem repercutido no Brasil ou, no sentido contrário, pode estar sendo influenciada pela produção acadêmica e por políticas de saúde brasileiras. A classificação como um país de média renda é uma justificativa insuficiente para aplicar, ao caso brasileiro, os argumentos subsidiários e as estratégias escalonadas de ampliação do acesso à saúde mental experimentados, principalmente, em países africanos e asiáticos, que carecem de sistemas nacionais de saúde estruturados. Em contrapartida, a agenda brasileira apresenta-se parcialmente fechada a esse movimento global, evitando alguns de seus vieses, mas também afastando-se de avanços que uma participação crítica nestas discussões pode oferecer.

A organização dos cuidados em saúde mental no Brasil é moldada por um conjunto diverso e complexo de influências, e está longe de ser um campo recente ou negligenciado dentro do debate e das práticas sanitárias brasileiras. A existência, há mais de 25 anos, de um sistema único de saúde público e universal, o SUS, tem demandado a proposição e o aprimoramento de políticas para a garantia do direito social à saúde, compreendida em suas dimensões física, mental e social. Seguindo as transformações que vêm ocorrendo em escala global, a reforma psiquiátrica brasileira tem promovido o abandono do modelo asilar e a opção pelos cuidados comunitários, assumindo como estratégia principal a expansão dos centros de atenção psicossocial (CAPS) ⁶.

Ao mesmo tempo, o SUS também é cenário para a priorização e crescimento dos cuidados primários em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nos últimos dez anos, a demanda pela integração dos cuidados em saúde mental na ESF tem se tornado cada vez mais evidente e é alvo de políticas específicas como a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em paralelo, o reconhecimento do abuso de substâncias, em especial o *crack*, como grave problema de saúde pública, tem feito reemergir a aposta em modelos de internação por longos períodos, com destaque para a difusão de versões distorcidas das comunidades terapêuticas ⁷. Dado o surgimento desses diversos equi-

pamentos sanitários e do envolvimento de vários profissionais, a integração dos serviços de saúde mental também foi objeto de normatizações, como a criação das Redes de Atenção Psicossocial.

Há, portanto, um acúmulo “endógeno”, de ao menos 25 anos, de leis, políticas de larga escala e experiências locais que dialogam com os temas de interesse do MGMH, ainda que não possuam este rótulo. Esse processo de transformação dos cuidados públicos à saúde mental no Brasil é também o terreno de um grande número de pesquisas e resulta em ampla produção bibliográfica ⁸. Entretanto, algumas questões, priorizadas pelo MGMH, podem receber mais atenção nas políticas e pesquisas desenvolvidas em saúde mental no Brasil e pretendemos destacar algumas.

Como afirmado anteriormente, há instrumentos normativos que situam a ESF como o local de oferta de cuidados em saúde mental. No entanto, é necessário estabelecer mais precisamente o seu papel, além de aumentar a sua autonomia perante os componentes especializados, como CAPS e NASF. Ainda que funções como a de porta de entrada do sistema e coordenação do cuidado sejam próprias da atenção primária, elas, usualmente, são atribuídas ao CAPS, embora este seja um serviço especializado. Essa posição secundária da ESF pode ser explicada pela construção histórica do seu processo de trabalho, determinada por características como ausência de profissionais de nível superior, enfermeiros e médicos especializados em atenção primária, e pela ênfase na oferta de serviços limitados por pacotes assistenciais como hipertensão, diabetes e atenção pré-natal ⁹. Esses pacotes limitam o acesso dos usuários e não incluem os transtornos mentais. O papel da ESF fica, frequentemente, restrito ao encaminhamento ao especialista.

Os NASFs surgem como dispositivo para modificar esse quadro, mas se deparam, novamente, com profissionais da ESF, na maioria das vezes, não especializados em atenção primária e, por consequência, com competências insuficientes para o manejo dos transtornos mentais mais prevalentes. Por sua vez, os profissionais especialistas em saúde mental também são pouco capacitados para oferecer cuidados integrados em atenção primária à saúde e faltam linhas de cuidado mais objetivas para os transtornos mentais, adequadas para este nível do sistema e que orientem o diálogo e as condutas destes profissionais.

A reunião de evidências científicas que demonstram que os transtornos mentais possuem tratamentos específicos eficazes e de fácil disponibilidade é um dos argumentos mais utilizados pela saúde mental global para defender a adoção de protocolos para abordagem destes transtornos em larga escala. A aplicabilidade

desses protocolos no Brasil merece análise e pesquisa, em especial, considerando a possibilidade de ensaios mistos, quantitativos e qualitativos, pragmáticos, que avaliem as intervenções em cenários representativos das suas condições esperadas de aplicação. Para o SUS, por enquanto, em âmbito nacional, estão disponíveis escassas referências de abordagem e manejo dos transtornos mentais, focadas, na maioria das vezes, em princípios orientadores¹⁰, com pouco direcionamento para o uso racional de psicofármacos ou de intervenções psicossociais mais específicas e padronizadas.

Partidários da saúde mental global têm, cada vez mais, assumido como questão central o estudo de aspectos culturais de intervenções em larga escala em saúde mental. Negar o acesso ao diagnóstico e tratamento dos transtornos fere os direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, porém reduzir a intervenção à replicação de protocolos, em especial, à oferta de medicamentos, é também reproduzir uma abordagem negligente, danosa e sem evidências dos transtornos mentais. Há, nesse sentido, o interesse em estudos que avaliem tanto de forma objetiva como subjetiva e qualitativa essas intervenções em diferentes contextos, envolvendo, por exemplo, lideranças, grupos e agentes comunitários, e adaptações de protocolos a características específicas locais. No Brasil, ainda que exista uma produção importante de estudos qualitativos em saúde mental¹¹, como ainda há poucas intervenções terapêuticas padronizadas e de larga escala, não se abriu terreno para pesquisas que avaliem as interfaces culturais de medidas deste tipo.

Acreditamos que o reconhecimento de que toda cultura possui "*popular idioms of distress*", isto é, "*formas sancionadas culturalmente de exprimir o sofrimento de maneira inteligível para a comunidade*"¹² (p. 47), não se opõe à constatação de que transtornos mentais, especialmente os mais severos, possuem elementos comuns entre as diferentes culturas e afetam indivíduos em todas as sociedades. Esse pressuposto permite levar em consideração determinantes sociais e estruturais das doenças mentais, sublinhando a utilidade de ferramentas diagnósticas e protocolos, ao mesmo tempo, derivados localmente e padronizados internacionalmente¹³, possibilitando assim o desenvolvimento de estratégias de tratamentos para intervenções especialmente em zonas carentes de recursos em saúde mental. Essas questões têm potencial para permear e enriquecer as reflexões e propostas em torno da ampliação dos cuidados públicos em saúde mental no Brasil e podem, na direção inversa, mediar a abertura do debate internacional às contribuições singulares da experiência brasileira.

Colaboradores

Ambos os autores contribuíram de maneira igual em todas as etapas da redação do artigo.

1. Horton R. Launching a new movement for mental health. *Lancet* 2007; 370:806.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maserko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370:859-77.
3. Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA* 2010; 303:1976-7.
4. Summerfield D. Afterword: against "global mental health". *Transcult Psychiatry* 2012; 49:519-30.
5. Patel V. Why mental health matters to global health. *Transcult Psychiatry* 2014; 51:777-89.
6. Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 16:4593-6.
7. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19:569-80.
8. Gregório G, Tomlinson M, Gerolin J, Kieling C, Moreira HC, Razzouk D, et al. Setting priorities for mental health research in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34:434-9.
9. Tesser CD, Norman AH. Rethinking the access to healthcare in the Family Health Strategy. *Saúde Soc* 2014; 23:869-83.
10. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).
11. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde Soc* 2012; 21:1022-34.
12. Kirmayer L, Swartz L. Culture and global mental health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince MJ, editors. *Global mental health: principles and practice*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 41-62.
13. Kohrt BA, Mendenhall E, Brown PJ. Historical background: medical anthropology and Global mental health. In: Kohrt BA, Mendenhall E, editors. *Global mental health: anthropological perspectives*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2015. p. 19-35.

Recebido em 04/Set/2015

Aprovado em 15/Out/2015