

Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios

Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges

Salud mental en Brasil: avances, retrocesos y desafíos

Rosana Teresa Onocko-Campos ¹

doi: 10.1590/0102-311X00156119

Parece impossível, hoje, pensar na Reforma Psiquiátrica Brasileira sem contextualizar, na história recente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituinte de 1988 e o advento dos governos progressistas dos anos 2000.

Apesar da crise financeira permanente e da restrição orçamentária que se arrastou desde o momento da criação do SUS e de sua regulamentação, é inegável que a redemocratização e o processo da Reforma Psiquiátrica permitiram a criação de redes assistenciais ao longo e ao largo do país com grande expansão de serviços comunitários.

Esse processo, assentado em valores humanitários e no usufruto de direitos, esteve permanentemente marcado por uma forte disputa ideológica com certo setor da psiquiatria tupiniquim. E, apesar de muito alardeado e de fato efetivado em alguns grandes centros urbanos, no geral, contou com um fraco envolvimento da sociedade civil. Apesar de que a *nouvelle* familiar da Reforma Psiquiátrica destacou os movimentos de usuários e de trabalhadores como fundantes e importantes, estes movimentos não conseguiram se espalhar pelo Brasil afora e a Reforma foi impulsionada como política pública de saúde e não como reivindicação da sociedade civil. Não queremos com isso negar que houvesse articulação entre esses campos, mas contribuir para a compreensão dos rumos presentes e das defesas possíveis da Reforma.

Após quase 30 anos de Reforma Psiquiátrica, a produção científica brasileira permite-nos hoje apontar alguns resultados consolidados na literatura, sendo os principais comentados a seguir.

Houve uma efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os hospitais psiquiátricos desde 2006. Os serviços comunitários brasileiros são, quase em sua maioria, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades I, II ou III (com leitos-noite). Houve fechamento de leitos em hospitais monovalentes, hoje reconhecidos como ineficazes pela literatura mundial (processo inconcluso, do qual ainda restam em diversos lugares do país inúmeros hospitais monovalentes com práticas de duvidosa efetividade e suspeitas de maus-tratos a pacientes).

É preciso destacar que a expansão de serviços comunitários está praticamente estagnada após 2011 e que se carece de dados após 2015, numa lamentável perda de transparência do Ministério da Saúde. Também vale ressaltar que apesar dessa importante expansão de cobertura de serviços comunitários, permaneceu a falta de escala para alguns dispositivos relevantes para a efetivação do *recovery*

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência

R. T. Onocko-Campos
Departamento de Medicina Preventiva e Social,
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Rua Américo de Campos 93,
Campinas, SP 13084-971,
Brasil.
rosanaoc@mpc.com.br



na sociedade como o Programa de Volta para Casa, os centros de convivência, os centros de geração de renda etc.

Por outro lado, os serviços comunitários têm mostrado – tal como todos os equipamentos do SUS – uma importante fragilidade institucional e constrangimentos pelo financiamento inadequado. Alguns estudos apontaram burocratização, excesso de tutela e falta de acolhimento a familiares ^{1,2}, contudo, outros estudos também mostraram a consistência de suporte de uma rede de serviços bem articulada e a redução do número de internações após a vinculação aos serviços comunitários ^{3,4}.

Já em 2008, um importante *paper* apresentava a situação brasileira da seguinte maneira: “O país optou por serviços e programas inovadores, como a expansão dos Centros de Atenção Psicossociais e o programa de volta para casa para desinstitucionalizar pacientes de longa permanência. No entanto, os serviços são distribuídos de forma desigual entre as regiões do país, e o crescimento da população idosa, combinado com uma lacuna existente no tratamento, está aumentando a carga de cuidados de saúde mental. Essa lacuna pode aumentar ainda mais se o financiamento não aumentar e se os serviços de saúde mental não forem expandidos no país. Ainda, não há um bom grau de integração entre a atenção básica e as equipes de saúde mental que trabalham no nível do CAPS, e é necessário treinar profissionais para atuarem como planejadores e gestores de saúde mental. Pesquisas sobre organização de serviços, políticas e avaliação de sistemas de saúde mental são fortemente recomendadas no país. Não existem dados firmes para mostrar o impacto de tais políticas em termos de custo-benefício dos serviços comunitários e não há indicadores tangíveis para avaliar os resultados dessas políticas” ⁵ (p. 2).

Essa análise orientou de maneira racional e sistemática as ações do Ministério da Saúde até começos de 2011, período durante o qual houve estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e treinamentos na área da saúde mental coerentes com o diagnóstico apresentado anteriormente. A expansão de serviços arrefeceu de maneira importante a partir de 2011, sendo o pequeno crescimento registrado produzido praticamente em sua totalidade pela criação de serviços voltados para a população com problemas com álcool e outras drogas ilícitas. Evidencia-se após essa data uma muito tímida expansão dos CAPS III, serviços estratégicos para a conclusão do processo de fechamento dos hospitais monovalentes. Os CAPSad III, criados em 2010, tiveram forte indução ao final do ano de 2011. Em quatro anos, a implantação de CAPSad III atingiu o número de 88, quase o mesmo número que os CAPS III levaram mais de dez anos de implantação para alcançar, 92 serviços, de forma pouco equânime no território nacional ⁶. Esse dado mostra a potência que a política pública tem para induzir mudanças quando a ela se atrelam recursos e decisão política.

Carecemos de informações após 2015, pois o ministério interrompeu a publicação regular de informações, em claro desrespeito à lei de transparência da informação.

Em 2015, uma revisão apontava que alguns progressos podiam ser constatados em relação à integração entre serviços e na articulação de rede. Como, por exemplo, o fato da saúde mental apresentar mecanismos de integração nas áreas macrosistêmica, meso (institucional) e micro (clínica). Apontava-se expansão da rede de atenção e novas formas de organização e de treinamento. No entanto, o sistema persistia subfinanciado e precisando de melhorias na atenção primária e nos mecanismos de avaliação. Práticas integradas relacionadas às equipes de urgência e ao apoio matricial eram avaliadas como melhoras. Assim como as experiências de supervisão e de equipes multidisciplinares ⁷.

Em 2017, outro estudo – sobre governança e mecanismos de avaliação – apontava a saúde mental como área subfinanciada do SUS, já cronicamente subfinanciada. O modelo de governança era responsabilizado por restringir o progresso de serviços essenciais, criando-se a necessidade de um processo de regionalização. Denunciavam-se mecanismos de avaliação não incorporados à política de saúde no campo burocrático, que o foco da política parecia arcaico em relação aos preceitos do modelo psicossocial e concluía que os mecanismos de avaliação precisavam ser ampliados ⁸.

E recentemente, em uma revisão sistemática sobre avaliação de serviços de saúde mental no Brasil ainda no prelo, as principais conclusões foram que a avaliação da rede de saúde mental brasileira ficou aquém da expansão dos serviços. Faltando estudos em larga escala, pois a maioria dos trabalhos dizia respeito a um número restrito de serviços ou a uma região única. Os estudos avaliativos apontaram desafios para a rede de saúde mental brasileira, sendo a falta de participação de usuários e famílias uma questão preocupante. Assim como são escassos os estudos sobre direitos e cidadania. Pelo fato do Brasil não ter uma forte cultura avaliativa, alertava-se para a necessidade de desenvolver uma política de avaliação da implantação da expansão de serviços, caso contrário, esforço e dinheiro poderiam ser desperdiçados.

Contudo, o grande capítulo dos retrocessos galgou um importante passo com a *Portaria nº 3.588*⁹, de 21 de dezembro de 2017. Muito resumidamente, nessa Portaria, publicada no apagar da luz de 2017, durante o ilegítimo governo Temer, foi reintroduzida na Rede de Assistência Psicossocial (RAPS) a figura do Hospital Dia, que fora superado pela instauração dos CAPS e que resgata e valoriza as intervenções biomédicas por sobre as práticas psicossociais e de *recovery*.

A Portaria ainda instituiu o CAPS AD IV, que nada mais seria que a legitimação para que escorresse um gordo financiamento público federal para as comunidades terapêuticas, jeito brasileiro eufêmico de reinstaurar práticas de isolamento e de desrespeito pelas liberdades individuais, que caracterizaram ao longo da história ocidental no século XX as práticas asilares e manicomiais.

Prosseguindo com a marcha a ré da história, a portaria ainda determina o reajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos “segundo seu tamanho”, indo na contramão de todas as recomendações internacionais e do próprio e bem-sucedido processo brasileiro de redução de tamanho dos hospitais monovalentes iniciado no início do século XXI, e nos devolveu de uma canetada ao século XIX.

Ainda, coerentemente com a sua marcha a ré até o passado, a malfadada portaria reestabeleceu na RAPS um nível secundário de atenção por meio de equipes especializadas de saúde mental, abrindo espaço para a reinstalação de ambulatórios hierarquizados e desarticulados. De novo, enxerga-se ali uma ativa inclinação do campo para a hegemonia das práticas biomédicas, desde que a adequada instauração de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desse conta da articulação entre níveis de atenção como mostraram alguns estudos recentes¹⁰.

Resumindo esse breve percurso histórico – e navegando à luz das evidências avaliativas recentes – poderíamos tentar sistematizar o que precisaria atualmente a nossa RAPS, segundo as evidências disponíveis e se adequando às recomendações internacionais (como as da Organização Mundial da Saúde – OMS).

Seria importante estimular uma melhor distribuição regional dos serviços comunitários e dos recursos em geral, visando à estabilidade dos serviços já instituídos e à expansão nas regiões menos favorecidas do país.

Também é necessária a melhora dos mecanismos de coordenação do cuidado entre atenção primária à saúde e serviços comunitários especializados (CAPS). Leia-se implantação de NASF adequada em quantidade e formação, com processo de educação permanente vinculado.

A expansão da cobertura de serviços que visam ao *recovery* como centros de convivência, serviços de geração de renda etc. torna-se fundamental. Assim como a implementação de estratégias ativas de combate ao estigma. Outros países, como a Inglaterra, têm tido casos exitosos de propaganda oficial especialmente destinada a esse fim. O combate ao estigma é um importante fator para reduzir também o gap de mortalidade da população com transtornos mentais, desde que os próprios serviços de saúde tendam a negligenciar por sua causa a assistência adequada e oportuna a essa população. A manutenção de jovens com transtornos nas escolas e universidades também requer de estratégias ativas e específicas.

Trabalhar com saúde mental expõe os trabalhadores a inúmeras tensões no seu cotidiano. Criar atividades de capacitação e educação permanente das equipes torna-se fundamental para evitar a burocratização e a ineficácia das práticas clínicas.

Por fim, uma política de qualificação e avaliação permanente da RAPS seria o mínimo de transparência exigível em um contexto racional, e é como o sistema funciona nos países com experiências bem-sucedidas.

Na atual conjuntura política, parece muito improvável que alguma dessas recomendações seja atendidas. Vigora uma gestão pública que não é pautada nas evidências científicas. Vivemos perigosamente às beiras da infâmia e do desrespeito pelos direitos civis, políticos e sociais. Em geral, as pessoas que sofrem de transtornos mentais possuem fragilidades na sua socialização, inserção social e no mercado de trabalho. São menos bem-sucedidas que a média no âmbito da concorrência feroz que caracteriza nosso capitalismo tardio periférico, e tendem a engrossar a multidão de desempregados e desviados colocados nas bordas da marginalidade. Precisarão mais do que nunca de nossa *advocacy*, de nosso engajamento em sua defesa e na luta pelas suas reivindicações.

Nesta nova *Terra em Transe* ¹¹, o que fazer?

Penso que deveríamos buscar e trabalhar ativamente pela construção de alianças estratégicas. Ernesto Laclau, em seu livro *A Razão Populista* ¹², afirma que a criação de um povo passa pela equivalência de um significantes vazio. Apoiado na leitura de Psicologia das massas e análise do eu de Freud ¹³, ele sustenta que seria por meio de mecanismos de identificação que se tornaria possível que demandas diferentes se “equivalham”. Por exemplo, o que haveria de comum na defesa da educação pública de qualidade, na defesa da seguridade social e na defesa do financiamento público de pesquisas científicas? A rigor, cada um deles constitui um campo cheio de especificidades e é representado por diferentes grupos de interesse. Contudo, segundo esse autor, seria na equivalência em algum significantes vazio (i.e: estado democrático de direito, ou qualquer outro nome capaz de abrigar essas diversas demandas) que seria possível organizar um povo e sua efetiva mobilização política.

Seguindo sua linha de pensamento, penso que o narcisismo das pequenas diferenças, mecanismo apontado por Freud em *O Mal-estar na Civilização* ¹⁴, seria o pior inimigo do poder popular em momentos como o que habitamos. O narcisismo das pequenas diferenças explora o mecanismo de identificação no sentido contrário, buscando produzir escora por meio de alguma e qualquer pequena diferença entre grupos muito próximos, qualquer pequeno desacordo fundando as justificativas para nos separarmos e virar inimigos.

Nessa linha de raciocínio, creio que deveríamos superar a briga do Movimento da Reforma Psiquiátrica com “a” psiquiatria. Aproximar-nos da psiquiatria crítica, da etno-psiquiatria, de inúmeros psiquiatras bem-intencionados que querem trabalhar no sistema público trazendo racionalidade científica ao campo por meio de estudos e divulgação de recomendações da OMS etc.

Ricoeur ¹⁵ diz que a ideologia é sempre necessária ao momento fundador dos movimentos, e que mantém também um papel motivador para a continuidade das lutas, contudo, é também fonte de mal-entendido e de distorção de sentido. Esse autor sustenta que a ideologia “é operatória e não temática”, portanto, é mais provável que pensemos “através” dela do que “sobre” ela. Penso que a excessiva ideologização da Reforma, superado seu poder fundacional originário, há tempo se tornou um obstáculo para a reflexão crítica sobre os novos equipamentos e para a incorporação de boas práticas. Esse exercício parece-me imprescindível, inclusive, para poder enfrentar o problemático campo da medicalização do sofrimento humano, e para qualificar uma utilização racional de medicamentos psicofarmacológicos que se pautem nos princípios da prevenção quaternária ^{16,17}.

Creio ser essencial também darmos ênfase às estratégias inclusivas dos pacientes: apoiar e estimular associações de usuários, a criação de cooperativas de geração de renda, desenvolver estratégias ativas de combate ao estigma e estímulo para a orientação dos serviços existentes ao *recovery*. Temos colocado um desafio imenso para o campo da participação social que é decorrente da ignóbil desigualdade socioeconômica brasileira e do imenso *gap* educacional que separa nossos usuários dos técnicos e profissionais.

No campo acadêmico, acho fundamental repensarmos e reestruturarmos nossas estratégias de formação profissional. Não é verdade que seja só a psiquiatria quem tem de rever seus processos formativos. Muitas outras profissões mostram capacitações ultrapassadas, lançam mão de argumentações ideológicas e apresentam graves deficiências técnicas, o que desqualifica as práticas e contribui para a perpetuação do tratamento moral.

Também me parece central redesenhar nossas pesquisas de maneira a torná-las cada vez mais participativas e inclusivas. A luta junto aos órgãos de fomento por editais específicos para pesquisa e desenvolvimento da temática da Saúde Mental não deve ser interrompida. Assim como deveremos incrementar a luta junto aos órgãos gestores e de formulação da política, para estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação independentes da RAPS e pelo acesso à informação.

Nessas reviravoltas paradoxais que dá a história, em momentos em que teríamos muito a comemorar e formas racionais e científicas de enfrentar os desafios, vemo-nos às voltas com a necessidade de retomar a luta e a mobilização de uma forma inédita. Pois já não está em jogo somente a Reforma Psiquiátrica, senão a democracia.

Que os Orixás nos ajudem!

Informação adicional

ORCID: Rosana Teresa Onocko-Campos (0000-0003-0469-5447).

1. Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Demarco DA, Neutzling AS, Oliveira MM, et al. Satisfaction with mental health community services among patients' relatives. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20:237-46.
2. Franzmann UT, Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS. Estudo das mudanças percebidas em usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil a partir de sua inserção nos serviços. *Saúde Debate* 2018; 42(n.spe 4):166-74.
3. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:807-15.
4. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 Suppl 1:16-22.
5. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* 2008; 2:12.
6. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Trapé TL, Onocko-Campos R, Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. *Int J Health Sci* 2015; 3:45-53.
8. Trapé TL, Onocko-Campos R. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:19.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2017; 22 dez.
10. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180617.
11. Rocha G. Terra em transe [filme]. Rio de Janeiro: Mapa Produções Cinematográficas Ltda.; 1967. P/B, 106 min.
12. Laclau E. La razón populista. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
13. Freud S. Psicologia das massas e análise do eu. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
14. Freud S. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
15. Ricoeur P. Interpretação e ideologia. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
16. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2012-20.
17. Del-Barrio LR, Campos RTO, Stefanello S, Santos DVD, Cyr C, Benisty L, et al. Human rights and the use of psychiatric medication. *J Public Ment Health* 2014; 13:179-88.

Recebido em 13/Ago/2019

Versão final representada em 18/Set/2019

Aprovado em 23/Set/2019