

Saúde Mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes

Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants

Salud Mental en Brasil: desafíos para la construcción de políticas y el seguimiento de sus determinantes

Tânia Maria de Araújo¹, Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté²

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, Núcleo de Epidemiologia, Feira de Santana, BA, Brasil

²Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, BA, Brasil

INTRODUÇÃO

Um contingente significativo de pessoas apresenta algum tipo de transtorno mental (TM). Estimativas, em nível global, indicam que, em todo o mundo, 4,4% das pessoas sofrem de transtorno depressivo e 3,6% de transtorno de ansiedade,¹ apontando para uma tendência sustentada de crescimento desses agravos. No Brasil, a carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tem aumentado substancialmente,^{2,3} a ponto de os transtornos mentais representarem um terço do total de casos de DCNTs.⁴⁻⁶ O Brasil ocupa o quarto lugar entre os países da América Latina com maior crescimento anual de suicídios; em números absolutos, é o segundo dessa região das Américas.⁷ Os TMs são relevantes, pelos efeitos adversos diretos que produzem e os impactos que geram na qualidade de vida e de saúde das populações afetadas. Há evidências de que o adoecimento mental se associa ao aumento na frequência e gravidade de outras doenças crônicas,⁸ ao crescimento do absenteísmo no trabalho⁹ e ao excesso de incapacidades.³ Estas evidências explicitam a necessidade de atenção a esses agravos no país.

Na medida em que os TMs assumem relevância no quadro geral de saúde da população brasileira, identificam-se importantes barreiras no caminho de seu enfrentamento, destacando-se (i) as desigualdades sociais/regionais no acesso ao tratamento, (ii) a ausência, insuficiência ou inadequação das políticas de atenção e (iii) a invisibilidade dos contextos e/ou condições que produzem esse adoecimento. Entre esses obstáculos, cabe enfatizar os retrocessos no modelo de atenção à saúde mental, sistematicamente implementados pela contrarreforma psiquiátrica nos últimos anos, implicando recuos significativos na adoção de modelos inclusivos de atenção psicossocial.

Com relação às desigualdades, indicadores de disponibilidade de serviços de saúde mental, por exemplo, chamam a atenção para a magnitude das dificuldades no acesso aos serviços e, nesse sentido, também para as diferenças marcantes entre as grandes regiões brasileiras. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013¹⁰ evidenciou que 78,8% dos brasileiros com sintomas depressivos (moderados ou severos) não recebiam qualquer tipo de tratamento para essa condição, com

discrepâncias regionais expressivas: na região Norte, a proporção de indivíduos não tratados foi de 90,2%, enquanto na região Sul foi de 67,5%.¹⁰

Os transtornos mentais, portanto, representam um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), e para as redes de prevenção/promoção da saúde mental e de atenção, assistência especializada e reabilitação existentes no país. Este artigo joga luz sobre alguns pontos do debate, cruciais para o processo de construção de uma política de saúde mental guiada pelos princípios do direito à dignidade humana e à inclusão social.

DESAFIOS À CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

É de reconhecimento nacional¹¹ e internacional¹² a relevância da política de saúde mental do Brasil, fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), cujo texto foi aprovado e sancionado pelo Congresso Nacional em 2001. Trata-se de um modelo de atenção psicossocial, de base comunitária, convergente com as premissas de um modelo de atenção antimanicomial, desinstitucionalizadora e de ampla abrangência. Apesar desse reconhecimento, permanecem lacunas importantes nessa política, especialmente sua consecução, condicionada a fatores regionais e, atualmente, à reduzida dotação orçamentária diante da crescente demanda de saúde mental da população, afetada pelas desigualdades sociais que aprofundam o grau de adoecimento e sofrimento, gerando falta de assistência.¹³

A proposta original da RPB é substituir o modelo assistencial biomédico, focado nos hospitais psiquiátricos monovalentes e no uso excessivo de psicofármacos, por um modelo desenvolvido com base em práticas centradas nos sujeitos, nos territórios e nos direitos humanos, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁴ Assim, a RPB foi responsável por resgatar milhares de pessoas em sofrimento mental, até então segregadas, ajudá-las a voltar para casa e compartilhar dos espaços de inclusão social, circular pela cidade, exercer a cidadania como protagonistas.¹⁵

Lamentavelmente, o processo de implantação e desenvolvimento desse modelo sofreu enorme retrocesso nos últimos anos, reflexo de mudanças na legislação e nas políticas de contrarreforma psiquiátrica.^{16,17} Esse retrocesso levou à reintrodução do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial, além do expressivo aporte financeiro às comunidades terapêuticas (CTs), responsáveis pela internação de milhares de pessoas, inclusive crianças e adolescentes, sobretudo em uso abusivo de álcool e outras drogas. Em 2017, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)/Ministério da Economia mapeou 1.986 CTs no Brasil e identificou 74,3% delas instaladas em áreas rurais, 73,2% com dormitórios que acomodavam de quatro a seis pessoas e 30,1% com disponibilidade de 70 a 300 vagas.¹⁸ O perfil predominante desses serviços é sua localização em áreas isoladas e ocupação considerável de indivíduos por dormitório. Concomitantemente ao investimento em CTs, reduziu-se o financiamento dos serviços de saúde abertos e de espaços de habitação para pessoas em sofrimento mental; outrossim, dificultou-se o acesso aos programas de proteção social e renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa de Volta para Casa (PVC), além dos programas de geração de renda e de economia solidária.

Os retrocessos na RPB, a que se somaram o aumento dos TMs no Brasil e no mundo, inclusive entre trabalhadores(as) da Saúde e trabalhadores(as) em situação precarizada, e a crise sanitária e humanitária desencadeada pela pandemia da covid-19,¹⁹ levaram ao agravamento das situações de vulnerabilidade e dos problemas de saúde mental, ao aumento das necessidades por atendimento e demandas por novas estratégias de enfrentamento.²⁰

Diante deste quadro, os desafios impostos à (re)construção de políticas de atenção em saúde mental no país são imensos. Eles envolvem não apenas modelos de assistência, mas, principalmente, a necessidade de transformações sociais. A construção de modelos inclusivos enfrenta estruturas sociais herdadas da história, ancoradas no racismo estrutural e no patriarcado. Essas estruturas, alimentadas pelos processos de exploração baseados no capital financeiro e neoliberal, não só têm mantido intactas essas dinâmicas, como agudizou a situação, a partir de uma série de reformas recentes que aprofundaram as desigualdades sociais, acentuaram a concentração de renda e, por conseguinte, a exclusão de parcelas significativas da população. A atenção psicossocial centrada na inclusão social e na produção de autonomia das populações em sofrimento e adoecimento mental implica a superação dessas estruturas, geradoras de opressão e subordinação. Eis, portanto, uma tarefa multissetorial e multidimensional a realizar, na definição de um modelo de atenção e assistência e, em maior escala, de uma disputa entre modelos distintos de produção e reprodução social.

No momento atual, de reafirmação do Estado brasileiro democrático, emerge a possibilidade de aprofundamento e mudança radical no modelo da RPB, reposicionando a luta por uma reforma psiquiátrica antimanicomial antirracista, antipatriarcal, antiproibicionista, decolonial, socialmente justa e emancipatória.²¹ A materialização dessa utopia depende, por um lado, da agilidade na implementação da política de saúde mental sustentada nos princípios da RPB – alguns deles elencados no Quadro 1 –, e por outro lado, da participação ativa de atores sociais relevantes – a academia e os movimentos sociais –, especialmente daqueles que reúnam usuários(as) da saúde mental e suas famílias, organizações de direitos humanos, educadores(as) e operadores(as) do direito, no restabelecimento das premissas fundamentais à orientação das políticas de saúde mental nos âmbitos federal, estadual e municipal. Um passo inicial importante para a retomada do modelo de atenção psicossocial será assegurar a revogação de um conjunto de portarias, leis, resoluções e decretos, ao todo 25 normativas, uma reivindicação expressa no documento *Revogações necessárias para uma Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas*, elaborado por um conjunto expressivo de movimentos sociais, entre eles a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), a Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental (FASM), o Movimento de Usuários, a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). A retomada de amplo debate, previsto na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, sobre o tema “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, é outra iniciativa que trará insumos fundamentais para a orientação das políticas em saúde mental no país.

Quadro 1 – Princípios orientadores da política de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Princípios para a RAPS	Orientações
1. Atenção em saúde mental	Deverá ser universal, equitativa e integral.
2. Formas de organização dos serviços	Deverá ser robusta, ampla, territorializada, acessível, qualificada e integral para ser substitutiva ao hospital psiquiátrico.
3. Diversidade	Deverá ser culturalmente sensível e socialmente adequada para acolher as necessidades sociais e pluriversas de saúde mental das diferentes regiões, populações (indígenas, negras, ciganas etc.) e segmentos sociais (mulheres, crianças, idosos, adolescentes, pessoas LGBTQIA+ etc.).
4. Atenção inclusiva e baseada nos direitos humanos	Deverá ser desinstitucionalizadora, com atuação direcionada à reinserção social das pessoas e à garantia de seus direitos humanos e sua dignidade.
5. Atenção (à crise) qualificada e abrangente	Os(as) trabalhadores(as) da RAPS deverão acolher a crise psicossocial com rapidez e eficiência, em rede e em todos os seus níveis de atenção. Para isso, deverão ser garantidas formação adequada e educação permanente, e disponibilizados os recursos necessários.
6. Concepções dinâmicas e complexas	Deverão ser fomentadas, entre trabalhadores(as)/gestores(as) de saúde, concepções de sofrimento mental como processos da interseção dinâmica e sinérgica de condicionantes ecoetnobiopsicopsicológicos. Aos(às) trabalhadores(as), deverá ser assegurada formação adequada para atuar nesses níveis de complexidade.
7. Intervenção ampliada	As estratégias de saúde deverão ser construídas em bases não medicalizantes, não iatrogênicas e não patologizantes.
8. Política de drogas	A construção da política de drogas deverá ter caráter antiproibicionista, tendo a redução de danos como orientadora do cuidado oferecido.
9. Dimensionamento do problema e de seus determinantes	A análise/diagnóstico da situação de saúde mental deverá nortear ações e estratégias. Com o auxílio de métodos epidemiológicos e das ciências sociais, devem-se identificar e analisar os principais problemas de saúde mental que acometem os diferentes grupos sociais/segmentos (por raça/cor da pele, gênero, classe social, idade, por território, entre outros), de modo a serem construídas estratégias de enfrentamento para esses problemas, levando-se em conta sua produção interseccional.
10. Financiamento	A dotação orçamentária do governo federal para a política de saúde mental deverá se aproximar dos 5% do orçamento da saúde, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

CONCLUSÃO

Neste breve artigo, foram sistematizados pontos para discussão dos desafios às políticas de saúde mental no Brasil, pautada nos princípios de defesa de direitos e da dignidade humana, ancorada em processos coletivos de construção de alternativas e inovação. Esses pontos não esgotam a lista de demandas, necessidades e desafios; sua finalidade é fomentar um debate que, esperamos, seja profícuo.

O cenário político brasileiro atual, caracterizado pelo fortalecimento dos princípios democráticos de organização social, reafirmação do SUS, e dentro do Sistema, a criação de um Departamento de Saúde Mental, aponta para a emergência de um rico processo de discussão e definição do modelo de atenção em saúde mental mais efetivo. Assim, oferece-se uma oportunidade singular para que os aspectos orientados à atenção psicossocial sejam destacados na discussão sobre o SUS e a saúde mental. Como já foi afirmado aqui, os desafios não são poucos, e apontam para o desenvolvimento de uma rede comunitária de serviços de saúde mental que atenda às demandas territoriais, capaz de prover atendimento adequado e universal, sustentada com investimentos no monitoramento das condições que produzem sofrimento e adoecimento mental, seus fatores determinantes e condicionantes. A longa trajetória das lutas, as experiências acumuladas nessa direção e os êxitos alcançados mostram a capacidade de superação e produção de iniciativas inovadoras. Cabe retomar o caminho original da RPB, também na forma de um tributo às muitas pessoas que se dedicam ao trabalho e defesa da RPB, fortalecidos pela demanda de milhares de cidadãos do país que precisam ter sua dignidade resgatada e assegurada.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Araújo TM de e Nunes de Torrenté MO participaram de todas as etapas do trabalho, quais sejam, concepção e estruturação dos tópicos/temas e seu desenvolvimento, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Ambas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declararam não haver conflitos de interesse.

Correspondência: Tânia Maria de Araújo | araujo.tania@uefs.br

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2023 Jan 24]. 24 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
2. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(Suppl 2):3-16. doi: 10.1590/1980-5497201500060002
3. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(Suppl 1):191-204. doi: 10.1590/1980-5497201700050016
4. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2004;9(4):897-908. doi: 10.1590/S1413-81232004000400011
5. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9
6. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalence of common mental disorders and the relationship to the social context: multilevel analysis of the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saude Publica.* 2014;30(9):1875-83. doi: 10.1590/0102-311X00175313
7. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2023 Jan 24]. 35 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
8. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis.* 2005;2(1):A14.
9. Silva Júnior JS, Fischer FM. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(4):735-44. doi: 10.1590/1980-5497201500040005
10. Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J for Equity Health.* 2016;15(1):154. doi: 10.1186/s12939-016-0446-1
11. Severo FMD, Guerrero AVP, Scafuto JCB, Szapiro AM, Silva PRF da. Retratos da reforma psiquiátrica brasileira. *Saude Debate.* 2020;44(spe 3):9-14. doi: 10.1590/0103-11042020E301
12. World Health Organization. AIMS Report on mental health system in Brazil. Brasília: World Health Organization; 2007 [cited 2023 Jan 24]. 51 p. Available from: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf
13. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cien Saude Colet.* 2011;16(12):4579-89. doi: 10.1590/S1413-81232011001300002
14. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2023 Jan 24]. 265 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>
15. Amarante P. Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni Editora; 2021. 160 p.
16. Lima RC. O avanço da Contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis.* 2019;29(1):e290101. doi: 10.1590/S0103-73312019290101

17. Nunes MO, Lima-Júnior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Cien Saude Colet*. 2019;24(12):4489-98. doi: 10.1590/1413-812320182412.25252019
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras - Nota Técnica 21 [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf
19. Gopikumar V, Padgett DK, Sarin A, Mezzina R, Willford A, Jain S. Mental health and the coronavirus: a global perspective. *World Soc Psychiatry*. 2020;2(2):88-93. doi: 10.4103/WSP.WSP_51_20
20. Nunes MO, Onocko-Campos R. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. In: Paim J, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2022. p. 528-540.
21. Associação Brasileira em Saúde Coletiva. Propostas da ABRASCO para a política de saúde mental do governo Lula [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira em Saúde Coletiva; 2023 [citado 2023 Fev 23]. 5 p. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/12/Proposta-GT-SM-ABRASCO-para-o-governo-Lula_rev_8_12_22.pdf