

Desafios da saúde mental

Daniel Elia¹, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha²,
Sandra Fortes³, Katia de Pinho Campos²

¹ Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução

Recentemente e cada vez mais, os problemas de saúde mental têm sido reconhecidos como dos mais relevantes no contexto da saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que apenas a depressão, por exemplo, representa 4,3% da carga mundial de morbidade e 11,0% dos anos vividos com incapacidades. Isso naturalmente tem papel significativo em termos de perdas monetárias, com impacto que pode chegar a mais de 16 bilhões de dólares em todo o mundo, entre 2011 e 2030. Tais custos econômicos e, portanto, sociais derivam tanto dos transtornos mentais se constituírem uma das principais causas para a incapacitação para o trabalho, quanto por serem também relacionados a diversos outros problemas de saúde, como hipertensão, diabetes, câncer e doenças do coração¹.

Dessa forma, há atualmente um consenso internacional de que é cada vez mais significativa a saúde mental no mundo. Ela consta nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável², como condicionante de bem-estar e saúde, além de traduzir preocupações específicas com o crescimento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e com as crescentes taxas de suicídio.

O Brasil, por sua vez, apresenta altos índices de prevalência de transtornos mentais na população em geral, com prevalência próxima a 20,0%³, chegando a até mais de 56,0% nas pessoas atendidas em unidades da Atenção

Primária em Saúde (APS), acometendo principalmente mulheres⁴.

Documento recente da OMS⁵, sobre a prevalência de depressão e outros transtornos mentais comuns, estima que a depressão no Brasil atinja 5,8% da população, totalizando cerca de 11,5 milhões de pessoas. O país ainda é o recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade, com 9,3% da população (cerca de 18 milhões de pessoas) sofrendo com o problema. Há, portanto, muito a ser feito no campo da saúde mental no Brasil, mesmo com os muitos avanços alcançados após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

Cuidado em saúde mental no SUS: uma trajetória histórica de mudanças

Entre as décadas de 70 e 80, no contexto dos movimentos de redemocratização do Estado brasileiro que levaram à Reforma Sanitária e à construção do SUS, trabalhadores do campo

da saúde mental iniciaram, simultaneamente, movimentos de contestação ao modelo de atenção psiquiátrica vigente. As críticas eram voltadas para dois dos alicerces do modelo que

vigorava à época: o modelo assistencial propriamente dito, baseado no manicômio; e a estrutura privatista em que se fundamentava a política de saúde mental⁶.

Assim, o modelo hospitalocêntrico somado à contratação de serviços privados ineficazes traziam consequências drásticas para a população com problemas de saúde mental, incluindo alcoolistas e outros, considerados socialmente inadequados. Para estes, restavam a exclusão social, a internação em hospitais psiquiátricos, o tratamento com restrição da liberdade, as práticas psiquiátricas intervencionistas e inadequadas, equivalentes à tortura, além de outras formas de autêntica violação de direitos humanos.

A partir de tal momento se desenvolveram algumas experiências inovadoras e exitosas, como, por exemplo, em 1986 a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na rua Itapeva em São Paulo, Capital, e o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em 1989, em Santos-SP, manicômio substituído por Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Tais experiências, entre outras, inspiraram o que constitui a atual rede dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial⁷.

É em tal contexto, com grande influência de movimentos sociais, sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que se estabeleceu o início do processo histórico chamado de *Reforma Psiquiátrica Brasileira* (RPB).

No Brasil, procurou-se construir, ao longo dos últimos 30 anos, e mais intensamente desde a Lei 10.216, de 2001 (conhecida como Lei da Reforma

Psiquiátrica), um modelo de atenção em saúde mental de base territorial e comunitária, com a garantia de direitos humanos e de tratamento em liberdade, que transformou o modelo centrado no hospital psiquiátrico em direção à atenção psicossocial. Mais do que um simples modelo assistencial, isso determinou uma mudança de paradigma, no qual foram inseridos: a reestruturação da rede de saúde mental integrando seus diversos pontos; a substituição de um modelo de assistência centrado no hospital e no médico para outro ancorado nos processos da vida psíquica e sua articulação com os diversos nexos do campo social, como as relações familiares e comunitárias, o trabalho, as condições socioeconômicas e outros determinantes; a reorientação das práticas clínicas antes sustentadas apenas no saber técnico e, portanto, executadas de modo soberano pelo profissional de saúde, para práticas que assegurassem o protagonismo do usuário, de seus familiares e de outros atores próximos ao paciente, em seu tratamento, entre outros aspectos.

Sobretudo foi enfatizada a modificação do estatuto da loucura na sociedade, a partir da ideia de que o “louco”, ou o “inadequado socialmente”, não seria, só por isso, desprovido de capacidade de se posicionar em sua vida, de exprimir anseios e afetos, de traçar caminhos para o seu destino, de exercer o direito soberano de viver a vida em sociedade.

Concomitantemente a tais processos, mudanças se desenvolveram na organização da Atenção Primária no SUS a partir da estruturação, na década de 90, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa, depois Estratégia, de Saúde da Família (ESF), fa-

zendo com que a reestruturação dos cuidados primários e do cuidado em saúde mental compusessem áreas cujos avanços se deram de forma interdependente e articulada na implementação das propostas do SUS. Destacam-se como

pontos fundamentais em comum entre a atenção psicossocial e a atenção primária, a base comunitária e territorial de cuidado, a participação ativa dos usuários e familiares e a concepção integral do processo de saúde e doença.

Fundamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, mesmo que ainda esteja em processo de evolução, só foi possível porque foi alicerçada nos princípios dos SUS, de integralidade, de equidade e de universalidade⁸. Constituíram-se, dentro de tais diretrizes, redes de atendimento a pessoas com problemas de saúde mental, ou uso nocivo de drogas, sujeitas a terem seu lugar social desqualificado e que, por isso, além de terem que conviver com o sofrimento, percorrerem sofrido caminho para fazerem valer seus direitos. Em tudo isso, houve condições de se avançar substancialmente em tal política asseguradas pela força dos movimentos sociais e também porque o SUS passou a garantir, do ponto de vista legal e constitucional, o direito ao acesso à saúde.

Neste sentido, aprofundaram-se ideias relativas a que tal grupo de pessoas possuem de fato e de direito especificidades a serem consideradas; que o delineamento de suas questões de saúde mental se expande para além do campo da saúde; que a falta de acesso a direitos também é constitutiva desse sofrimento psíquico e que se deve, portanto, elaborar respostas mais abrangentes para tais questões. É assim que surgiu no cenário uma lógica de cuidados

que tem como foco a atenção psicossocial, cuja essência está justamente toda a complexidade da articulação das particularidades individuais com o direito universal à saúde, no plano conceitual e das práticas.

Do ponto de vista da legislação, deve ser destacada a Lei 10.216, de 2001 que reorientou o modelo assistencial, ao definir que as internações psiquiátricas só poderiam ser indicadas quando os recursos extra hospitalares se mostrassem insuficientes, como está disposto no seu artigo 4º. A partir deste momento surgiu um arcabouço normativo para viabilizar tais orientações, incluindo aspectos como as regras de financiamento para transferir recursos de leitos fechados para serviços residenciais terapêuticos; o estímulo ao funcionamento e financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a normatização para programas como o *Volta pra Casa*; a instituição da *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS), como uma das redes de atenção à saúde, tendo por objetivo fortalecer e induzir a implantação de serviços de saúde mental.

Com isso, estabeleceu-se uma rede de serviços complexa e diversificada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como

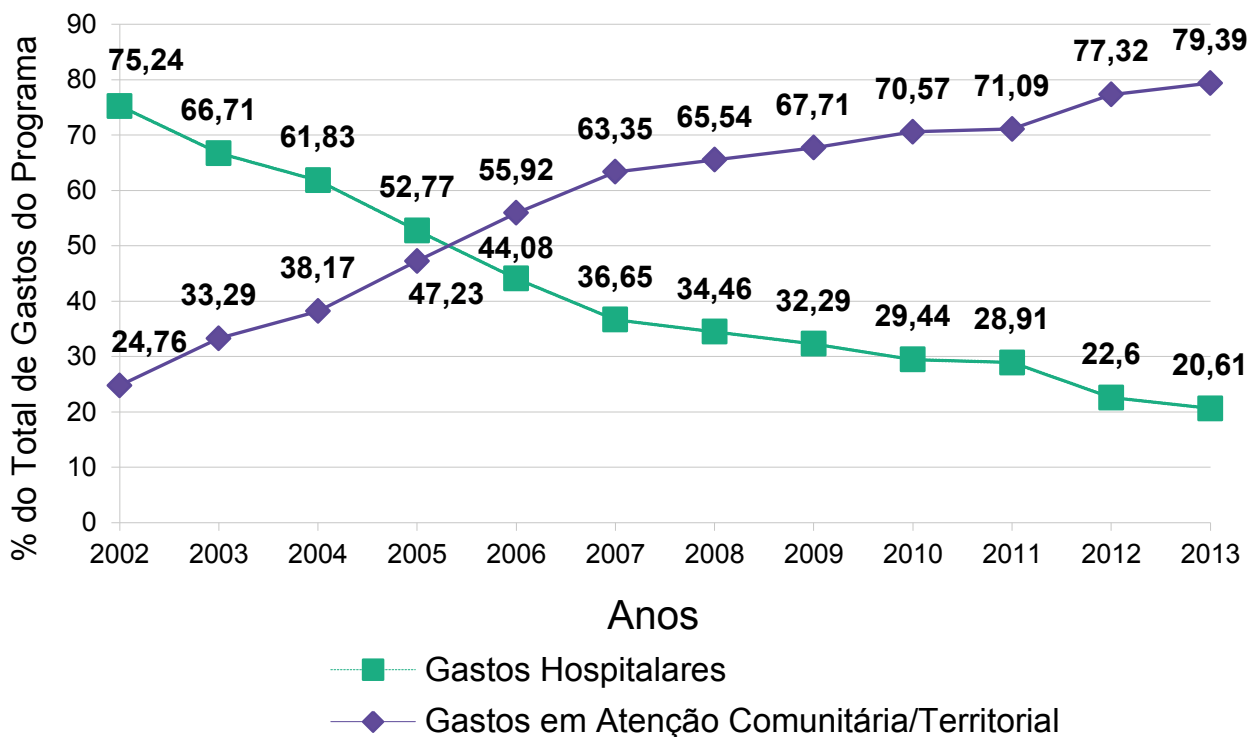
ponto estratégico, podendo ser estes de tipo I, II ou III, a depender da população de sua referência, sendo que o tipo III funciona 24h e tem leitos para atenção à crise. Os CAPS podem ainda ser infanto-juvenis (CAPSi) ou para usuários de álcool e drogas (CAPS-ad). A rede de saúde mental de base territorial conta ainda com serviços residenciais terapêuticos (SRT), que são moradias para usuários egressos de longas internações psiquiátricas; unidades de acolhimento adultas e infantis (UAA e UAI), para pessoas com problemas por uso nocivo de álcool e drogas; leitos de saúde mental em hospital geral, além de ações em saúde mental na atenção básica, nos serviços de urgências e emergências e em ou-

tros pontos das redes de saúde. Há também importantes estratégias de suporte a pessoas que perderam seus vínculos familiares e afetivos em longas internações, como o Programa de Volta para Casa (PVC), que fornece renda para que essas pessoas voltem a fazer parte dos ambientes sociais. Há ainda muitas outras iniciativas de reabilitação psicossocial, de geração de trabalho e renda e de participação social, que visam, de forma criativa, produzir alternativas que permitam às pessoas com sofrimento mental retomar e ampliar seu convívio em sociedade.

Com a expansão das estratégias de reinserção social e dos serviços de saúde mental em me-

GRÁFICO 1

Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial. Brasil, de/ 2002 a dez/2013



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

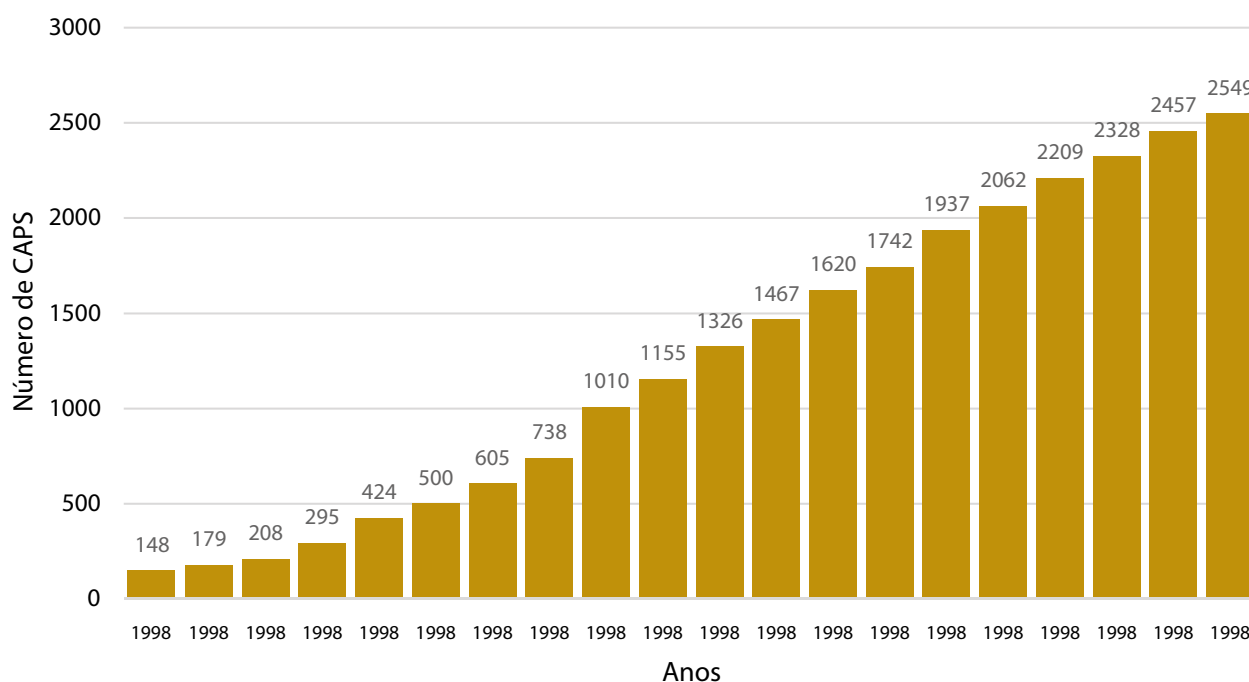
dos da década passada, o financiamento de serviços de base comunitária superou o financiamento hospitalar em saúde mental. Como se pode ver no Gráfico 1, a seguir, em 2013 as curvas de gastos hospitalares e a de gastos em atenção comunitária/territorial mostram tendências opostas⁹. A inversão da política foi capaz de inverter o financiamento de serviços em saúde mental na direção da ampliação da rede comunitária, que consumia, já em 2013, quase 80% dos gastos em saúde mental. Já os leitos em hospitais psiquiátricos caíram a menos da metade de 2001 a 2014, passando de quase 54 mil leitos para pouco menos de 26 mil leitos, enquanto os CAPS se multiplicaram de 295 unidades cadastradas no Ministério da Saúde para 2.549 no mesmo período⁸, como se pode ver no Gráfico 2.

A título de comparação com o avanço experimentado pelo Brasil, em relação a outros países da América do Sul, os gastos com hospitais psiquiátricos em média consomem 65,0% do orçamento da saúde mental e na América Central e Caribe chegam a 80,0%, apesar de os hospitais psiquiátricos atenderem a no máximo 10,0% das pessoas que necessitam de serviços de saúde mental. No Brasil, estes gastos pouco ultrapassam os 20,0%. Observa-se que os serviços comunitários são mais baratos e custo-efetivos, além de garantir mais qualidade, maior acesso a direitos e de serem mais acessíveis¹⁰.

Devem ser enfatizadas, ainda, duas importantes prioridades do cuidado em saúde mental, dentro do modelo proposto na reforma psiquiátrica. A primeira delas é a reabilitação

GRÁFICO 2

Série histórica de expansão de CAPS de 1998 a 2017, Brasil



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

psicossocial, ou seja, a garantia de suporte para pessoas que perderam seus vínculos familiares e afetivos em longas internações, associada à oferta de cuidados para evitar reinternações desnecessárias. A outra é a transformação do cuidado em saúde mental para o cuidado ampliado em saúde, envolvendo outros setores da sociedade. Ambas estratégias tratam sobre a desinstitucionalização, a atenção às crises, e a aproximação com a atenção primária à saúde.

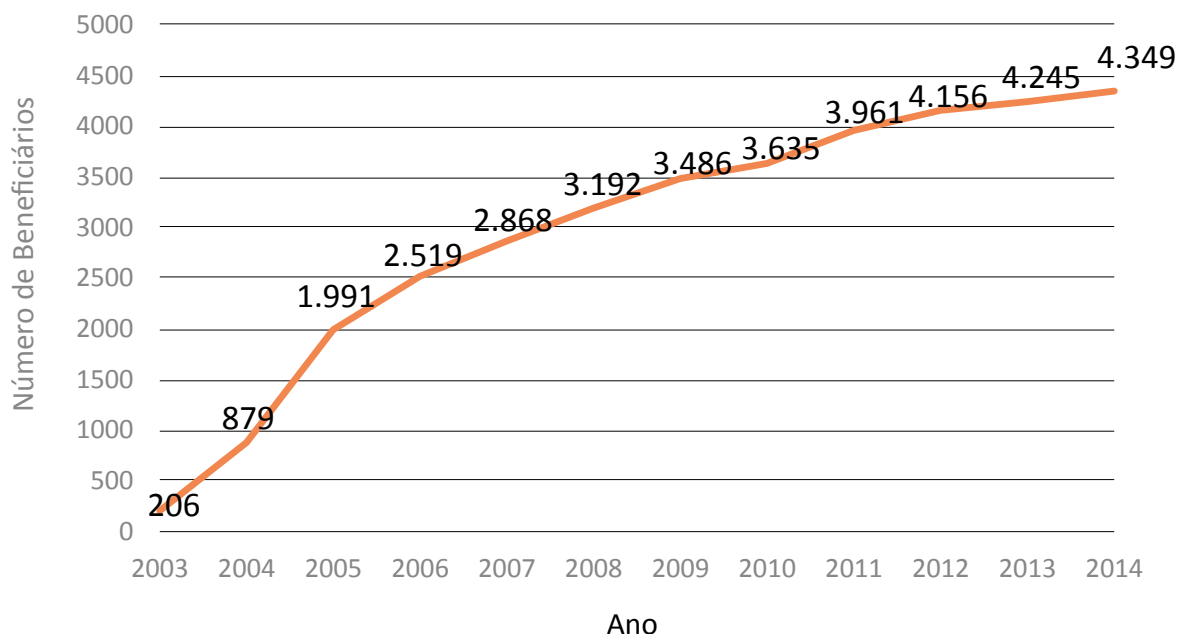
A desinstitucionalização tem um componente mais evidente, ou seja, o processo de desospitalização de pessoas que passaram muitos anos em manicômios¹¹. Para induzir a saída de pessoas em longas internações e baseado em experiências nacionais e internacionais bem-sucedidas, foram criados serviços residenciais terapêuticos (SRT), através da Portaria 106/2000, e o Programa de Volta para Casa (PVC), através da Lei 10.708/2003, que instituiu um auxílio-moradia para essas pessoas. Assim, uma vez que os leitos psiquiátricos foram fechados, os valores referentes a estes foram transferidos para SRT, o que promoveu uma transferência real de recursos financeiros hospitalares para serviços de base comunitária, fator fundamental para a adesão de estados e municípios, estimulados pelo aporte financeiro, com garantias na continuidade do processo progressivo de fechamento de leitos associado à criação de novos serviços substitutivos. Os SRT que eram apenas 85 em 2002 chegaram 697 em 2014, beneficiando milhares de pessoas. O crescimento do PVC acompanhou o movimento, indo de 206 beneficiários em 2003 a 4,3 mil em 2014, como se vê no Gráfico 3, a seguir.

No entanto, o conceito de desinstitucionalização tem abrangência ainda maior, pois na verdade trata da própria desconstrução da noção de loucura como objeto de intervenção do saber técnico-científico e, sobretudo, médico¹¹. Neste caso, a desinstitucionalização alcança e contesta saberes e práticas profissionais que se erigiram sob a ideia de que o “louco”, ou o “desprovido de razão”, deveria meramente se submeter às condutas clínicas. Entretanto estas, por sua vez, não foram capazes de encontrar a subjetividade e as diferenças em cada indivíduo, tornando-se assim homogêneas e repetitivas. Como consequência, a desinstitucionalização deve ser considerada também um método de atenção psicossocial, na medida em que é o princípio que orienta, para cada caso, a necessidade de se construir estratégias específicas de cuidado, que não só devem incluir o sujeito em sua elaboração, como estar permanentemente passíveis a mudanças. Para tanto, devem existir estratégias no âmbito próprio dos serviços, fazendo com que o cuidado em saúde mental se baseie em *Projetos Terapêuticos Singulares* (PTS), com vistas a garantir que cada ação de saúde seja guiada pelas necessidades individuais.

Da mesma forma, os serviços de saúde mental necessitam se manter em permanente processo de transformação de suas práticas, de suas estratégias clínicas e de intervenção no espaço-território que ocupam. Os serviços, como os CAPS, apesar de responderem a uma mesma lógica da atenção psicossocial, devem também ser singulares, no sentido de se modelarem sempre em função das características do território que ocupam, das demandas de saúde mental a que respondem e da rede, intra e in-

GRÁFICO 3⁹

Série Histórica de Beneficiários do Programa de Volta para Casa (Brasil, 2003 – dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, e Datasus

tersetorial, que partilham. Para isso, são fundamentais os processos de supervisão clínico-institucional; a participação em eventos coletivos, como assembleias, reuniões comunitárias e fóruns de saúde mental; a incorporação de diferentes modos de educação permanente, além da presença de instituições de ensino e pesquisa e de estudantes nos serviços.

Outro aspecto estratégico da reforma psiquiátrica brasileira é a *atenção à crise*, que diz respeito diretamente ao avanço da atenção psicossocial como lógica e política, respondendo também aos princípios do SUS, principalmente a garantia de direitos e, especificamente, o direito ao acesso universal às melhores formas de cuidado em saúde para um determinado problema, conforme o conhecimento técnico e científico que se tem em cada época.

Estrategicamente, a atenção à crise é um ponto nodal da reorientação assistencial, na medida em que é justamente nos momentos de crise que ganha força o apelo ao hospital psiquiátrico. Se ainda se buscam outras formas de lidar com problemas de saúde mental que prescindam do hospital psiquiátrico, torna-se necessário criar modos de enfrentar as diferentes situações de crise, mas que não deixem de priorizar o cuidado em liberdade sustentado na relação com o território e a comunidade. O entendimento mais profundo e criterioso de que uma crise não se define apenas por sintomas psicopatológicos, mas que leva em consideração os demais nexos que articulam a vida subjetiva e o campo social que a cerca, compreende também que o seu cuidado só ocorrerá se a intervenção também atingir esses aspectos¹².

Desse modo, a abordagem do caso clínico singular e complexo, com a participação ativa do usuário, é o método de intervenção clínica possível, levando em consideração seus laços afetivos, familiares e comunitários. No entanto, há que se ter também uma resposta assistencial e institucional do sistema de saúde, pois se por um lado toda a rede de saúde tem que lidar com situações desse tipo, ao mesmo tempo é necessária uma estrutura robusta de serviços de atenção psicossocial para dar conta de tal complexidade. Especificamente para este tipo de abordagem é que existem os CAPS, principalmente os CAPS III, além da rede de urgências e emergências e os leitos de saúde mental em hospitais gerais, que devem trabalhar de forma integrada, em que pese o fato de que a

implantação de uma rede efetiva de CAPS III ainda precisa avançar no país.

No entanto se sabe que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda não concluiu seu processo de implantação de serviços conforme o pensado em sua concepção, mas, assim como o próprio SUS, é necessário que se mantenha um rumo filosófico, no caso, com a ampliação da cobertura de serviços especializados comunitários e de integração com a atenção primária, como, aliás, é preconizado em vasta literatura internacional como a melhor forma de se estruturar uma verdadeira política de saúde mental. Com efeito, é nos municípios que investem em uma rede forte e diversificada de CAPS, que se verifica a diminuição das internações psiquiátricas e ampliação do acesso de casos mais graves.

Saúde Mental e Atenção Primária: avanços no cuidado integral à saúde

Observa-se desde o início da proposta de reestruturação da APS no SUS, com a organização do Programa depois Estratégia de Saúde da Família (ESF), que a saúde mental é parte indissolúvel do cuidado prestado em qualquer nível do sistema de saúde. A atenção primária parte de um foco biopsicossocial em sua proposta de cuidado e a saúde mental representa, coerentemente, um dos componentes de tal modelo¹³. A APS tem, ainda, como foco de sua atuação os agravos de alta prevalência populacional, nos quais certamente se incluem os problemas de saúde mental, tais como os sofrimentos emocionais difusos, as depressões, a ansiedade, os problemas ligados ao álcool, entre outros, to-

dos com alta prevalência populacional. Além disso, a base da ESF inclui os conceitos de responsabilidade sanitária e de territorialização, o que torna as equipes da ESF responsáveis pela coordenação do cuidado em saúde de uma determinada população, incluindo o cuidado em saúde mental.

Desde a década de 1990, diversas experiências de integração entre profissionais de saúde mental e da atenção básica vêm sendo desenvolvidas no país¹⁴. Porém, com a progressiva expansão da ESF e com o surgimento dos profissionais especializados em atenção primária (médicos e enfermeiros de família e comunida-

de), como vem ocorrendo na última década, é que vem a se fortalecer a compreensão de que tais profissionais devem trabalhar dentro de uma perspectiva integral que inclui também o cuidado em saúde mental.

Porém este é um processo que apresenta diversos percalços, por exemplo, na superação da etapa em que a ênfase da atenção primária se concentrava nos estudos epidemiológicos em saúde mental e na caracterização dos pacientes que já representam grande parte de sua demanda. Em uma nova perspectiva, surge a ênfase em que os profissionais de saúde mental devem promover, como prioridade, a estruturação do cuidado comunitário aos pacientes com transtornos mentais e sua desinstitucionalização¹⁵. Assim, como experiência de trabalho colaborativo, surge a estratégia chamada de *matriciamento*, possibilidade concreta de integração do cuidado em saúde mental na APS, desenvolvido de forma específica para tal prática¹⁶, através da integração de profissionais de diferentes níveis de cuidado, constituindo-se como modelo genuinamente brasileiro de cuidados colaborativos em saúde mental na APS.

Para que a APS pudesse assumir seu papel neste cuidado, foram necessárias estratégias para fortalecer a capacidade da mesma em relação à saúde mental, em nível técnico e institucional. Ação fundamental neste sentido foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2008, compostos por profissionais de diversas áreas, para apoio às equipes de saúde da família, com ênfase especial na atenção à saúde mental. A ação destes profissionais engloba o desenvolvimento de ações interdisciplinares de cuidado em saúde mental, como a disponibilização de ações de educação permanente e continuada em saúde mental na APS. Existem hoje mais de cinco mil equipes envolvidas em tal atuação, constituídas desde 2017 como Núcleos Ampliados do Saúde da Família, dos quais 90% possuem psicólogos entre seus profissionais, além de terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psiquiatras. Esses profissionais têm no matriciamento a base de suas intervenções. Diversas modalidades de trabalhos interdisciplinares têm sido desenvolvidas, tais como consultas, visitas domiciliares e grupos interdisciplinares terapêuticos ou de promoção de saúde, como rodas de terapia comunitária, grupos de artesanato e rodas de conversas em saúde mental¹⁷.

Os impasses e desafios atuais para a continuidade do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil

É certo que houve diversos avanços no âmbito da saúde mental brasileira, como a ampliação da cobertura de serviços comunitários como SRT e CAPS, assim como o envolvimento da

APS no cuidado em saúde mental, decorrendo disso a ampliação e a consolidação das ações de desinstitucionalização, com a criação de instrumentos e ferramentas técnicas para a clínica e

reabilitação psicossocial. Ocorreu, assim, substancial diminuição de 51% de leitos psiquiátricos disponíveis no Brasil (Gráfico 4 a seguir)⁹.

No entanto, ainda há muitos e novos desafios pela frente, que certamente se inter-relacionam, entre eles se destacando a necessidade de capacitação e estruturação das ações da atenção primária nos cuidados em saúde mental; a necessidade de manutenção do ritmo histórico do crescimento da cobertura nacional de CAPS, além dos complexos desafios relacionados ao uso de álcool e drogas.

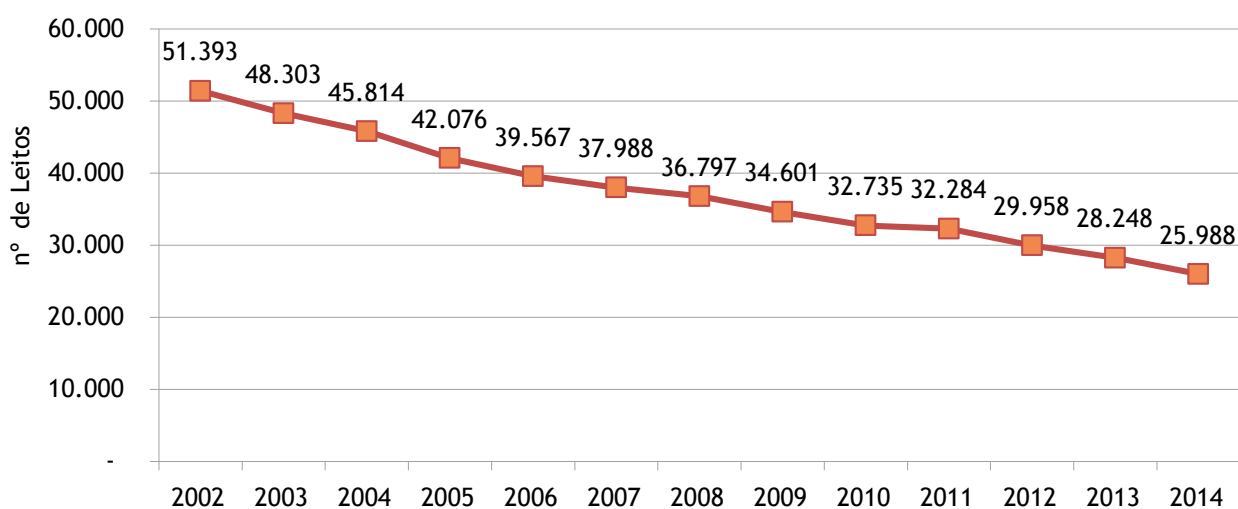
O primeiro desafio aqui listado diz respeito ao fortalecimento da capacidade da atenção primária para exercer seu protagonismo no cuidado em relação à saúde mental, tanto em termos técnicos, quanto institucionais. Pode-se dizer que a responsabilidade sanitária específica da APS é realizada no cuidado efetivo e eficaz relativo aos quadros de alta prevalência, como os

transtornos depressivos-ansiosos e os problemas referentes ao uso nocivo de álcool. Para tanto, são fundamentais a devida capacitação dos profissionais, a garantia de acesso à medicação básica e o desenvolvimento de intervenções terapêuticas não-medicamentosas. A disponibilização do Manual de Intervenções do Programa para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental 2.0 de 2016 (MI-GAP ou IG-mhGAP em inglês) é uma das alternativas existentes para superar tais limitações. Nesse contexto, a necessidade de integração da ESF com os outros dispositivos e instâncias do sistema de saúde é indispensável, para superar ações isoladas e construir redes de cuidado.

No que diz respeito ao avanço da cobertura dos CAPS, é possível observar (Gráfico 2) que o ritmo de abertura de novos serviços fora de mais de 120 novas unidades por ano até 2017, a partir do que se registra queda, não chegando hoje sequer a 100 novos CAPS anuais. Em 2016, a Emenda

GRÁFICO 4

Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais.

Constitucional estabeleceu um teto, a ser mantido por 20 anos, que inibe o crescimento de gastos com saúde. Ao mesmo tempo, ocorreu reajuste substancial nos valores pagos em diárias nos hospitais psiquiátricos, em claro detrimento dos serviços comunitários. Pode-se entender, assim, que o limite imposto pelo contexto de restrição orçamentária, concomitante à reorientação da política de saúde mental, privilegiando investimentos em hospitais psiquiátricos, constitui uma autêntica ameaça à expansão da cobertura de serviços de base territorial. E estes, como é amplamente demonstrado em todo o mundo, são decisivos para a qualidade da assistência, para o enfrentamento dos casos mais graves e para a ampliação do alcance dos cuidados em saúde mental, devido a sua maior capilaridade no tecido social e articulação com a atenção primária e outros setores das políticas públicas.

Pode-se observar, ainda, que os CAPS-ad e outros serviços para pessoas com problemas referentes ao uso de álcool e outras drogas tiveram um crescimento considerável a partir de 2011. Isso se deve ao investimento em políticas voltadas para o tema de álcool e drogas, como é o caso do programa “*Crack: é Possível Vencer*”, além da própria criação de serviços como a UAA e a UAI, instituídos em 2012. Por outro lado, ocorreu nos últimos anos significativo aumento dos problemas de saúde pública relativos ao uso nocivo de álcool e de outras drogas, confirmado pelo incremento de atendimentos específicos no âmbito do SUS⁹. Na verdade, soma-se a isso o fator agravante da mudança de perfil relativo aos casos mais graves entre jovens, acumulando violência, uso de drogas e outros transtornos mentais. A associação entre uso de álcool e outras drogas, com sofrimento mental,

alta vulnerabilidade social e miséria, compõe um cenário extremamente grave e complexo para o sistema de saúde e para os serviços de saúde mental em especial.

Assim é que as equipes da APS e também aquelas dos CAPS, CAPSi e CAPS-ad se depa-ram, cada vez mais, com esse tipo de situação e com a necessidade de reinventar a si e a seu papel na comunidade. Esta demanda apresenta características específicas para os cuidados, situando-se na interface da assistência em saúde com as ações de superação de determinantes sociais de saúde e de suporte a grupos especialmente vulneráveis.

Neste sentido, o encontro entre a atenção psicossocial e a proposta de *redução de danos* tem sido cada vez mais profícuo. As estratégias de redução de danos foram incluídas em documentos oficiais como fator de ampliação do acesso, na medida em que redimensiona o cuidado para além da questão específica do uso de álcool e drogas, passando a incluir outros âmbitos da vida.

Há sem dúvida muitos impasses em relação à atenção a pessoas com necessidades relativas ao uso de álcool e outras drogas, com lacunas referentes aos cuidados em relação a tal hábito e ao protagonismo da APS como ator central na rede. Além disso, muitas vezes têm se optado pela centralização do cuidado em propostas desvinculadas do setor saúde e com pouca ou nenhuma eficácia terapêutica comprovada, como acontece com as chamadas *Comunidades Terapêuticas*, cujo modelo se estrutura de forma paralela ao SUS, propondo novas formas de institucionalização, com violação de direitos

humanos, através, por exemplo, da manutenção de pessoas em privação de liberdade por longos períodos, sem as necessárias condições sanitárias, desrespeitando direitos básicos e impondo valores religiosos, como se pode verificar no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Apesar de, na maioria das vezes, serem sustentadas com dinheiro público, não apresentam evidências científicas de resultados positivos e ignoram a alta concomitância da dependência às drogas com transtornos mentais e patologias físicas.

O próprio cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso nocivo de drogas tem pautado importantes questões, tais como: as discussões sobre grupos específicos (jovens, indígenas, população LGBTI, negros, entre outros); os determinantes sociais do uso de álcool e drogas; as diferenças entre os problemas referentes ao álcool e os problemas referentes a outras drogas, principalmente em relação aos aspectos legais; o fortalecimento da rede de saúde mental e a necessidade de ampliação da cobertura de CAPS-ad e de unidades de acolhimento para adultos e crianças; além da questão das violações de direitos em instituições asilares, como as Comunidades Terapêuticas.

Por fim, o campo da saúde mental é repleto de disputas, muitas vezes de caráter corporativo, que deixam de lado os valores humanos, éticos e científicos que devem embasar as decisões em uma política pública. No entanto, a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inserida no contexto mais amplo da história da Reforma Sanitária e do SUS, baseada nos princípios de garantia dos direitos humanos básicos e do acesso ao cuidado de qualidade e em liberda-

de, sem privar o portador de transtorno mental da vida em sociedade e do exercício da cidadania, é repleta de conquistas e avanços reconhecidos pela comunidade internacional.

A OPAS e a OMS possuem um conjunto de informações, recomendações e instrumentos que zelam pela garantia de critérios éticos e evidências científicas. O Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020 da OPAS, por exemplo, tem como objetivos para a Região das Américas: a garantia dos Direitos Humanos no cuidado em saúde mental; ampliação dos serviços de base comunitária e as ações em saúde mental na atenção primária; redução dos hospitais psiquiátricos; a redução das taxas de suicídio; o aumento das ações de promoção da saúde e prevenção em saúde mental; e o fortalecimento dos sistemas de informação. Tais diretrizes, internacionalmente consensuais, se coadunam fortemente com as diretrizes que a Reforma Psiquiátrica Brasileira construiu a partir da construção do SUS como sistema público e universal, assim como de valores democráticos, da participação dos movimentos sociais e da busca pela garantia de direitos e da cidadania que fazem com a política de saúde mental no Brasil tenha sido exitosa e que tenha construído a capacidade de produzir formas criativas e eficazes de enfrentar os novos desafios.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Dévora Kestel e de Julio Suárez da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Julio Suárez e Renato Tasca foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra. 2013
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
3. Andrade, Laura Helena; Wang, Yuan-Pang; Andreoni, Solange; Magalhaes Silveira, Camila; Alexandrino-Silva, Clovis; Siu, Erica Rosanna; Nishimura, Raphael; Anthony, James C.; Farid Gattaz, Wagner; Kessler, Ronald C.; Viana, Maria Carmen. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS ONE | www.plosone.org 2 February 2012 | Volume 7 | Issue 2 | e31879
4. Almeida Gonçalves, Daniel; Mari, Jair de Jesus; Bower, Peter; Gask, Linda; Dowrick, Christopher; Tófoli, Luis Fernando; Campos, Mônica; Batista Portugal, Flávia; Ballester, Dinarte; Fortes, Sandra. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores socio-demográficos relacionados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014
5. World Health Organization. Depression and Other Commons Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginebra. 2017
6. Amarante, Paulo. Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995
7. Amarante, Paulo; Torre, Eduardo. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p.12-25, maio/ago. 2001
8. Brasil. Ministério da Saúde. Site acessado em 14 de julho de 2018. <http://portalmms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados 12. Ministério da Saúde. SAS. Ano 10, nº 12, outubro de 2015
10. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). WHO-AIMS: Report on Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean. Washington D. C.. 2013
11. Leal, Erotildes Maria e Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154
12. Dell'Acqua, Giuseppe. Mezzina, Roberto. Resposta à Crise: Estratégia de Intencionalidade da Intervenção no Serviço Psiquiátrico Territorial. In: AMARANTE, Paulo. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005
13. Martin Prince, MD, Vikram Patel, PhD, Shekhar Saxena, MD et al. No Health without Mental Health The lancet . SERIES|GLOBAL MENTAL HEALTH| VOLUME 370, ISSUE 9590, P859-877, SEPTEMBER 08, 2007. September 04, 2007DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
14. Lancetti, Antonio. SAUDELOUCURA, VOL. 7 – SAUDE MENTAL E SAUDE DA FAMILIA. Hucitec, 2008
15. Athié, Karen; Fortes, Sandra; Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26):64-74Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008
16. Campos, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007
17. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva; 2011 [citado 5 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/581/1/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20matriciamento%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>