

CONSIDERAÇÕES ÀS DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL – ABP, AMB, CFM, FENAM, ABIPD E SBNp

Heloisa Helena Venturi Luz¹

Diante da ação isolada e açodada das instituições que representam a prática médica psiquiátrica (e somente ela) em apresentar um “modelo de atenção integral em saúde mental” que desconsidera e desrespeita o atual modelo, todo o seu arcabouço jurídico e de práticas interdisciplinares, de conquistas e o contexto histórico de sua construção, e ainda, com a anuência e a participação igualmente autoritária e isolada da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde cabe-nos apresentar algumas considerações.

Falamos em nome do Departamento de Enfermagem em Saúde Mental da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-SC), como trabalhadora, militante e como representante dos movimentos e grupos de trabalhadores que defendem o modo psicossocial na Política Nacional de Saúde Mental de base territorial e comunitário em que pesem as insistentes tentativas de desmonte e enfraquecimento da mesma.

Esse modelo, pautado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no cuidado em liberdade, de base comunitária e participativa, que tem em conta o protagonismo dos usuários e suas famílias e a ampla participação de gestores, trabalhadores e da sociedade na proteção e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, vem sofrendo ataques e questionamentos sem fundamento, numa tentativa vil de inverter a lógica da atenção em saúde mental, privilegiando uma única categoria profissional, dando-lhe autoridade e poder de decisão em detrimento dos diversos saberes, conhecimentos e práticas metodológicas que tem produzido resultados irrefutáveis na vida de milhares de pessoas com sofrimento/transtornos psíquicos ao longo dos anos. Existem, sim, incontestáveis evidências de que o modelo que defendemos deve ser fortalecido e legitimado como o paradigma

¹ Enfermeira especialista em Saúde Mental pela UFRGS. Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Univali/SC. Terapeuta de Família pelo Instituto Klein do Vale/PR.. hlsaudemental@gmail.com

brasileiro do cuidado em Saúde Mental. E aqueles que o defendem, não se furtam ao diálogo e ao compartilhamento de ideias. Porque sobretudo, nossa luta é em defesa da Democracia, da igualdade, da justiça social e da ética, em todos os níveis da convivência humana!

O referido documento arroga-se o direito de “*representar legitimamente 12.000 psiquiatras brasileiros*” como se a atenção em saúde mental fosse uma prerrogativa exclusiva desta categoria. Se, de um lado, o documento ignora um número significativo de psiquiatras que não acompanha seu pensamento equivocado com relação à atual Política de Saúde Mental, de outro nega a incontestável efetividade da clínica ampliada, compartilhada e exercida por assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, técnicos em enfermagem, e tantas outras categorias profissionais que podem/devem compor uma equipe interdisciplinar, que agregue conhecimentos e práticas as mais diversificadas que possam beneficiar os projetos terapêuticos ofertados nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Preocupa-nos que na elaboração desse documento que se apresenta como uma “nova proposta”, tenham sido preteridas as inúmeras pesquisas, trabalhos científicos respaldados por instituições de renome, envolvendo as diversas categorias de trabalhadores e que trazem resultados significativos acerca dos avanços e novas tecnologias de cuidado em saúde mental. Inadmissível que uma proposta de tamanhas dimensões e repercussões se aventure, de forma isolada, antiética e autoritária, a impor seus ideais, sem o imprescindível diálogo com a comunidade científica, gestores, trabalhadores e toda a sociedade, em especial os usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Impressiona a arrogância da categoria médica e psiquiátrica autoproclamando-se como a única ciência capaz de determinar os rumos de uma política pública que, em suas práticas históricas produziu exclusão e sofrimento a milhares de pessoas alijadas dos mais básicos direitos humanos ao perpetrar os horrores vivenciados nos hospitais psiquiátricos espalhados pelo país ao longo de anos.

Há uma “queixa” explícita no citado documento que revela a real intenção da categoria: “*Desde 1995 a política de saúde mental dominante no Brasil adota como premissa do seu modelo assistencial a **desvalorização do saber psiquiátrico e redução do papel do psiquiatra. O psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à***

Psiquiatria". Grifo nosso. (pg.5, Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil). Parece-nos evidente que esse é o reflexo de mudanças introduzidas pela Clínica da Atenção e Reabilitação Psicossocial que vem transformando o cuidado em saúde mental e, simultaneamente, questiona a hegemonia do saber psiquiátrico nas diversas esferas do cuidado, em especial e mais visivelmente, nos Centros de Atenção Psicossocial Brasil a fora. Ou seja, o tão propalado "saber psiquiátrico" não foi reduzido ou desvalorizado, como querem alguns. O que de real se apresenta nos serviços e suas práticas cotidianas é a clara inversão de um modelo de cuidados: antes centrado no poder/autoridade do médico, que já não produz saúde mental aos usuários, que mantém a prática medicalizante como geradora de cronificação e dependência de um único saber dominante até então e que produziu e ainda produz gravíssimas violações dos direitos humanos no interior das instituições psiquiátricas tradicionais. É essa inversão de modelo que nos apresenta um cenário diversificado de outras práticas, o surgimento de novos saberes e práxis que tem produzido resultados relevantes (e que questionam a hegemonia médica, e isso parece incomodar a categoria, não é de hoje), que produzem outras formas de cuidado, que consideram o adoecimento psíquico para além das "evidências científicas" (que já não são suficientes para explicar e tratar sofrimentos/transtornos os mais diversos), que tem em conta a singularidade de cada sujeito (em que pesem as estatísticas/evidências, que não podem ser desprezadas mas, não podem mais dominar e definir as normas e técnicas de cuidado), que veem nos Determinantes e Condicionantes Sociais do Processo Saúde – Doença a mola mestra para as práticas interdisciplinares como uma nova, transformadora e resolutiva prática em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Essas práticas exigem o compartilhamento de saberes, a ampliação e diversificação de modos de cuidar, o reconhecimento da interdisciplinaridade/transdisciplinaridade como paradigma do modelo que deve ser instituído e que tem se mostrado mais humano, mais ético, mais resolutivo, mais justo, mais integral. Em suma, é isso que está em questão. Talvez, em tempos de tanta necessidade de aproximação entre os diferentes, a psiquiatria careça de alguma modéstia para reconhecer e compartilhar desse momento histórico da Política Pública de Saúde Mental e Atenção Psicossocial brasileira. Portanto, não se trata de *"desvalorização do saber psiquiátrico e redução do papel do psiquiatra.*

Tampouco “*o psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à Psiquiatria*” como querem os autores do já referido documento. Trata-se, sim, de valorizar e expandir as práticas inter e transdisciplinares, entendendo que cada categoria tem as suas especificidades que devem estar integradas e à serviço de um objetivo maior: a pessoa em sofrimento/transtorno psíquico, sua família, sua vida na sociedade.

A psiquiatria moderna precisa dar um passo à frente, sair do seu encapsulamento e isolacionismo teórico, na direção da necessária articulação com todas as disciplinas afins, entendendo que a interdisciplinaridade indica a capacidade de dialogar entre as diversas ciências, compreendendo o saber como um todo, e não como partes fragmentadas e hegemônicas. E, se pudermos desejar o ideal nas nossas práticas cotidianas no cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, a transdisciplinaridade seria o modelo perfeito a ser compartilhado. Ela nos convida a uma interação máxima entre as disciplinas, respeitando suas singularidades, onde cada uma contribui para um saber comum, o mais amplo e completo possível, sem transformá-las ou sem privilegiar uma determinada disciplina. Esse é o paradigma a ser perseguido. No entanto, estamos ainda muito distantes deste modelo, por diversas justificativas, muito por conta das vaidades e iniciativas constantes de manter a supremacia psiquiátrica. É sobre isso que precisamos nos debruçar e propor soluções que respeitem todos os saberes.

Ainda com relação ao documento referido anteriormente, é preciso deixar claro que existem um sem número de relatos de experiências exitosas na Atenção Psicossocial brasileira. O documento é frágil em suas argumentações de que o atual modelo é ineficiente. Generalizações não refletem as singularidades locais em um país de dimensões continentais. Parece-nos precipitado e imprudente afirmar que *o modelo vigente é ineficiente*. Não é verdade que os “*modelos assistenciais em saúde mental sejam centrados em um único serviço, seja qual for*”. Para que esta afirmação retrate fielmente a realidade, seria necessária uma ampla avaliação nacional, que contemplasse a imensa diversidade existente no Brasil. Não basta e soa tendenciosa e irrelevante a avaliação dos serviços de Saúde Mental, em especial dos CAPS, capitaneada pelo CFM em 2018, com o intuito de desqualificar aqueles dispositivos, sob a ótica exclusiva do pensamento médico psiquiátrico. Prova de sua irrelevância está na quase absoluta ausência de

ações que tenham sido implantadas a partir daquela avaliação. Prova, ainda, que a psiquiatria brasileira caminha na contra mão da história, insistindo em manter sua supremacia, ainda que a realidade aponte para outros caminhos. É imprescindível, na construção de uma política pública, que não haja hegemonia de absolutamente nenhuma categoria ou disciplina, sob pena de retroceder nos avanços já conquistados e sem a menor perspectiva de sucesso, se a lógica negacionista for a prevalecente. Somos todos a favor da construção coletiva, compartilhada e equilibrada, com respeito e reconhecimento dos valores éticos dos mais variados setores do Sistema Único de Saúde, modelo de igualdade, equidade e universalidade.

Há que se afirmar ainda que, em praticamente todo o documento em questão, são apresentadas propostas de diretrizes para um “modelo de atenção integral em saúde mental” orientadas única e exclusivamente a partir de premissas de base médico-psiquiátricas. Entendemos e reafirmamos, mais uma vez que, uma política de tais dimensões e implicações não pode, sob qualquer argumento, ser estabelecida de forma autoritária e unilateral, sem considerar o que de efetivo foi e está sendo construído nas mais diversas realidades brasileiras. Seria, portanto, inoportuno, temerário e precipitado julgar que apenas uma categoria profissional teria todas as condições necessárias para propor e executar uma política pública de tamanhas dimensões. Desqualificar o que temos hoje de concreto na Atenção Psicossocial brasileira, sem os fundamentais argumentos teórico-práticos demonstra a verdadeira intenção de uma categoria: ocultar da sociedade os avanços conquistados ao longo dos últimos anos e não submeter-se ao que se preconiza como uma nova e transformadora forma de cuidar em saúde mental: com ética, respeito à diversidade, intensa participação coletiva, multi/inter e transdisciplinar nas práticas e cuidados e a multifatorialidade das causas.

É necessário, mais uma vez, enfatizar que a tentativa de manutenção da hegemonia psiquiátrica na construção da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, tão claramente expressa no documento anteriormente citado, deixa patente a intenção de impor como premissa a lógica manicomial, excludente, médico centrada, autoritária, segregacionista, desumana, medicalizante que, há tempos, vem se revelando fracassada, falida, ineficaz e, o que é pior, produzindo sofrimento, exclusão, negação de direitos fundamentais à vida e à liberdade de milhares de cidadãos brasileiros.

Se há uma convergência entre o documento em questão e o que defendemos para a Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial essa se refere à formação e qualificação dos trabalhadores de todas as instâncias e de todas as categorias profissionais para a atenção integral em saúde mental. É urgente a revisão e adequação dos currículos de graduação das diversas categorias através de formação e educação continuada no cotidiano dos serviços desde a rede de atenção primária até a atenção terciária. É preciso que se diga que, em muitas realidades brasileiras essas práticas estão instituídas de forma permanente, em que pese a pouca publicidade dada às iniciativas. Igualmente importante enfatizar que essas formações e qualificações devem ter enfoque dinâmico, interdisciplinar e sempre, atendendo às realidades e demandas locais.

A articulação e a integração da Rede de Atenção Psicossocial e Rede Intersetorial como princípios fundamentais das práticas em saúde já é realidade entre nós. O que ainda avaliamos como incipiente/insuficiente é a participação ativa da categoria médica nestes processos de trabalho que permitem uma compreensão ampliada da realidade de cada comunidade, cada dispositivo, cada equipe, cada caso que, infelizmente não favorecem uma prática ampliada e compartilhada. A prática médica é isolada, dissociada do contexto maior de cada situação, o que acaba por intensificar o exercício solitário da medicina, dependendo também do perfil de cada profissional.

Uma possível solução para essas questões passa pela formação e qualificação dos trabalhadores e das equipes, mas, necessariamente, precisa considerar a oferta de condições ideais para o melhor desenvolvimento das práticas biopsicossociais e de reabilitação psicossocial. E aqui, estamos nos referindo ao melhor financiamento da atenção em saúde mental seja na estrutura física dos dispositivos de cuidado, seja no investimento nas equipes (e não apenas em uma dada categoria), seja na oferta adequada de insumos e medicamentos, seja na ampliação e articulação das redes de atenção à saúde. Há uma imensa gama de necessidades que devem ser debatidas, articuladas e encaminhadas, com a participação de gestores, trabalhadores e sociedade. E isso só será viável se articulado coletivamente.

Não podemos deixar de frisar a utilização de uma expressão corrente no documento já citado, hoje considerada inadequada e passível de críticas pelo seu conteúdo pejorativo e anacrônico: “doente mental”. Como já dissemos

anteriormente, a psiquiatria precisa dar um passo a frente, não apenas nos seus métodos tradicionais de tratar, mas, em especial, na sua forma de entender a pessoa em sofrimento, independente da severidade do quadro clínico. A evolução nos processos e nas relações humanas exige do cidadão a permanente revisão de seus valores e conceitos, a fim de adaptar-se às transformações da sociedade contemporânea. Assim, não se pode aceitar, em pleno século 21, que pessoas que vivenciam as mais variadas formas de sofrimento psíquico sejam definidas tal como a expressão e o próprio texto as definem: doentes mentais, doentes psiquiátricos, incapazes. Hoje convivemos com outros termos e outros significados para as consequências do sofrimento psíquico. É preciso, sobretudo, humanizar o cuidado. E neste aspecto, o documento em questão é desprovido de afeto, frio, excessivamente técnico/burocrático e arbitrário.

Finalizamos nossas considerações com algumas posições que entendemos ser fundamentais na construção coletiva de uma Política Pública de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para o Brasil:

- ✓ Defesa intransigente do SUS, seus princípios e diretrizes;
- ✓ Defesa intransigente das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial como norteadoras da Política Nacional de Saúde Mental
- ✓ Defesa da pluralidade de saberes, da inter e da transdisciplinaridade nas práticas cotidianas da Atenção em Saúde Mental;
- ✓ Contrários à lógica reducionista das evidências científica como único parâmetro para o cuidado em Saúde Mental;
- ✓ Defesa da inequívoca influência dos Determinantes e Condicionantes sociais, econômicos e culturais no processo saúde – doença e sua utilização no planejamento, execução e avaliação das ações propostas para a Política de Saúde Mental brasileira;
- ✓ Defesa da autonomia da **equipe** em oposição aos interesses hegemônicos da categoria médico-psiquiátrica;
- ✓ Defesa da lógica de Redução de Danos como estratégia de cuidados às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e ou outras drogas;
- ✓ Defesa da ampla e permanente participação coletiva e da sociedade na construção da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial – defesa do cumprimento das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental;

- ✓ Defesa por maiores investimentos em formação e qualificação permanentes em Saúde Mental e Atenção Psicossocial para **todos** os trabalhadores do SUS;
- ✓ Defesa por mais e maiores investimentos financeiros em **todos** os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do Brasil;
- ✓ Defesa da manutenção, ampliação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial do SUS tal como expressa a Portaria nº 3088, de 23/12/2011;
- ✓ Defesa da articulação e permanente integração da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede Intersetorial, em especial nas esferas municipais;
- ✓ Defesa do protagonismo do usuário e sua família no desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares;
- ✓ Defesa do cuidado em liberdade, de base comunitária e amplamente participativo, privilegiando as diversas formas de cuidados, a partir da intensa articulação entre todos os pontos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede Intersetorial;
- ✓ Contrários à inclusão das comunidades terapêuticas como pontos de cuidado da RAPS (por não se caracterizarem como dispositivos de saúde e por privilegiarem o modelo segregacionista de longa permanência);
- ✓ Defesa de uma política pública que considere e respeite a população em situação de rua e contrários às propostas higienistas de internação dessa população;
- ✓ Críticos às propostas para internação de crianças e adolescentes;
- ✓ Defesa intransigente das instâncias do controle social, como fiscalizadoras das políticas públicas, que legitimam e propõem a participação social e representativa nas discussões de qualquer política que se relacione com o Estado Brasileiro.
- ✓ Defesa e propostas para o planejamento de ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial durante e após a Pandemia do Novo Coronavírus.
- ✓ Pela V Conferência Nacional de Saúde Mental com a maior brevidade possível.
- ✓ Defesa incondicional da DEMOCRACIA, da ética, da igualdade e da justiça social em todas as Políticas Públicas brasileiras!

**NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS!
NENHUM PASSO ATRÁS! MANICÔMIO NUNCA MAIS!
06 de dezembro de 2020.**