



**GT SAÚDE
MENTAL**

**QUE POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL FARÃO FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA
COVID-19?**

GT Saúde Mental ABRASCO

Autores e Autoras

Mônica de Oliveira Nunes (UFBA)

Claudia Maria Filgueiras Penido (UFMG)

Deivisson Vianna Dantas dos Santos (UFPR)

Fellipe Miranda Leal (UNILUS)

Helena Moraes Cortes (UFRB)

Leon de Souza Lobo Garcia (hospital das clínicas da USP e CAPS AD Centro- SP)

Rosana Teresa Onocko Campos (Unicamp)

Rossano Cabral Lima (UERJ)

Simone Mainieri Paulon (UFRGS)

Tânia Maria de Araújo (UEFS)

ABRASCO

2021

Introdução

Estamos num momento histórico muito delicado. Vivemos uma crise não apenas sanitária, mas também social, econômica e até mesmo de lugar do Brasil no mundo. Isto tem reflexos importantes na nossa sociedade. São evidentes os indícios de agravamento da pobreza, incremento da desigualdade social e da violência, intolerância religiosa, degradação da sociabilidade nas suas várias formas de expressão, supressão ou redução da abrangência e escopo das políticas públicas. Estas dificuldades já vinham se manifestando nos últimos anos, mas se acresceram aos efeitos deletérios de uma pandemia que foi deixada solta, sem controle.

Neste momento, deveríamos nos preparar, com formulação de políticas públicas, para o possível aumento de problemas de saúde mental. Entretanto, vivemos um vazio do caráter formulador de políticas públicas. Até hoje, por exemplo, não temos, no Ministério da Saúde, um guia mínimo do que se espera de um CAPS em relação aos cuidados que devem ser ofertados no meio de uma pandemia. Não existe, até a data de publicação deste documento, um protocolo mínimo de segurança para a realização de atividades de grupos em espaço aberto ou de critérios de testagem para os usuários. Em suma: nada existe.

Por isso, salientamos a importância do tema: **QUE POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL FARÃO FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA COVID-19?**

Desde 2015, presenciamos um retrocesso, um contínuo processo de refluxo da nossa exitosa política de saúde mental do país. Neste sentido, primeiro devemos reacender os princípios da formulação de políticas no campo da saúde mental. O primeiro deles é a **Democracia**. Um grande mal-estar do nosso momento é justo quando nos vimos privados da democracia. O movimento da luta antimanicomial tem essa característica atávica: ele nasceu do processo de democratização do país e cresceu com a sua democratização. Logo, a política de saúde mental só vive, se a democracia estiver presente, se tivermos liberdade de conduzir nossas políticas. O segundo princípio é a força do **Direito**, mais particularmente os Direitos Humanos porque ele enraíza todas as nossas lutas no campo da Saúde Mental. O terceiro princípio básico é a existência de **financiamento** para esta política. Este é um princípio crucial pois vivemos um momento em que o financiamento não é direcionado para as políticas comunitárias

de saúde mental. Por fim, outro princípio que deve nos guiar é **o Amor**, porque essa ética é a que anima os coletivos e a grupalidade.

Estes princípios são fundamentais para uma política criativa e solidária, algo distante da nossa realidade. Realidade que nos presenteia com ministros de Estado desqualificados e coordenadores de Saúde Mental igualmente despreparados, indicados por uma associação corporativa que não se dá conta da complexidade do campo da Saúde Mental.

Até onde nossa política de saúde mental tinha conseguido avançar e ia bem?

Nós sabemos que desde que a Reforma foi colocada em campo, começou uma transformação no cuidado em saúde mental no Brasil. Foram fechados leitos “hospitalares” monovalentes, asilos, manicômios que nem mereceriam o nome de hospitais. Ampliou-se grandemente a cobertura dos serviços comunitários e territoriais, fundamentalmente os Centros de Atenção Psicossocial que se espalharam pelo Brasil. Sabemos também que, a partir de 2006, os investimentos em serviços comunitários da rede superaram os investimentos em hospitais. Desenhou-se o funcionamento dos serviços de saúde em rede, e na saúde mental criou-se a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

Esta Rede tem potencialidades, mas também alguns problemas. Considerando a fotografia pré-pandêmica, podemos ver alguns problemas tais como:

As desigualdades regionais, com regiões com melhores coberturas desses serviços comunitários e de recursos em geral do que outras. Desta forma, precisaríamos de uma política que estimulasse especificamente o investimento e a expansão de serviços nas regiões mais deficitárias, como é o caso da região Norte, que é mais carente de serviços.

Outro ponto é **a falta de formação para a lógica da coordenação do cuidado** entre a atenção primária e os serviços comunitários especializados. Precisaríamos da expansão da estrutura dos então denominados NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), vinculada a um processo de educação permanente. Entretanto, observamos exatamente o contrário: o estímulo financeiro para os NASF foi retirado, somando-se à ausência de qualquer capacitação específica para esse trabalho. Desta forma, devemos

incentivar que as universidades ofereçam espaços formativos para os profissionais, para que eles tenham a capacidade de realizar um trabalho articulado em rede.

Outro gargalo brasileiro é **o baixo investimento em serviços baseados em estratégias de *Recovery***, como centros de convivência, serviços de geração de renda, serviços de reinserção pelo trabalho, dentre outros. Temos importantes experiências neste sentido, mas a cobertura nacional deste tipo de oferta é insignificante. Neste cenário de reforma psiquiátrica inacabada, nos deparamos tanto com um movimento de contrarreforma que pressiona pelo retorno do modelo centrado apenas em um único tipo de saber biomédico quanto com a pandemia de COVID-19.

Como a Pandemia afeta o campo da saúde mental?

Ao falarmos sobre a pandemia, nos defrontamos com uma forma estarrecedora de luto. No caso brasileiro, muitas mortes, que seriam evitáveis, não foram evitadas. Evidentemente, o impacto sócio emocional e sociopsíquico dessa experiência foi devastador. Ademais, ao longo da pandemia, outros fatores de risco foram potencializados, como o isolamento social, com efeitos de solidão, inatividade, acesso limitado a suporte social, perdas de renda, desemprego, insegurança financeira, aumento da pobreza, disparidades raciais, étnicas, de renda e dificuldade ao acesso a serviços de saúde. Pensamos que, no início, a pandemia seria vivida de forma democrática. Ledo engano, porque o que se observa concretamente foram os efeitos mediados pelas disparidades raciais, étnicas, de renda, e até mesmo pelos acessos desiguais ao setor saúde.

Assim, o aumento do sofrimento mental foi distinto em segmentos populacionais diferentes. No público geral observamos excesso de consumo de televisão e mídias sociais, associado com fadiga; aumento no uso de álcool e risco aumentado de abuso físico e sexual em casa. Além disso, as próprias vivências relacionadas à Covid geraram tanto agravos ligados ao sofrimento psicológico e emocional, em função do afastamento das pessoas mais próximas, à vivência da morte e de questões relativas aos traumas pós-recuperação, sintomas pós-traumáticos, quanto síndromes de natureza orgânica. Têm sido também detectadas síndromes pós-virais, que se assemelham à depressão. Já em pessoas com transtornos mentais preexistentes, presenciamos um agravamento do seu sofrimento prévio. Por fim, temos as situações vivenciadas pelos trabalhadores em geral, especialmente os trabalhadores de saúde. A constante ameaça de perda do emprego, redução dos salários e as novas

demandas e exigências impostas produziram intenso sofrimento. No caso dos trabalhadores da saúde, essas novas demandas foram ainda mais desgastantes, seja pelas implicações, no início da infecção, do medo de infectarem a si mesmos ou aos demais, seja pelas incertezas sobre o tratamento e formas de enfrentamento da pandemia que impactaram na realização das atividades profissionais cotidianas. Tudo isso conjugado com a falta de treinamento para lidar com situações que a gente chama de situações de desastre ou de extrema emergência.

Do que precisamos para avançar em termos de política de saúde mental?

A desesperança é talvez a pior sequela da pandemia, junto com a falta de recursos e serviços. Então precisamos primeiro manter a chama acesa, continuar discutindo as boas práticas, para que nos preparemos para ajudar as pessoas a reconstruir seu cotidiano. Precisamos ter dois focos. Um é o cuidado das pessoas que já tinham o diagnóstico de problemas mentais antes da pandemia, que têm sofrido intensamente em função de serem mais vulneráveis em certo sentido, e porque também têm sofrido mais pela desorganização e desestruturação dos serviços. O outro é a própria sociedade. Nós vamos ter de reinventar lugares e serviços para poder “curar nossa sociedade” dos inúmeros lutos mal resolvidos que essa pandemia vai deixar.

Nós precisamos de **propagandas bem realizadas de combate ao estigma**. O estigma é um dos fatores que sempre impactou no chamado *gap* de mortalidade da população com o diagnóstico de transtornos mentais. Este grupo vulnerabilizado morre de vinte a trinta anos antes do esperado. Isto ocorre, em parte, devido ao estigma, porque este grupo acaba não sendo atendido nos serviços de saúde, inclusive quando eles consultam por outros problemas de saúde. Desta forma, as campanhas e propagandas são um caminho, mas precisamos também de ações mais contundentes (formativas e de gestão) para que os serviços de saúde não negligenciem a assistência adequada e oportuna à esta população.

Ainda na lógica do combate ao estigma, precisamos de políticas de apoio para que os jovens com diagnósticos de transtornos mentais possam se sustentar nas escolas e universidades. A experiência internacional tem mostrado que isso requer estratégias ativas e específicas.

Outro problema importante é o enrijecimento e a burocratização dos serviços de saúde. De fato, houve um aumento expressivo dos serviços comunitários. Os CAPS

se espalharam pelo país, mas na medida em que os recursos financeiros são escassos e uma série de entraves para realização do trabalho cotidiano não são resolvidos, temos um sofrimento patente dos trabalhadores. Este sofrimento quando não cuidado gera uma forma de defesa dos trabalhadores a tudo isso que é o enrijecimento e a burocratização dos serviços. Então, **cuidar dos trabalhadores de saúde mental**, por meio de atividades de formação, de supervisões, de educação permanente se torna fundamental para que se evite a burocratização e a ineficácia das práticas clínicas. Para isto, precisaríamos ter uma política de qualificação e avaliação permanente da Rede de Atenção Psicossocial, com um mínimo de transparência avaliativa.

Além disso, é fundamental que **envolvam a Atenção Primária nas políticas de cuidado em saúde mental**. Estes são os serviços que estão em maior contato com a população no território

Teremos que **repensar as ações intersetoriais**, campo este onde sempre tivemos lacunas e dificuldades. Nossas ações deveriam ser sinérgicas, entre saúde, assistência e educação, com base na conformação de relações de cooperação e confiança mútua. Entretanto, ainda permanecem nessas relações, como características predominantes, a desconfiança, os conflitos, o empurra-empurra - formas de produzir sociabilidade que o atual governo exacerbou, mas que já vinha sendo construída na sociedade brasileira, que é “de todos contra todos”, da “saída individual”, do “salve-se quem puder”, do “seja empreendedor e se vire”. Então a reconstrução de sentidos e significado do que significa habitar uma comunidade, ser um ator da política pública, ser um trabalhador da saúde, da educação ou da assistência, é o primeiro passo para pensar as ações intersetoriais.

Entre a invenção de novas políticas e o reforço-retomada do que já deu certo.

Nós temos que trabalhar entre a invenção e aquilo que já deu ou que pode dar certo. Um tipo de estratégia que devemos fomentar é a colaboração intersetorial entre serviços de moradia, educação e emprego, com o suporte de voluntários e de setores de saúde mental. Neste sentido, o fomento a **organizações do setor voluntário** de usuários e cuidadores poderá organizar fundos emergenciais para pessoas em dificuldades, encontros de **apoio mútuo virtual**, conversas comunitárias e recursos online. Algumas destas iniciativas ocorreram durante a pandemia e poderão prosperar mais com o apoio do Estado. Devemos reconhecer também a potência de **métodos democráticos de apoio**, tais como *open dialogue* e socioterapia, que criam sentimentos

de pertencimento a uma comunidade própria, assim como fortalecem engajamento ativo e coletivo.

Os serviços comunitários de apoio responderam prontamente ao enfrentamento da Covid-19 de forma diferente dos serviços clínicos convencionais e podem se expandir de forma custo-efetiva para suportar um aumento inesperado da demanda por serviços. Contudo, eles não são apropriados e suficientes para todas as pessoas e devem, portanto, complementar, e não substituir, o cuidado de saúde mental convencional. Sistemas de cuidado em saúde devem antecipar um aumento em necessidades não atendidas de saúde mental de grupos vulneráveis mais afetados na pandemia e promover adaptações que reduzam as discrepâncias no acesso ao cuidado.

Por esta razão é importante pensar na correlação entre saúde mental e a pandemia da Covid, a partir de um modelo sindêmico. O modelo sindêmico é baseado na ideia de um ciclo de *feedback* biossocial negativo. Isto significa que as condições sociais contribuem significativamente para um **ciclo de *feedback* biossocial negativo** onde as desigualdades sociais são tanto a causa, quanto a consequência das interações da doença e de morbidades e mortalidades associadas. Por isso, devemos identificar dimensões como o racismo estrutural e o neoliberalismo como parte da equação para a elaboração de políticas públicas.

A partir dessa concepção da perspectiva sindêmica, devemos refletir sobre quais as medidas e contextos sociais específicos fornecem oportunidades para que determinadas interações entre eventos ocorram. O Brasil e suas crises têm favorecido a produção do sofrimento psíquico associado a Covid-19, e, por sua vez, esse sofrimento psíquico tende a ampliar os problemas relacionados a Covid-19. Então, o estabelecimento dessas medidas de interação e as várias manifestações de sofrimento psíquico devem modificar o paradigma em torno de que decisões tomar para fazer face aos problemas de saúde mental produzidos nesse contexto.

O modelo sindêmico, entretanto, traz a particularidade das moldagens locais. Ou seja, ainda que tenhamos um contexto onde a pobreza impera, há diversas camadas neste contexto relacionadas ao racismo, à violência de gênero e outros determinantes sociais de saúde que afetam a produção do adoecimento. O modelo sindêmico, além de pensar nessa sinergia entre esses elementos, ele também aponta que existem moldagens locais que são sensíveis a contextos culturais e a forma como esses eventos são interpretados, são vivenciados, são experimentados em cada lugar. Assim, uma

política de saúde mental para enfrentar a realidade da pandemia precisa ser, além de socialmente adequada, culturalmente sensível e descolonizada. Principalmente, uma **política de saúde mental fortemente intersetorial, territorializada, em rede, culturalmente sensível e baseada nos direitos humanos - antimanicomial, antipatologizante, antirracista e vigilante às relações de violência de gênero e de classe.**

A OMS tem proposto a integração da saúde mental e do suporte psicossocial na Rede de Saúde em geral. Reforça, assim, que os serviços e estratégias de apoio criadas não devem substituir o fortalecimento da atenção primária com apoio de equipes de saúde mental. A Atenção Primária à Saúde é a estratégia de organizar o cuidado mais capilar e próximo aos usuários, e exatamente por isso, possui a maior potência de lidar com as questões referentes à saúde mental.

Entretanto, não será apenas com reforço da atenção primária que enfrentaremos esse problema, é necessário redesenhar a intersetorialidade. A construção do SUAS no Brasil está muito mais ligada a uma situação de abrigamento, de institucionalização, e é pouco responsiva em termos de soluções de médio e longo prazo. Temos que repactuar a intersetorialidade de forma articulada à questão da renda e garantindo maior apoio ao protagonismo dos usuários.

Por fim, precisamos retomar as lógicas que sempre guiaram as políticas de saúde mental brasileiras: a clínica ligada ao território e focada na atenção psicossocial. Estas diretrizes estão inscritas no rol de boas práticas da Organização Mundial de Saúde e infelizmente foram abandonadas pelo atual governo. Mas para isso precisamos exigir que a pauta política seja incisiva na defesa do SUS e do conjunto de práticas de saúde mental comunitárias.