

## RUMOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL APÓS 1980

## DIRECTION OF MENTAL HEALTH IN BRAZIL AFTER 1980

### Resumo

As discussões sobre o modelo de assistência e reabilitação dos doentes mentais desde os anos 80 foram orientadas para a reformulação das práticas de intervenção psiquiátrica, na direção das experiências internacionais de desospitalização, desinstitucionalização e da criação de serviços substitutivos a internação manicomial. Foi realizada uma revisão bibliográfica não exaustiva com destaque para as principais posições teóricas sobre o tema da proposta de reforma do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil. Os resultados desses estudos demonstram que o tratamento da doença mental, mesmo que na presença de um quadro clínico que requeira a internação hospitalar - seja ela em hospitais gerais ou psiquiátricos -, constitui-se em um tema cuja discussão encontra-se aberta e inacabada. Essa polêmica tem sido marcada por posturas políticas e doutrinárias conflitantes, o que torna o debate mais complexo do que uma simples adesão a opções técnicas diferentes.

**Palavras-Chave:** 1. Desinstitucionalização. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Psiquiatria. 4. Psiquiatria Comunitária. 5. Saúde Mental.

### Abstract

Discussions on the model of care and rehabilitation of the mentally ill since the 80 were oriented reformulation of psychiatric intervention practices in the direction of international experiences of discharged from psychiatric hospital, deinstitutionalization and the creation of substitute services the hospital psychiatric ward. An exhaustive review of the literature was performed, highlighting the main views on the theme of a proposed reform of psychiatric care model in Brazil. The results of these studies demonstrate that treatment of mental illness, even in the presence of a clinical picture that requires hospitalization - whether in general or psychiatric hospitals - is on a topic whose discussion is open and unfinished. This controversy has been marked by conflicting doctrinal and political stances, which makes the debate more complex than a simple adherence to different technical options.

**Keywords:** 1. Deinstitutionalization. 2. Public Health Policy. 3. Psychiatry. 4. Community Psychiatry. 5. Mental Health.

## INTRODUÇÃO

As discussões sobre o modelo de assistência e reabilitação dos doentes mentais desde os anos 80 foram orientadas para a reformulação das práticas de intervenção psiquiátrica, na direção das experiências internacionais de desospitalização, desinstitucionalização e da criação de serviços substitutivos a internação manicomial.

Entre as décadas de 80 e 90 - do Movimento pela Reforma Sanitária a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde -, foi reunida às condições de possibilidade para assegurar uma nova ordem para a assistência psiquiátrica na América Latina.

Para Gastal et al.<sup>1</sup> a Declaração de Caracas foi uma proposição para a superação do modelo hospitalocêntrico, a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos dos portadores de transtorno mental.

No contexto dessa nova ordem para atenção à saúde mental serão destacados neste artigo alguns aspectos da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil.

É importante destacar o fato de que este texto não tem o propósito de avaliar os resultados destas políticas públicas para a assistência ao doente mental até aqui produzidos no país.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática nos bancos de dados LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online, entre 1986 e 2011, com destaque para as principais posições te-



óricas e políticas sobre o tema da proposta de reforma do modelo da assistência psiquiátrica no Brasil.

## DISCUSSÃO E RESULTADOS

O campo da saúde pública, especialmente a partir do final dos anos 70, é marcado pelos debates em torno das mudanças do modelo de assistência psiquiátrica e a luta antimanicomial no país.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano.<sup>2</sup>

A compreensão desse conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais propostas para o campo do conhecimento que se ocupa da intervenção em pacientes com doença mental levando-se em conta as suas dimensões filosóficas, político-ideológicas e técnico-assistenciais se constituem, em seu substrato, na chamada Reforma da Assistência Psiquiátrica.

## A REFORMA DO MODELO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma do modelo da Assistência Psiquiátrica, apesar de movimentar-se com história própria<sup>2</sup>, é uma proposta de sucessão de novos paradigmas, esses intrínsecos, por exemplo, à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ao Movimento Sanitário, a própria criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, entre outros.

Todavia, merecem destaque os seguintes aspectos dessa nova base conceitual de modelo assistencial em saúde mental, cujos eventos foram acima mencionados.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, expressou a necessidade urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, de promoverem a saúde de todos os povos do mundo.<sup>3</sup>

O Movimento Sanitário também chamado de Reforma Sanitária pode ser sucintamente descrito, como sendo uma tendência

organizada de intelectuais, da academia e profissionais da saúde – na década de 80 no Brasil –, cujo ideário buscava a construção de um Estado Social, compreendida a saúde enquanto direito de cidadania e a participação da população na construção e usufruto das políticas públicas do setor saúde sob efetivo controle social.<sup>3</sup>

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, foi a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.<sup>3</sup>

Alguns autores, entre eles Dias<sup>4</sup>, defendem que a política de saúde mental brasileira passou por uma revisão crítica do modelo hegemônico existente até então a partir de meados dos anos 1980, se constituindo na perspectiva da Reforma da Assistência Psiquiátrica, concebida no bojo da Reforma Sanitária e instalada no contexto do debate sobre a Reforma do Estado no Brasil nos anos 1990.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) a Reforma da Assistência Psiquiátrica, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

Yasui<sup>5</sup> destaca que a Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira, ao propor a construção de um novo olhar sobre a loucura, sobre o sofrimento psíquico, apontou para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo semelhante à produção de conhecimento a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica.

Dessa forma, a desinstitucionalização e, sobretudo, a desospitalização, ou seja, dar as costas ao hospital psiquiátrico, a assistência nosocomial realizada por e em uma instituição, reconhecidamente, de isolamento e confinamento se constituem na essência das propostas da Reforma da Assistência Psiquiátrica.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, estabeleceu no Brasil um marco nas discussões sobre o modelo hospitalocêntrico vigente, a criação de mecanismos de reversão e o resgate da cidadania do doente mental. A realização desta Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal.<sup>6</sup>

De fato, as repercussões das discussões no mundo sobre novos modelos assistenciais associadas às discussões nacionais do papel do hospital psiquiátrico impulsionaram, nessa mesma época, a

# ARTIGO DE REVISÃO

por CÉSAR AUGUSTO TRINTA WEBER<sup>1</sup>

# ARTIGO

criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). O MNLA é uma articulação social, criada em 1987 (Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em 18/05/1987, no município de Bauru/São Paulo), e presente em todo território nacional. Baliza-se pelo fechamento de hospitais psiquiátricos no país, pela promoção de uma nova forma de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento psíquico. No calendário nacional brasileiro, o dia 18 de maio é a data comemorativa do MNLA.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992 - sob forte influência da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, em 1990, da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992 e em coesão com os eixos basilares da Reforma Sanitária Brasileira e as linhas reguladoras do SUS - foi o sítio de concentração dos debates entre os diversos setores sociais ligados à saúde mental, principalmente na urgência de uma reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil.

Essa CNSM empenhou-se em traduzir-se, no auge de um processo iniciado nos municípios, estados e no distrito federal, na matriz de princípios e diretrizes para a reformulação da atenção em saúde mental no Brasil. A apresentação do relatório final desta Conferência é a síntese das estratégias e táticas políticas construídas até então para a implantação de um novo modelo de assistência à saúde mental:

[...] O presente relatório reflete este momento de descobertas e consolida as propostas construídas ao longo de um processo vivido em cada recanto deste país, através da abertura de um amplo debate junto à população, da criação de novos serviços, da produção de conhecimento e de mudanças nas legislações nacional, estadual e municipal. O país vive, nesse momento, grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade prenunciada pela revisão constitucional de 1993, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social. O presente relatório espelha essa inquietação e frustração, através da reivindicação de garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis e nos estatutos. Ao mesmo tempo, reflete também a confiança da sociedade civil na possibilidade de realização de um novo projeto social, podendo tornar-se instrumento para o avanço e consolidação da reforma em saúde mental no país. [...] <sup>7</sup>

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei - PL nº 3.657/89 é finalmente votado. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do PL original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216<sup>8</sup> redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe so-

bre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.<sup>8</sup>

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, realizada após a aprovação da Lei 10.216/01, consolidou a Reforma da Assistência Psiquiátrica como política de governo, conferindo ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial.<sup>1</sup> Nesta Conferência, já através do seu título, o tema central das discussões estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, "Cuidar, sim. Excluir, não":

[...] Afirmativo de uma ética e de uma direção fundamental para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por outro lado, encontrava-se também vinculado a um tema local, presente no título, "Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social", indicativo de sua organicidade com a construção de um Sistema Único de Saúde - público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social [...] <sup>9</sup>

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) são dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial.<sup>10</sup> Para o Ministério da Saúde:

[...] um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção psicossocial (NAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a re-inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.<sup>10</sup>

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como "unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional".<sup>10</sup>

Estes, juntamente com os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), e outros tipos de serviços substitutivos que vem surgindo no país, são atualmente regulamentados pela Por-



taria GM/MS nº 336/02 e integram a rede assistencial, de natureza ambulatorial, do SUS. Os CAPS são classificados em tipos I, II, III, i (infância) e ad (álcool e drogas II), tendo especificações em termos de abrangência populacional, turnos de funcionamento e equipes.<sup>11</sup>

Pela importância que assumem no processo de transformação da assistência ao portador de doença mental, da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial, os CAPS serão descritos em suas características mais relevantes (Tipos, ações desenvolvidas, dias, horários de funcionamento e população mínima para implantação). Quanto ao profissional médico integrante desta modalidade assistencial, excetuando o CAPS I onde é possível o seu funcionamento com médico com “formação em saúde mental”, nos demais é necessário a presença do médico psiquiatra.

**CAPS I** - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

**CAPS II** - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.

Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

**CAPS III** - são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.

Municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana

**CAPSi** - são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.

Municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

**CAPS ad** - são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.

Municípios com população acima de 100.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

Os residenciais terapêuticos ou moradias assistidas são uma das modalidades terapêuticas substitutivas à internação manicomial preconizadas pela Reforma da Assistência Psiquiátrica em curso no País. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de: a) pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam vínculos familiares e sociais; b) moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS.

Essas moradias assistidas, entre as alternativas a internação hospitalar, ganham reforço com políticas de incentivo e auxílio financeiro como o Programa De Volta para Casa, criado pela Lei Nº 10.708<sup>12</sup>, de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, que tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica, com dois anos ou mais de internação.

É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, no valor atual de R\$ 320,00, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso a pessoa ainda não esteja em condições de se reintegrar completamente à sociedade.

Em síntese, a desospitalização pretendida com a reforma do modelo de assistência psiquiátrica não se resume aos Centros de Atenção Psicossocial ou Residenciais Terapêuticos, havendo alternativas assistenciais propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil e em funcionamento em diversos municípios do país, tais como: hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ambulatório de saúde mental, centros e núcleos de assistência psicossocial e, recentemente, as fazendas terapêuticas.

Em que pesem as controvérsias quanto aos resultados da Reforma da Assistência Psiquiátrica até o momento no país, vários autores e documentos oficiais chamam a atenção para a necessidade de uma melhor compreensão de como estão sendo avaliadas e quais são os resultados de algumas das medidas já em curso.

Para Costa<sup>13</sup> o desenrolar da Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira nos últimos anos fica evidente que, apesar de ainda incompletas quanto à consolidação das transformações já realizadas, as resoluções advindas desses eventos são pujantes e ainda

# ARTIGO DE REVISÃO

por CÉSAR AUGUSTO TRINTA WEBER<sup>1</sup>

# ARTIGO

mantém as características norteadoras dos rumos a serem empreendidos.

Sonenreich<sup>14</sup>, Gastal et al.<sup>1</sup>, tem o entendimento de que nos primeiros anos do século XXI, começam a serem percebidos os efeitos deletérios da redução dos leitos hospitalares e da insuficiente estruturação dos modelos alternativos. Surgem movimentos da sociedade civil a exigir a revisão da legislação de 92 e destacando a necessidade de reabertura de vagas e leitos especializados.

Valentim Gentil apud Earley<sup>15</sup> avalia que: "De fato, cerca de 10% do 'povo das ruas' está em estado psicótico [mais de 1.000, nas ruas de São Paulo], mas, ao contrário da solidariedade nos acidentes ou males súbitos de outra natureza, eles não recebem atenção. Muitos se encontram sem tratamento, com suas famílias desfavorecidas".

Gentil, ainda que de forma concisa, aborda os impactos da reforma psiquiátrica, especialmente quanto ao identificado por ele, a desassistência a que são submetidos os doentes mentais ao afirmar que:

Mesmo as pessoas com maior poder aquisitivo têm pouco acesso a tratamento efetivo. Não existem vagas suficientes sequer para internação de casos graves atendidos nos pronto-socorros. Esse é o resultado das políticas que fecharam 80% dos leitos psiquiátricos nos últimos 25 anos, sem substituição por alternativas eficazes. [...] Todos reconhecem a necessidade de hospitalização até que o paciente tenha condições de ser atendido na comunidade. Os 'Centros Comunitários de Saúde Mental' [os CMHC da era Kennedy, nos Estados Unidos] e os 'Centros de Atenção Psicossocial' [os CAPS do modelo basagliano, no Brasil] não são adequados para pessoas com transtornos graves ou comportamento violento. As unidades psiquiátricas em hospitais gerais são raras no Brasil e o número de leitos desse tipo está congelado há mais de 10 anos. O resultado só poderia ser a desassistência.<sup>15</sup>

O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou auditoria em 2004 para avaliar as ações de atenção à saúde mental gerenciada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental. Concluiu, entre outros aspectos, pela insuficiência da rede extra-hospitalar; dificuldade na capacitação dos recursos humanos; restrição de gastos dos municípios com pessoal em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal; problemas de logística na aquisição e fornecimento de medicamentos; estigmatização dos beneficiários pela sociedade; avaliação deficiente das ações pela ausência de indicadores no Plano Plurianual (PPA) e inexistência de informações necessárias para a gestão das ações de saúde mental nos sistemas do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>16</sup>

O documento Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil também avaliou os resultados da reforma, revelando, entre outros achados, que sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade.<sup>17</sup>

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde<sup>18</sup>, em dezembro/2009, informam que a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil produziu os seguintes resultados no que se refere à rede assistencial e as modalidades terapêuticas disponíveis para o acesso dos portadores de doença mental: 1.467 CAPS; 550 SRTs, contemplando 2.480 moradores; Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, que somam 382 iniciativas em todo o país; 2.573 leitos reservados a pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais; Em 2001, havia 52.962 leitos em hospitais psiquiátricos. Em 2009, foram reduzidos para 35.604; Em 2001, havia 246 hospitais psiquiátricos no Brasil, muitos de grande porte (com até mil leitos). Em 2008, o número de hospitais psiquiátricos havia sido reduzido para 205.

É importante apresentar e discutir alguns indicadores nacionais relativos ao número de leitos, internações, mortalidade e morbidade hospitalares com base nos dados fornecidos e disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>1</sup>, o que permite que tenhamos uma noção do panorama da realidade, nesses instantes da saúde mental no país.

É possível que no sistema público de saúde brasileiro existam doentes mentais desospitalizados que não tem a garantia, pelo Estado, de acesso à assistência e aos cuidados que a doença requer.

O número de leitos em hospitais psiquiátricos em 10 anos, durante o período de 1996 a 2005, foi reduzido em 44,88%, ou seja, os 76.343 leitos existentes, em 1996, caíram para 42.076 leitos, em 2005.<sup>19</sup>

No mesmo período, por conta desta redução no número de leitos, as internações hospitalares, na especialidade de psiquiatria, despencaram em 35,40%. As 413.662 internações efetuadas no ano de 1996, caíram para 267.256 internações, em 2005, representando uma diminuição de 146.406 internações, o que não é um fato a ser desconsiderado.<sup>19</sup>

Outro dado preocupante o aumento significativo da mortalidade de pacientes portadores de transtornos mentais e de comportamento - conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID - 1020, capítulo V -, na população geral.

Nesses 10 anos foi registrado um crescimento de 89,3% de mortes por essas doenças. Em 1996, no Brasil, morreram 7.703 pacientes com algum tipo de transtorno psiquiátrico. Este número



subiu para 8.931 óbitos, em 2005.<sup>19</sup>

Estudo recente constatou que o número de leitos em hospitais psiquiátricos, durante o período de 2002 a 2009, foi reduzido em 31,07%, ou seja, os 51.393 leitos existentes, em 2002, caíram para 35.426 leitos, em 2009.<sup>21</sup>

Visando confrontar tais dados com a realidade da assistência aos doentes mentais que se instalou no país após a implantação das novas políticas públicas representativas da reforma psiquiátrica, são apresentados os dados referentes à morbidade hospitalar com ênfase no número de óbitos por transtornos mentais e de comportamento. O número de óbitos de doentes mentais internados em hospitais psiquiátricos reduziu em 75,94%, no período de 1998 a 2007. Em 1998, morreram 1.511 pacientes que receberam algum tipo de tratamento médico em hospital psiquiátrico, enquanto que, em 2007, este número baixou para 1.134 mortes.<sup>19</sup>

Ainda com relação à qualidade dos serviços ambulatoriais produzidos pela Reforma do Modelo da Assistência Psiquiátrica, merece relevo o estudo inédito do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, divulgado no dia 23 de março de 2010, que revelou falhas importantes no funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, responsáveis pela assistência em saúde mental no Sistema Único de Saúde.<sup>21</sup> Entre outros resultados deste estudo destaca-se:

- 42% dos CAPS não contavam com retaguarda para internação psiquiátrica;
- 31,3% não tinham retaguarda para emergências psiquiátricas;
- 66,7% não disponibilizam atendimento médico clínico na unidade; dentre os 33,3% que realizam este tipo de atendimento, 25% o fazem de maneira sistemática e 8,3% apenas ocasionalmente;
- 25,3% não tinham retaguarda para emergências médicas clínicas;
- 69,4% dos CAPS avaliados fizeram referência à falta de profissionais. Em 50 CAPS não existiam médicos clínicos. Em dez CAPS álcool e droga e em nove CAPS infantil havia um único psiquiatra disponível;
- 16,7% não tinham responsável médico; mesmo entre os que tinham responsável médico, 66,2% dos serviços não possuíam registro no Cremesp, o que é obrigatório;
- 30% dos CAPS III (de maior complexidade) não acataram a legislação no que se refere à atenção contínua durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

- 20% dos prontuários médicos apresentaram pelo menos uma falha, como letra ilegível, falta de projeto terapêutico individualizado para o paciente, falta de controle laboratorial para os psicotrópicos utilizados e ausência de formalização de concordância, por parte do paciente ou responsável, com o tratamento utilizado;
- 27,4% dos CAPS não mantinham articulação com recursos comunitários para a reintegração profissional dos pacientes; 29,8% não mostraram integração com outros serviços da comunidade;
- 45,2% dos centros avaliados não realizavam capacitação das equipes de profissionais de saúde de atenção básica e 64,3% não faziam supervisão técnica para os membros dessas equipes.

A rede de assistência à saúde mental no Brasil, segundo os dados do ano de 2012 apresentados pelo Ministério da Saúde<sup>22</sup>, conta com 1.742 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 625 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) em funcionamento – 3.470 moradores; Beneficiários do Programa de Volta para Casa – 3.961 beneficiários; 32.284 leitos psiquiátricos SUS em hospitais, 860 ambulatorios, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social.

Especificamente com relação ao número de CAPs em funcionamento no Brasil, em 2012, observado os seus tipos e de acordo com a mesma fonte, a rede ambulatorial assim se apresenta: CAPs I, 822; CAPs II, 431; CAPs III, 63; CAPSi, 149; CAPs ad 272; CAPs ad III, 5, totalizando 1.742 centros ambulatoriais.<sup>22</sup>

Com relação ao número de internações hospitalares em psiquiatria, entre 2000-2010, os dados apresentam uma variação negativa na ordem de 36%, com a redução do número de internações hospitalares de 819.069, em 2000 para 523.596, em 2010.<sup>23</sup>

Quanto à mortalidade por transtornos mentais e comportamentais no mesmo período, este indicador apresenta variação positiva na ordem de 108%, com aumento de mortes de 6.139, em 2000 para 12.759, em 2010.<sup>24</sup>

Os dados apresentados - ainda que passíveis de contestação em função das subnotificações dos eventos em saúde, fato que compromete as informações disponíveis nos bancos de dados oficiais e de possíveis problemas metodológicos na aferição das ações, serviços, capacidade instalada e financiamento -, não desconsideram a realidade dos baixos índices de investimento no setor e a fragilidade de uma rede assistencial alternativa à internação hospitalar.

Ao contrário, estes dados convergem para algumas conclusões de pesquisas que constataram a escassez de leitos (segundo os cri-

# ARTIGO DE REVISÃO

por CÉSAR AUGUSTO TRINTA WEBER<sup>1</sup>

# ARTIGO

térios da OMS e do próprio Ministério da Saúde) tanto em hospitais especializados quanto em hospitais gerais; a inexpressividade da rede extra-hospitalar de assistência ao doente mental cuja implantação ainda não está concretizada de maneira igualitária; e o hipofinanciamento público para a atenção à saúde mental no Brasil, especialmente se comparado ao que investem outros países na América do Sul, América do Norte e Europa.<sup>25, 26, 21</sup>

## CONCLUSÕES

Deixando de lado o mérito das avaliações ou resultados da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil já divulgados, principalmente por não ser o objetivo deste artigo, é importante destacar que quando a doença mental requer que o seu portador tenha um tratamento especializado em um hospital, também especializado, ou seja, em um hospital psiquiátrico, estando presentes determinadas condições, a possibilidade de êxito desse atendimento fica ampliado.

O êxito no tratamento pode ser entendido, nos casos de doença mental (grave), de surto psicótico, por exemplo, como a adoção de um conjunto de medidas visando à redução do risco de morte, sobretudo, aquelas mortes decorrentes de ações do próprio doente contra si ou terceiros.

Das condições para um tratamento especializado, três delas necessitam ser obrigatoriamente atendidas. A primeira é a que se refere ao próprio hospital psiquiátrico. Este deve se encontrar com as suas portas abertas e em condições de prestar um atendimento de qualidade.

Cardoso e Galera<sup>27</sup> admitem que a internação psiquiátrica “por ser um procedimento importantíssimo na configuração da assistência e evolução das principais doenças psiquiátricas, continua sendo um recurso muito utilizado”.

A legislação brasileira em saúde mental também não desconhece que há situações clínicas em que a internação hospitalar se faz prudente, sobretudo, nos casos de maior gravidade, em que assume, inclusive, um caráter imperativo.<sup>28</sup>

A segunda diz respeito à disponibilidade de leitos. O número de leitos psiquiátricos deve ser suficiente para atender a população. O fato de existir uma política de desospitalização em curso, esta não deve significar, mesmo que possa parecer um contrassenso, que leitos psiquiátricos sejam desnecessários em quantitativos compatíveis com o perfil epidemiológico da população, como uma entre as várias alternativas terapêuticas que uma rede de atenção ao doente mental deveria oferecer.<sup>29</sup>

A terceira destina-se ao acesso pelo paciente ao leito, que deve ser obtido sem maiores esforços.

Não resta dúvida que o tratamento da doença mental, mesmo que na presença de um quadro clínico que requeira a internação hospitalar - seja ela em hospitais gerais ou psiquiátricos -, constitui-se em um tema cuja discussão encontra-se aberta e inacabada.

Frente a essa questão, Botega<sup>29</sup> chama a atenção para o fato de que tal polêmica tem sido marcada por posturas políticas e doutrinárias conflitantes, o que torna o debate mais complexo do que uma simples adesão a opções técnicas diferentes.

De acordo com Weber<sup>30</sup>, para o alcance das medidas que visam a melhoria da atenção à saúde mental, é determinante que as políticas públicas de desospitalização e desinstitucionalização, sugeridas pela Reforma da Assistência Psiquiátrica, sejam acompanhadas de financiamento adequado às necessidades de infraestrutura, expansão e cobertura da rede ambulatorial, o que não vem acontecendo no Brasil<sup>26, 31, 32</sup>, em que pesem algumas exceções que confirmam a regra.

*Correspondência*

*César Augusto Trinta Weber*

*Avenida Ecoville, 190, casa 07. Bairro Sarandi.*

*CEP: 91150-400.*

*Porto Alegre/RS.*

*(51) 30 76 60 07.*

*trintaweber@hotmail.com*

*O autor declara inexistência de conflitos de interesses.*



## Referências

- 1. GASTAL, Fábio Leite et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2007.
- 2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 3. WEBER, César Augusto Trinta. Programa de Saúde da Família: educação e controle da população. Porto Alegre: AGE, 2006.
- 4. DIAS, M. T.G. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. [Tese de Doutorado]. PUCRS: Porto Alegre, 2007, 292 f.
- 5. YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. (Tese) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006, 208 p.
- 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- 8. BRASIL. Lei Federal nº 10.216/01 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.
- 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336/02 - Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.
- 12. BRASIL. Lei Federal nº 10.708/03 - Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
- 13. COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura. Brasília: Universidade de Brasília/FIOCRUZ, 2002.
- 14. SONENREICH, C. Comentários em relação à entrevista do Prof. Valentim Gentil Filho. *Temas*. 2005; 35(68/69):126–34.
- 15. EARLEY, Pete. Loucura: A busca de um pai no insano sistema de saúde. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 16. BRASIL. Tribunal de Contas da União. Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União; Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. 40p.
- 17. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29814&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29814&janela=1) Acesso em 11/04/2010.
- 19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> Acesso em 11/04/2010.
- 20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID -10. Tradução Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 2ª d, 10ª Revisão. São Paulo, Editora da USP, 1997.
- 21. CREMESP. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordena-



# ARTIGO DE REVISÃO

por CÉSAR AUGUSTO TRINTA WEBER<sup>1</sup>

# ARTIGO

ção Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. 104 p. Disponível em [http://www.cremesp.org.br/pdfs/livro\\_caps.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf)

- 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Acesso em 30/03/2012.
- 23. Internações Hospitalares do SUS – Por Local de Internação – Brasil (Por Ano de Competência; Especialidade Psiquiatria). Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxuf.def>>. Acesso em: 31/07/2012.
- 24. Óbito por Ocorrência por Ano de Óbito Segundo Capítulo CID-10. Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 31/07/2012.
- 25. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro, s/n, 2006, pdf 48p. Disponível em [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf). Acesso em 24 de agosto de 2010.
- 26. ANDREOLI, Sérgio Baxter; ALMEIDA-FILHO, Namar; MARTIN, Denise; MATEUS, Mário Dinis M. L.; MARI, Jair de Jesus. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health buget? The case of Brazil. Rev. Brás. Psiquiatria; 29 (1): 43-46, mar, 2007.
- 27. CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Rev. esc. enferm. USP; 45(1): Mar. 2011.
- 28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 29. BOTEAGA, Neury José, editor. Prática Psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
- 30. WEBER, Cesar Augusto Trinta. Residenciais Terapêuticos, o dilema da inclusão social de doentes mentais desospitalizados. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

- 31. FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro; 11(3) set. 2006.
- 32. ZAPPITELLI, Marcelo C.; GONÇALVES, Eliana C.; MOSCA, Ionira. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. Rev. adm. saúde; 8(31):71-78, abr.-jun. 2006.