

Integralidade nas Políticas de Saúde Mental

Domingos Sávio Alves

Abordaremos a integralidade no contexto do que chamamos de “os novos paradigmas da atenção em saúde mental”. Ao discutir a integralidade, levando em conta o referencial acima delineado, vamos trabalhar a natureza do cuidar e duas questões que obrigatoriamente compõem essa natureza: oferta/seleção e inclusão/exclusão.

Iniciaremos exemplificando a prática usual a ser superada, pois nela a seleção é o critério básico da oferta de programas: até há pouco tempo, para ser atendido no Instituto dos Cegos, qualquer outra incapacidade adicional (por exemplo, ser portador de deficiência auditiva ou ser paraplégico) era impeditivo de inclusão nos programas daquela instituição, pois para eles existem o Instituto de Surdos e a ABBR. Se o paciente é psicótico e, além disso, está em cadeira de rodas, conseqüentemente não tem possibilidade de acompanhar os diversos programas existentes nos ambulatorios – em geral estes têm escadas ou não têm banheiros adaptados, pois, afinal, é um serviço para psicóticos. Ou seja, a presença de várias deficiências ou desvantagens torna o cliente não selecionável para o “programa” e ainda hoje o critério de exclusão é o hegemônico, pois a premissa de política pública aplicada durante várias décadas somente leva em conta “um” problema.

Essas práticas têm como base a forte determinação nosológica ou taxonômica das intervenções em saúde, sobretudo a partir da influência norte-americana na formação dos profissionais de saúde, o chamado modelo flexneriano, implantado a partir dos anos 40 do século passado. Portanto, seleção e exclusão caminham juntas.

No final da década de 80 e início de 90, nós trabalhamos com outros paradigmas relacionados com atenção aos portadores de transtornos mentais, substituindo intencionalmente a palavra “tratar”, que sempre pressupõe uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, termo mais adequado que incorpora vários “problemas” a serem superados, negando, a princípio, critérios habituais de seleção e/ou exclusão. A integralidade, portanto, lida necessariamente com os seguintes conceitos: inclusão, exclusão, seleção e cobertura.

A saúde mental é o primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Quando falarmos das experiências inovadoras, esses dois conceitos estarão juntos. Para entendermos como chegamos até este ponto, colocaremos uma sistematização, menos preocupados com o rigor científico, mas com elementos conceituais e práticos que determinaram uma ou outra organização dos serviços e suas conseqüentes formas de intervenção:

Assistência Psiquiátrica – Modelos de Atenção

<i>Período</i>	<i>Pressupostos</i>	<i>Serviço</i>
<i>Até os anos 70</i>	Preventivismo Especialização	Simplificado Hospícios
<i>Anos 70 – 80</i>	Especialização	Hospícios ou AMB
<i>Anos 80 – 90</i>	Setorização Racionalidade Regionalização Hierarquização Intensidade	Especializados Porta de entrada Rede serviços regionais Referência / contra-referência
<i>Anos 90</i>	Território Diversificação Complexidade	Responsáveis regionais Único / integral Rede social

Por essa sistematização, observa-se que as premissas às quais nos referimos, tais como seleção e conseqüente exclusão, permeiam as políticas para a área de saúde mental, desde a incorporação da loucura como objeto da medicina, ocorrida no século XVIII, até o início dos anos 90. Vejam como as palavras de ordem são: especialização, racionalidade, hierarquização dos problemas, intensidade.

A partir da década de 90, já sob forte influência dos postulados da Psiquiatria Democrática italiana e de sua então estimulante experiência de substituição dos hospitais psiquiátricos, outros pressupostos definem as políticas: noção de responsabilidade territorial / regional e oferta diversificada de programas, entendendo que os problemas são complexos e "diversos". Tornaram-se assim ultrapassadas, em tese, as premissas de seleção e exclusão.

Para entender melhor a necessidade dessa ruptura, levada a cabo inicialmente na já referida exitosa experiência italiana, deve-se mencionar, mesmo que de maneira superficial e sucinta, o surgimento da Psiquiatria enquanto especialidade da medicina. Como já foi dito, deu-se no século XVIII, no auge do Positivismo e da influência da recente identificação da bactéria por Pasteur.

Jean Tenon, influente teórico das Humanidades, onde se incluía a Medicina de então, aplicou aos portadores de transtornos mentais a mesma máxima aplicada às bactérias: "é preciso isolar para conhecer e conhecer para intervir". Estava fundado o hospício e com ele a Psiquiatria.

As diversas iniciativas, a partir do pós-guerra, no Ocidente, de substituir ou diminuir o papel do hospital psiquiátrico, passaram pela Antipsiquiatria, pelo preventivismo, pelas comunidades terapêuticas e finalmente pelos pressupostos da reforma italiana, que sinteticamente poderiam ser assim colocados: a incapacidade da Psiquiatria, enquanto campo do conhecimento, de dar conta isoladamente, da questão da loucura; da inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo da intervenção técnica e o direito dos portadores de transtornos mentais de terem cidadania reconhecida (opinar no tratamento, negar-se a procedimentos violentos e administrar seu destino).

Esse novo paradigma configurou as políticas de saúde mental de vários países ocidentais a partir da década de 80, e na América do Sul exerceu forte influência, manifestada na Conferência Regional para Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente, patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde e realizada em Caracas, em novembro de 1990.

O seu produto mais conhecido e importante foi a Declaração de Caracas, uma conclamação aos governos e demais atores do campo da saúde mental a promoverem radicais mudanças na assistência, condenando o papel segregador e iatrogênico do modelo tradicional de tratamento, denunciando os freqüentes martírios no interior dos hospícios e as legislações incompatíveis com o grau de avanço das conquistas de várias minorias no campo do Direito Civil.

Essas recomendações da OPAS tiveram conseqüência em diversos países, dentre eles o Brasil, que além de já vir passando por recentes experiências inovadoras, teve novo ordenamento jurídico do setor saúde, a partir de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde.

E onde entra a questão da integralidade? Entram aqui questões de natureza ideológica e de natureza técnica. A primeira diz respeito à condenação da segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio, e a segunda, ao negar o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício.

A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determinam um olhar “integral” da situação. A pergunta que se segue é: que modelo adotar para atender à integralidade?

Temos acompanhado a formulação proposta por Benedetto Saraceno, diretor do Departamento de Saúde Mental da OMS, segundo a qual ele insiste na necessidade de se superar a idéia de modelos e trabalhar com premissas. A que melhor define a qualidade de um programa ou projeto em saúde mental é a decorrente do conceito de acessibilidade, que ele assim sistematiza:

	Geografia local; fluxo viário; barreiras físicas ou outras
ACESSIBILIDADE	Turnos de funcionamento serviço único ou integrado
	Menu de programas assistência; reinserção; lazer; hospitalidade; trabalho

A integralidade está implícita nos três indicadores propostos por ele, com destaque no menu de programas, onde assistência é apenas um dos itens obrigatórios de qualquer proposta abrangente, cidadã e ética.

Desde 1991, os regulamentos da Política Nacional de Saúde Mental – Portarias n. 189/91 e 224/92 – definem claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política e, mais recentemente, a Lei Federal que reorienta a assistência psiquiátrica – n. 10.216, de 06/04/2001, em seu artigo 4º, §2º – determina que: “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros”.

Um exemplo bem claro do que entendemos como integralidade é o que acontece no Projeto de Volta à Cidadania, compartilhado entre o Instituto Franco Basaglia e a Funlar, órgão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro. São 34 crianças portadoras de graves deficiências físicas e mentais, com graus variados de dependência de cuidados, morando em três casas no Grajaú e que participam de oficinas na Funlar, em Vila Isabel, ou em outras instituições; freqüentam ambientes com atividades recreativas, culturais e/ou esportivas na Mangueira; algumas estudam e outras não. Estão matriculadas em escolas comuns, pois não as colocamos em escola especial. Para nós, “especial” é a criança; não consideramos a escola especial, em princípio, como lugar adequado para qualquer tipo de pessoa. A escola normal é que deverá criar uma atividade especial. Se valorizarmos a opção pela “escola especial”, vamos ter escola para todo tipo de problema (mais detalhes nas Sugestões de Bibliografia).

Consideramos componentes indissociáveis da integralidade: a intersetorialidade e a diversificação. Se nos propusemos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente.

Por isso, o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico têm sido os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de serviços comunitários de saúde mental, que por e para serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade, e portanto, de qualidade, sugeridos por Saraceno. Se estes são comunitários, se inserem em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as “crises” devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social.

A diversificação de programas é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com um menu variado e diversificado de possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção.

Aqui os maiores problemas são, além da forte influência do modelo tradicional de cuidado, a grande dificuldade dos profissionais para renunciarem a “um” papel específico – afinal são especialistas, e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil.

As principais estratégias para superar esse desafio têm sido a disseminação de cursos de especialização em saúde mental, tentando suprir aquilo que não se aprende comumente na graduação e nas pós-graduações de formato clássico, além da supervisão permanente e sistematizada nos serviços comunitários de saúde mental, locais privilegiados para incorporação de um conhecimento de fato “coletivo”.

O que temos de novo e de mais radical, não especificamente na saúde mental, mas no campo das políticas públicas de saúde, é a implantação do Programa de Saúde da Família. Por isso a referência, em nossa sistematização dos períodos e respectivos modelos de atenção à “Inversão de Modelo” e “Ausência de Serviços”, à tendência imaginada para este século. De fato, propõe-se aquilo que desde o final da década de 80 era consenso entre os sanitaristas a mudança da lógica do modelo assistencial, do coletivo para o individual.

Não podemos cair na tentação de considerar que os problemas agora equacionados, do ponto de vista da saúde pública – pois apesar de ser um modelo defensável, justo socialmente, dirigido aos mais carentes e de financiamento decente, tanto no que se refere aos insumos, como farmácia básica, quanto à valorização profissional – devem ser entendidos como estratégia de reorganização da assistência.

Qualquer simplificação em relação a este Programa, uma expectativa demasiado otimista, ou sua cristalização como modelo e não como estratégia, pode levá-lo a um retumbante, caro e frustrante fracasso. Seria também ingênuo apegar-se à terminologia do Programa, pois há que se lembrar sempre que essa “família” nem sempre existe, ou, quando existe, seu núcleo pode estar esfacelado, mas isto deve ser compreendido e não pode se constituir em empecilho, mas em desafio a ser superado. Os resultados das experiências mais duradouras do PSF – mais de dois anos – já são visíveis, mudando para melhor vários indicadores sanitários (ver Sugestões de Bibliografia).

No campo da saúde mental, alguns sanitaristas e especialistas ainda divergem quanto à pertinência e eficácia do Programa. O consenso dificilmente será atingido, mas há um significativo avanço de sua compreensão enquanto estratégia, e que, para a área de saúde mental não há nenhuma contradição com os postulados, hoje hegemônicos, entre os formuladores da política da Reforma Psiquiátrica. No PSF estão contempladas, de forma quase insuperável, pois inerentes a ele, a integralidade e a noção do problema enquanto conjunto, aí incluídos o indivíduo, sua família e seu meio social. Então, onde estão as divergências?

Aqui temos dois tipos de problema: o primeiro, e mais importante, diz respeito ao formato como se organiza o PSF: tende a repetir o já tradicional modelo médico biológico, com uma hierarquia na relação de conhecimento e “mando” tão nefasta à prática da saúde pública. E, no campo da saúde mental, a superação dessa prática é conquista relativamente recente e nos é muito cara, pois compartilhar saberes, renunciar ao mandato médico, naquilo que ele tem de pior, e trabalhar de fato em “equipe multiprofissional”, tem sido a marca do cuidar nos serviços comunitários de saúde mental. Portanto, não é propriamente uma divergência, mas uma desconfiança legítima.

Pensamos que é uma questão superável: haverá PSFs e PSFs e, em alguns, prevalecerá, de fato, o modelo tradicional, hierárquico e biológico. O Programa, no entanto, é, como concebido e formulado pelo Ministério da Saúde e vivido nos diversos municípios, uma estratégia de agregação de conhecimentos. Além disso supõe, para seu sucesso, que tenha um olhar “integral” do problema, do contrário não faria sentido ser local, territorial e portanto, comunitário.

Um segundo problema tem sido levantado e nos parece, salvo grande engano, irrelevante: a possibilidade de se criar uma demanda impossível de ser atendida, pois ao se entrar “nas famílias”, problemas psicológicos de toda ordem serão encontrados, e do ponto de vista ético, deverão ser atendidos.

Inicialmente, este não tem sido o relato da maioria das experiências em curso (ver Sugestões de Bibliografia) e, por outro, há diversas formas de se lidar com os chamados “problemas menores”, pois o conhecimento da Psicanálise, da Farmacologia e de outro instrumental não quer dizer que somente estes possam e devam ser usados. Há que se ter grande cuidado para não se psicologizar o cotidiano, tentação que vem sendo vencida nos últimos anos.

Cabe novamente uma sugestão de Benedetto Saraceno: ao se organizar um programa de saúde pública, há que se priorizar recursos, na lógica, de que “quem mais precisa é quem deve receber primeiro”. Isto quer dizer que a avaliação dos problemas tem que ser feita a todo momento, mas que alguns eventos devem merecer, por sua gravidade e custos social e financeiro, prioridade. Cita, nesta ordem: psicoses, dependência química, grave dependência institucional e deficiência mental.

Está então colocado para nós um bom desafio: nos incorporarmos ao PSF, valendo-nos do que ele tem de inovador e reorganizador da assistência e contaminá-lo com nossa prática exitosa de compartilhar saberes e olhar os problemas no conjunto, para cuidar de forma integral.

Sugestões de Bibliografia:

1 - *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Editora Hucitec, organizado pela professora Ana Pitta, da USP, 1996. Contém o relato de várias experiências nos diversos estados do país. O livro foi resultado de um seminário realizado em São Paulo em 1995. Naquela época tínhamos cerca de 60 serviços comunitários, que hoje somam mais de 260.

2 - *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. A primeira edição é de 1994, a segunda é de 1998. Organizado pelo professor Paulo Amarante, da ENSP. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

3 - *O Campo da Atenção Psicossocial*. Reúne vários artigos do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, realizado em 1996. Editado por Te Corá e Instituto Franco Basaglia, organizado pelos professores da UFRJ Pedro Gabriel Delgado, Ana Venancio e Erotildes Leal.

4 - *Libertando Identidades*. Benedetto Saraceno, atual Diretor do Departamento de Saúde Mental da OMS. 1ª edição em 1999 e a 2ª em 2001. Editora Te Corá e Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro.

5 - *De Volta à Cidadania*. Editora Te Corá e Instituto Franco Basaglia. O livro relata uma experiência singular no Brasil. Em 1998, o Juiz da 1ª Vara da Infância e da Adolescência do Rio de Janeiro determinou o fechamento de um depósito de crianças no bairro da Usina, chamado Instituto Educacional Deolindo Couto. O Instituto tinha 54 crianças vivendo em condições muito precárias. A Prefeitura, através da Funlar, convidou o Instituto Franco Basaglia para compartilhar este programa e nós formulamos o Programa de Volta à Cidadania, cuja base é a seguinte: todas as famílias que queriam receber as crianças iriam ter o apoio da Funlar, que é o braço operacional da Secretaria de Desenvolvimento Social. A família receberia cesta básica, visitas domiciliares e ajuda de R\$ 360,00 mensais. Começamos assim o programa conseguindo colocar 14 crianças nas suas famílias; elas têm visitas semanais da equipe do programa. As outras 30 crianças foram morar em casas alugadas no Grajaú.

6 - *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 21. Rio de Janeiro, dezembro de 2000. Publicação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) sobre o Programa de Saúde da Família, com relatos de experiências de diversos municípios. Destaque para o relato “Uma Lição de Vida”.

7 - Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde. 20 a 22 de março de 2001 (mimeo). Documento final da referida Oficina, da qual participaram vários gestores estaduais, municipais e formuladores de políticas públicas.

8 - Apresentação do Programa de Saúde Mental do Projeto Qualis / PSF. São Paulo, 1998 (mimeo). Autoria de Antonio Lancetti, Coordenador do Programa. Expõe as premissas e diretrizes da inclusão das ações de saúde mental no referido projeto, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

9 - Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde. Série *Legislação em Saúde*, n. 4. Brasília – DF. Conjunto de Leis Estaduais, Decretos, Deliberações e Portarias que, nos últimos dez anos, regulamentaram a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Está na 2ª edição e pode ser acessada no endereço: www.saude.gov.br/biblioteca/textointegral.

10 - Lei n. 10.216, de 06/04/01. Publicada no D.O.U. de 09/04/01. É a Lei Federal que regulamenta a mudança do modelo assistencial, baseada no projeto original do Deputado Paulo Delgado, apresentado na Câmara Federal em 1989.

11 - Saúde Mental e Saúde da Família. Coleção *Saúde & Loucura*, n. 7. De Antonio Lancetti. Editora Hucitec, São Paulo. Apesar de ter sido lançada no início de 2001, a primeira edição já está esgotada. Leitura obrigatória, com relato de várias estratégias de saúde mental no PSF.