

Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde

Alfredo Schechtman¹
Domingos Sávio do N. Alves¹
Rosane Correia e Silva¹

A assistência em saúde mental no Brasil foi, durante cento e cinquenta anos, praticamente sinônimo de assistência prestada em hospitais psiquiátricos.

Da precariedade dessa assistência temos testemunhos e críticas desde o século passado, bastando lembrar Machado de Assis (“O Alienista”) e Lima Barreto (“Cemitério de Vivos”), bem como autores médicos que apontavam nessa direção, ainda que para ressaltar a premência de receberem maior autonomia de gestão (Teixeira Brandão e Juliano Moreira).

Após a 2ª guerra mundial, no bojo da redemocratização européia, os hospitais psiquiátricos são alvo de crítica, caracterizados como instituições totais, destacando-se o trabalho institucional de Tosquelles e Oury na França e Jones na Grã-Bretanha, com a introdução das comunidades terapêuticas.

No Brasil, a partir da década de 60, desenvolvem-se as experiências de comunidade terapêutica (fortemente marcada pela influência crescente da psicanálise entre nós), veiculando uma crítica ao modelo hospitalar de cunho asilar, mas sem deixarem de ser projetos-piloto, de limitado alcance na reformulação mais ampla do modelo assistencial.

A partir da década de 70, com a unificação dos diversos institutos previdenciários no então INPS, amplia-se a assistência hospitalar psiquiátrica calcada no modelo de contratação de serviços, propiciando uma enorme expansão da rede hospitalar privada. Assim, para um tratamento de resultados mais do que questionáveis, os gastos em assistência psiquiátrica tornaram-se bastante elevados, constituindo-se nos últimos dez anos em uma das três maiores despesas com internação do sistema de saúde.

Este modelo centrado no hospital tinha e tem um custo social elevado, com todas as decorrências, já

apontadas por diversas críticas, dos efeitos estigmatizadores e cronificadores da internação psiquiátrica.

Na década de 80, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde empreende um movimento de humanização dos hospitais próprios (Pinel, C. Juliano Moreira e CPPII), ao tempo em que o INAMPS, responsável então pelo controle do setor privado contratado, propunha medidas racionalizadoras, através do CONASP, com o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. Várias secretarias estaduais incorporam-se a estas iniciativas e implantam programas de expansão da rede ambulatorial pública.

No plano internacional, em novembro de 1990, realiza-se a Conferência de Caracas, sob patrocínio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), de que resulta a “Declaração de Caracas”, da qual o Brasil é um dos países signatários, que conclama todos os governos a promover mudanças na atenção aos doentes mentais, reduzindo o peso do hospital psiquiátrico, humanizando o tratamento e realçando os direitos dos pacientes psiquiátricos.

Nesse contexto, embora críticas ao modelo de assistência não fossem novidade, tendo sido encampadas ao nível do discurso oficial a mais de dez anos, o processo de reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, como iniciativa do Ministério da Saúde, inicia-se a partir de 1991.

Tal ação só se torna possível como decorrência dos avanços alcançados pelos movimentos mais amplos e gerais de reforma sanitária, que culminam, no âmbito da legislação, com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990, e, no plano institucional, com a unificação do INAMPS ao Ministério da Saúde e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

(1) Médicos, Mestres em Medicina Social pelo IMS/UERJ.

Assim, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, publica várias portarias (189/91, 224/92, 407/92, 408/92 e 88/93) alterando o financiamento das ações de saúde mental e, sobretudo, estabelecendo regras para o funcionamento dos serviços psiquiátricos mantidos com recursos públicos.

A título de exemplificação, destacamos duas destas portarias: a primeira, 189/91, mudando as regras de financiamento, colocando nas tabelas dos Sistemas de Internação Hospitalar e Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde a remuneração de procedimentos tais como: hospital-dia, núcleos e centros de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas, atendimento em grupo e visita domiciliar.

A segunda portaria destacada, 407/92, inicia o processo de exigência de humanização dos hospitais psiquiátricos, dimensionando equipe terapêutica mínima, proibindo celas fortes e violação de correspondência dos pacientes internados.

Ao mesmo tempo em que se buscava compatibilizar o valor da remuneração dos procedimentos com a qualidade ofertada, procurava-se ampliar o campo de assistência para o plano extra-hospitalar.

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem procurado atuar em diversos foros coletivos, constituindo um colegiado de coordenadores estaduais de saúde mental e um grupo de trabalho (GT 321) de revisão das Tabelas de Procedimentos.

Todo este processo tem sido pactuado, através do debate mais intenso possível, com os setores sociais interessados. Prova disso foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, reunindo mais de mil pessoas em Brasília, após as etapas municipais e estaduais, e a criação, por indicação desta Conferência, da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, que se reúne a partir do ano de 1994, na condição de Câmara Técnica do Conselho Nacional de Saúde.

Com a finalidade de avaliar continuamente a assistência hospitalar é constituído um grupo de supervisores, ao nível federal, com o objetivo de acompanhar o processo de acreditação dos hospitais

que se habilitavam a passar para níveis de melhor remuneração, aos quais deveria corresponder uma melhor assistência prestada.

Nessa perspectiva, em abril de 1994, extinguiu-se o procedimento Psiquiatria I, sendo fechados aqueles hospitais sem o mínimo de condições pactuadas para a devida reclassificação, e, em julho de 1995, deverá ser extinto o procedimento Psiquiatria III, atingindo aqueles hospitais que não alcançaram o patamar definido pelas sucessivas portarias ministeriais reguladoras da matéria.

Em decorrência desse processo, o número de hospitais psiquiátricos no Brasil reduziu-se de 313 (1991) para 280 (1995), enquanto o número de leitos especializados caía de 86 para 72 mil no mesmo período.

Paralelo a este processo de controle da assistência hospitalar, e de modo a que de fato tenhamos substituição do modelo e não desassistência, inicia-se o processo de expansão da assistência extra-hospitalar. De 3 NAPS e CAPS em 1991, temos hoje 124 financiados pelo SUS e cerca de 2.000 leitos em hospital geral.

Além desse processo contínuo de acompanhamento da situação da assistência hospitalar, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde encampou proposta da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica de um plano de investimento para instalação de CAPS/NAPS, em análise no Conselho Nacional de Saúde, que propõe a implantação de 400 novos serviços extra-hospitalares no próximo quadriênio em todo o país; implantando-se paralelamente o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que pretende a reinserção social da chamada clientela cativa dos hospitais psiquiátricos (pacientes com longos tempos de internação), propiciando ao mesmo tempo a instituição e/ou consolidação de serviços municipais de saúde mental no país.

Por fim, cabe lembrar que, para que o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica seja bem sucedido, é de fundamental importância a capacitação de pessoal em novos moldes e em larga escala, de modo a que tenhamos uma assistência em saúde mental condigna com a contemporaneidade.

Brasília, abril de 1995