

Princípios que deveriam nortear as políticas de saúde mental em países de baixa e média rendas

Principles that should guide mental health policies in low- and middle-income countries

É bem conhecido o fato de que cerca de um quarto da população mundial desenvolverá algum tipo de transtorno mental durante a vida. A doença mental é um componente importante na carga total mundial de doenças, sendo responsável por 12% a 18% do montante total, de acordo com o nível de desenvolvimento das regiões geográficas globais. Mudanças demográficas em curso, tais como a crescente longevidade, estão associadas a um crescente peso das doenças mentais. Também está bem documentado que os serviços de saúde mental têm sido insuficientes para atender às necessidades atuais, o que resulta em uma defasagem no tratamento na maioria dos países com baixa e média renda (PBMRs)¹. Os PBMRs possuem as taxas mais altas de suicídio e 2,1% da mortalidade global é atribuída diretamente aos transtornos neuropsiquiátricos. Os problemas de saúde mental constituem uma carga substancial para os indivíduos dos PBMRs e suas famílias, afetando as expectativas de vida dos pacientes e a qualidade de vida deles e de suas famílias. Portanto, é primordial expandir os serviços de saúde mental de boa qualidade nesses países².

A questão central é: quais valores e direitos humanos fundamentais devem influenciar as decisões relacionadas às políticas para os serviços de atenção à saúde mental? Um princípio nuclear que ampara a atenção à saúde mental orientada para a comunidade é a noção de que as pessoas devem ter igual acesso aos serviços em sua própria localidade e no “ambiente menos restritivo”. Ao mesmo tempo, é importante salvaguardar a autodeterminação e a autonomia das pessoas com transtornos mentais como pessoas e como cidadãs.

Esses princípios foram ratificados pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (CNUDPD) e mais especificamente pelos Princípios das Nações Unidas para a Proteção das Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental, definidos em 1991. Esses documentos internacionais especificam três pontos importantes que devem ser levados em consideração: 1) o direito da pessoa de ser tratada sem discriminação; 2) a presunção da capacidade legal, a menos que a incapacidade possa ser claramente provada, e 3) a necessidade de se envolver usuários e familiares no desenvolvimento de políticas que afetem diretamente suas vidas³.

As alterações nas políticas de saúde mental, com algumas inconsistências reconhecidas entre e nos países, podem ser divididas em três períodos: 1) a ascensão do asilo, entre cerca de 1880 a 1955; 2) o declínio do asilo e a desinstitucionalização após o final da Segunda Guerra Mundial; e 3) a reforma dos serviços de saúde mental de

acordo com um enfoque baseado em evidências, equilibrando e integrando elementos tanto de serviços comunitários quanto de serviços hospitalares. A integração dos serviços comunitários e hospitalares é considerada como um “modelo de assistência equilibrada”, na qual a maioria dos serviços é fornecida em ambientes comunitários próximos às populações servidas, com reduzidas estadias hospitalares, usualmente em enfermarias para casos agudos em hospitais gerais. Em PBMRs que possuem a possibilidade de contemplar serviços de saúde mental em serviços de atenção primária à saúde, cinco categorias de recursos podem ser organizadas para o desenvolvimento de serviços de atenção à saúde mental: 1) clínicas ambulatoriais; 2) equipes comunitárias de atenção à saúde mental; 3) serviços de hospitalização aguda; 4) atenção residencial baseada na comunidade; e 5) serviços laborais, ocupacionais e de reabilitação. A atenção fornecida na comunidade deve ser caracterizada pelas seguintes hipóteses: 1) foco em necessidades de saúde pública, por exemplo, prioridade para tratar transtornos mentais graves; 2) desenvolvimento de serviços locais e acessíveis; 3) engajamento de usuários e de suas famílias no planejamento e provimento de serviços de atenção em saúde mental; 4) promoção de autoajuda e de habilitação para indivíduos e famílias; 5) promoção de um ambiente para assistência mútua e/ou apoio pelos pares para usuários de serviços; 6) desenvolvimento de opções de atenção escalonadas para encaminhamento para especialistas e/ou hospitalização, se necessário; 7) fornecimento de supervisão e de suporte de retaguarda por serviços de saúde mental especializados; 8) vínculo com organizações não governamentais (ONGs), particularmente aquelas envolvidas na reabilitação; e 9) arranjos para que o sistema trabalhe de uma forma referencial e contrarreferencial dentro de uma área geográfica específica.

A Associação Psiquiátrica Mundial (WPA), sob a direção do Prof. Mario Maj, nomeou uma Força-Tarefa da WPA, liderada por um dos autores (GT), para produzir diretrizes autorizadas sobre as etapas, obstáculos e erros que devem ser evitados na implementação de serviços de saúde mental baseados na comunidade⁴. O relatório apresentado por essa força-tarefa levantou vários erros principais a serem evitados no desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade. Primeiro, não há planejamento de saúde mental sem uma forte participação de psiquiatras no processo de mudança, juntamente com todos os que estão envolvidos no projeto. Segundo, o planejamento deve ser realizado em uma sucessão racional de eventos, a fim de evitar o fechamento de leitos

hospitalares antes do estabelecimento de um sólido serviço com base na comunidade. Nenhum sistema de saúde mental pode funcionar sem uma provisão de leitos hospitalares agudos suficientes para amparar as pessoas em crise. Por fim, outro erro comum é o de vincular a reforma a um interesse político particular, o que pode expor as realizações de uma dada reforma a questões de sucessão política.

Concluindo, os princípios centrais para orientar as políticas de saúde mental nos PBMR devem se basear nas necessidades de saúde pública⁵, levar em consideração a proteção dos direitos humanos como ratificado pelas convenções da Organização das Nações Unidas, e devem ser designados com base em sistemas de saúde eficazes em termos de custos e baseados em evidências. Há muitas lições a serem aprendidas das experiências positivas e negativas prévias. É agora o momento em que os profissionais de saúde se reúnam e cheguem a um consenso para defender serviços de saúde mental de boa qualidade

para prover assistência aos muitos milhões de pessoas não atendidas que vivem em PBMRs.

Jair de Jesus Mari

Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil
Serviços de Saúde e Departamento de Estudos da População, Instituto de Psiquiatria, King's College London, Londres, Reino Unido

Graham Thornicroft

Serviços de Saúde e Departamento de Estudos da População, Instituto de Psiquiatria, King's College London, Londres, Reino Unido

Financiamento e conflito de interesse

| Membro do grupo de autores | Local de trabalho | Verba de pesquisa ¹ | Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ² | Honorários de palestrantes | Participação acionária | Consultor/ conselho consultivo | Outro ³ |
|----------------------------|-----------------------|--|---|--|------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Jair de Jesus Mari | UNIFESP | FAPESP** CNPq** | - | AstraZeneca* Eli-Lilly* Janssen* | - | - | - |
| Graham Thornicroft | King's College London | Big Lottery Comic Relief ESRC European Commission Guy's & St. Thomas' Charity Lundbeck Institute Medical Research Council NIH NIHR Scottish Executive South London & Maudsley Charity Wellcome Trust WPA | - | - | - | - | - |

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: Universidade de São Paulo; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; ESRC = Economic and Social Research Council; NIH = National Institute for Health; NIHR = National Institute for Health Research; WPA = World Psychiatric Association.

Mais informações, consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.
- Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet.* 2007;370(9592):1061-77.
- United Nations. *UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care.* Adopted by UN General Assembly Resolution 46/119 of 18 February 1992. New York: United Nations; 1992.
- Thornicroft G, Alem A, Santos RA, Barley E, Drake R, Gregorio G, Hanlon C, Ito H, Latimer E, Law A, Mari JJ, McGeorge P, Padmavati R, Razzouk D, Semrau M, Setoya Y, Thara R, Wondimagegn D. WPA guidelines on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry.* 2010;9(2):67-77.
- de Jesus MJ, Razzouk D, Thara R, Eaton J, Thornicroft G. Packages of care for schizophrenia in low- and middle-income countries. *PLoS Med.* 2009;6(10):e1000165.