

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL: NOTAS REFLEXIVAS.

Gastão Wagner de Sousa Campos – abril/2006

1- A complicada relação entre política pública e a produção de conhecimento:

O contexto político e cultural do campo da Saúde Mental no Brasil é muito curioso e pode nos ajudar a refletir sobre os paradoxos existentes na relação entre ciência e política pública.

Há inúmeros estudos sobre a reforma psiquiátrica. Apesar das diferenças abordagens, inúmeros autores reconhecem a estreita relação que foi sendo tecida entre a reforma sanitária e a construção de uma nova política de saúde mental (Amarante; 2001).

No entanto, vale ressaltar algumas singularidades da trajetória da reforma da atenção em saúde mental quando a comparamos com a implantação de outras políticas do Sistema Único de Saúde. Tenho a hipótese de que a política de Saúde Mental brasileira, além de incorporar as diretrizes gerais do SUS – direito à saúde, integralidade da atenção, etc -, realizou, ao mesmo tempo, uma reforma da reforma. Ou seja, junto com a expansão de cobertura, realizou-se, em alguma medida, uma reforma do paradigma teórico psiquiátrico tradicional que levou a realizar-se um extensão do cuidado valendo-se de um modelo de atenção inovador.

Considero, que no Brasil, a nova política de saúde mental, além da universalização da atenção, cuidou de construir um novo paradigma de conhecimento. Uma evidência dessa singularidade foi o novo modelo de atenção em saúde mental do SUS e que vem resultando na criação e implementação de novos arranjos organizacionais, como o são os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, etc. A partir dos anos noventa, institucionalizou-se uma política contrária a vigente durante décadas, desconstruindo-se paulatinamente a dominância dos hospitais psiquiátricos (MS; .

Observe-se, contudo, que esta política baseou-se mais em valores do que em evidências científicas da eficácia dos novos arranjos e procedimentos sugeridos. A afirmação da cidadania do portador de doença mental e a valorização da reorganização de sua existência com base em direitos e na autonomia orientaram e alimentaram a reforma psiquiátrica brasileira (Amarante; 1998). Com certeza, houve discussão e embate no campo epistemológico, particularmente no que se refere ao reducionismo da psiquiatria tradicional e ao caráter totalitário do principal centro de atenção decorrente dessa linha teórica: o hospital psiquiátrico. No entanto, dificilmente poder-se-ia reconhecer que essa mudança se acompanhou da construção de um novo paradigma para a Saúde Mental. Há elementos nesse sentido, alguns contraditórios e ainda em disputa no espaço do SUS e do movimento sanitário.

De início, foi muito forte a perspectiva basagliana casada com o pensamento da Saúde Coletiva, bastante centrado na determinação social do processo saúde e doença. A crítica a biomedicina e ao conceito tradicional de saúde e de doença também foi muito forte no movimento. Entretanto, ao organizarem-se os novos serviços (Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, frentes de trabalho e de geração de renda, residências protegidas, etc) os profissionais foram obrigados a se socorrer de seus conceitos e modos de fazer clínica ou reabilitação tradicional. Em consequência, observa-se, hoje, nestes serviços, certa Babel epistemológica: psicanálise misturada com psicofarmacologia psiquiátrica, abordagem sistêmica encoberta sob o rótulo de reabilitação psicossocial e por aí vamos.

Para complicar esse quadro já bastante complexo, parece haver uma hegemonia da psiquiatria positivista/organicista na Universidade. Na Associação Brasileira de Psiquiatria, em seus congressos e publicações, e entre as equipes de investigadores com influência na universidade e órgãos de fomento, há uma inequívoca predominância de estudos psicofarmacológicos e um abandono da dimensão de terapêuticas dinâmicas.

O caso brasileiro recente para indicar ser possível a existência de uma certa dissociação entre evidências concretas de eficácia e a gestão de políticas públicas. Pareceu haver uma maior influência de valores e da luta social pela efetivação de arranjos que garantissem estes valores, determinado modo de vida, na reforma da saúde mental brasileira do que de indicadores positivos relativos ao modelo de atenção sugerido pelos reformistas.

Há dois argumentos fortes em defesa da nova política de saúde mental. Um refere-se a perversidade do modelo asilar tradicional, além de sua insuficiência e ineficácia clínica e reabilitadora. O segundo diz respeito às inequívocas possibilidades de ampliação da clínica e do processo de reabilitação psicossocial que o atendimento centrado em uma equipe multiprofissional oferece. O CAPS é uma unidade síntese, que, em tese, poderia ofertar tratamento psiquiátrico psicofarmacológico, inúmeras terapias e processos de reabilitação (Brasil/MS; 2004). Antes dessa política pública somente os enfermos de elite poderiam dar-se a esse luxo. O argumento a favor do retorno ao ambulatório e as enfermarias psiquiátricas como centro do sistema carecem de força lógica e parecem até revestir-se de desbragada perversidade. Por que não se deveria oferecer abordagem ampliada aos transtornos de saúde mental em serviços públicos?

2- Saúde mental: entre a ciência, a filosofia e a política. Saúde mental: como lidar com evidências neurológicas e cerebrais, subjetivas, pedagógicas, culturais e políticas, entre outras?

A persistência dessa polaridade entre a lógica reformadora do SUS e o investimento pesado da psiquiatria acadêmica em uma concepção biológica e organicista do processo saúde e doença terá conseqüências imprevisíveis. Como este paradoxo pôde se instalar no Brasil?

Este dilaceramento indica toda uma linha de pesquisa possível e necessária.

A investigação coordenada por Rosana Onocko Campos e, especificamente, a “Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de atenção

psicossocial: saúde coletiva e saúde mental” preenchem uma lacuna existente no Brasil: com avaliar o impacto dessa imensa rede alternativa tendo em vista, não somente dificuldades de gestão inerentes a toda e qualquer política pública, mas também a oposição sistemática e cerrada que o projeto do SUS vem enfrentado por parte do discurso psiquiátrico acadêmico? (Onocko-Campos & Furtado; 2006).

Haveria que se perguntar e buscar respostas para uma série de interrogações e de paradoxos: como está sendo possível ampliar a cidadania do louco em um país onde proliferam não-pessoas? Investigar a relação do louco – “bobo da casa grande” - com a família brasileira. O doente mental grave e o contexto pós-moderno das grandes metrópoles. Como e por que o SUS para os casos graves de saúde mental avançou mais do que para outros agravos bastante frequentes na sociedade brasileira? Deficiência mental ou Malária, por exemplo.

Além de conflitos de interesse, pressões corporativas e outros fatores que influenciam todo e qualquer campo científico, a pesquisa em Saúde Mental tem uma dificuldade adicional por referir-se a co-constituição do Sujeito. Tema que transcende a busca de evidências neurofisiológica e abarca concepções sobre modos de levar e de organizar a vida individual e coletiva.

Os fatores que interferem nesse processo têm efeitos/resultados paradoxais, inesperados porque interagem com sujeitos concretos que os recebem com reações distintas, singulares (Onocko-Campos; 2001). Assim, os tradicionais métodos estatísticos têm dificuldade em encontrar regularidades quando se avalia a eficácia de procedimentos que interferem na dinâmica existencial das pessoas. Em alguma medida isso também ocorre com os efeitos dos psicofármacos ou outros produtos biológicos, mas a variedade dos efeitos provocados por ações terapêuticas ou pedagógicas (paidéia) sobre as pessoas é muito maior.

A busca de regularidades, a busca em descobrir como são produzidos efeitos de um arranjo ou procedimento terapêutico é um imperativo, avaliar a potência e pontos cegos dos arranjos e condutas é um elemento estratégico

para a consolidação de políticas e de modelos reformistas. Até mesmo a busca de maiores coeficientes de autonomia deveria ser submetido a esse tipo de estudo.

Alem disto, em geral, a influência do contexto e do sistema de conceitos e procedimentos terapêuticos um sobre o outro costuma ser muito grande, a utilização de um tipo de ajuda ou apoio ao sujeito sem a concorrência de outras modalidades pode interferir bastante sobre a eficácia do arranjo estudado.

No fundo, o tema discutido na pesquisa em Saúde Mental é sobre o sujeito humano, sobre sua constituição e sobre os modos dele interferir nestes processos.

Outra dificuldade: técnicas e instrumentos para lidar com a subjetividade são de difícil padronização e reprodutibilidade, já que estimulam, em geral, uma aplicação singularizada e, portanto, mutante de si mesmas. Em geral, apóiam-se em constelação de conceitos e de categorias analíticas que exigem do profissional capacidade adaptativa, interpretativa e criativa. Como comparar estes arranjos?

A pesquisa em Saúde Mental joga um facho intenso de luz sobre a problemática relação pesquisador/sujeito investigado (haja óculos escuros!). O conhecimento emerge ou pode ser arrancado a saca-rolhas do sujeito adoecido? Qual o papel e importância do pesquisador e de seus óculos (métodos, filtros, instrumentos de análise) na busca de evidências ampliadas sobre a potência e impotência do vários modos e arranjos de intervenção sobre o processo saúde/doença?

O tema dos resultados e a dificuldade em se estabelecer critérios para avaliá-los: eficácia, dano, produção de autonomia e eficiência, representam um quarteto valioso para validar ou não políticas e modelos e procedimentos.

Referências bibliográficas:

- 1- Amarante, Paulo, DC. "O homem e a serpente", RJ, editora Ensp/Fiocruz,

1998.

2- Amarente, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, editora FIORUZ; 2001.

3- Brasil - Ministério da Saúde, “II Conferência Nacional de Saúde Mental”, DF, 1992.

4- Brasil- Ministério da Saúde - Portaria nº 1.935. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2004; 16 set

5- Kinoshita, RT, “A Contratualidade e a Reabilitação”, In: org. Pitta, AM, “Reabilitação Psicossocial no Brasil”, SP, Hucitec, 1996.

6- Onocko Campos, Rosana T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em Debate 25(58): 98-111; 2001.

7- Onocko Campos, R.T. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: instrumental metodológico para avaliação da rede de CAPS/SUS. Cadernos de Saúde Pública 22(5): 1053-1062; 2006.