



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

O território COmVIDa a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3591g680

ARTIGO ESPECIAL

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

Pandemia, Saúde Mental e Democracia¹

Pandemia, Salud Mental y Democracia

Benedetto Saraceno

ORCID: 0000-0001-7119-5712

MD, MPH, FRCPsych (Hon)

Secretário Geral do Lisbon Institute of Global Mental Health.

E-mail: benedetto.saraceno@gmail.com

Resumo:

A pandemia de COVID-19 desencadeou processos de transformação de antigas categorias e, entre elas, uma nova consciência da ausência de democracia nos sistemas de saúde. A função reguladora dos descartes de normalidade, típica da psiquiatria institucional e prisional, certamente não desapareceu, apesar das reformas e das boas práticas: a ideia de conter as liberdades e de perder vidas ainda é válida. O ensaio problematiza os aprendizados na pandemia em relação aos cuidados em saúde mental. Nesta pandemia, vimos que muitos outros cidadãos ficaram sem voz e sem poder e, com a mesma lógica, devemos continuar a produzir processos de desinstitucionalização, ou seja, de restituição de voz, de sentido e de poder aos que estão privados deles. E teremos que fazer isso com a dureza necessária. Aula ministrada na Disciplina Análise crítica da evolução histórico-social da assistência em saúde mental e suas principais bases, do Programa de Pós-graduação Interunidades em Enfermagem EEUSP, em 07/04/2021.

Palavras-chave: Saúde mental coletiva; Covid-19; Reforma psiquiátrica.

Resumen:

La pandemia de COVID-19 desencadenó procesos de transformación de viejas categorías y, entre ellas, una nueva conciencia de la ausencia de democracia en los sistemas sanitarios. La función reguladora de los descartes de la normalidad, propia de la psiquiatria institucional y penitenciaria, no ha desaparecido ciertamente, a pesar de las reformas y las buenas prácticas: la idea de contener las libertades y perder vidas sigue siendo válida. El ensayo problematiza los aprendizajes de la pandemia en relación con la atención a la salud mental. En esta pandemia, vimos que muchos otros ciudadanos se quedaron sin voz y sin poder y, con la misma lógica, debemos seguir produciendo procesos de desinstitucionalización, es decir, de restitución de la voz, el sentido y el poder a quienes están privados de ellos. Y habrá que hacerlo con la dureza necesaria. Clase impartida en la Disciplina Análisis crítico de la evolución histórico-social de la atención a la salud mental y sus principales bases, del Programa Interuniversitario de Postgrado en Enfermería EEUSP, el 07/04/2021.

Palabras Clave: Salud mental colectiva; Covid-19; Reforma psiquiátrica.

¹ Aula ministrada na Disciplina Análise crítica da evolução histórico-social da assistência em saúde mental e suas principais bases, do Programa de Pós-graduação Interunidades em Enfermagem EEUSP, em 07/04/2021. Texto traduzido e revisado pelas professoras Dra. Sônia Barros e Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Programa de Doutorado Interunidades EE/EERP da Universidade de São Paulo.

O que aprendemos com a pandemia

Vou começar com uma pergunta: “O que aprendemos com a pandemia de coronavírus?”.

Um estudo epidemiológico inglês nos diz que, em Londres, foram, principalmente, paquistaneses e negros que morreram de Covid-19. É muito provável que, em todo o mundo, haja alguma correlação entre o status socioeconômico e a mortalidade de Covid.

Certamente, os mortos em asilos não eram ricos. Certamente, os mais pobres, os mais vulneráveis socialmente são os que mais sofreram e pagaram os preços mais altos. Certamente, aqueles que viviam em apartamentos microscópicos e, às vezes, superlotados, durante o confinamento, foram os que mais sofreram. Aqueles que tinham autonomia econômica de apenas algumas semanas, e já estavam em dificuldades, pagaram os preços mais altos.

Em última análise, embora possa parecer trivial, devemos dizer a nós mesmos, ou seja, reconhecer, que o vírus não é democrático e atinge quem está em pior situação. É trivial, mas não se fala muito sobre isso. Todavia, não é o vírus que deve se tornar mais democrático, mas são as respostas dos sistemas de saúde e previdência que devem restaurar a democracia.

Então, o que aprendemos ou apenas o que confirmamos?

A pandemia desencadeou processos de transformação de antigas categorias e, entre elas, uma nova consciência da ausência de democracia nos sistemas de saúde. Sabemos muito bem que aqueles que a sociedade neoliberal e mercantilista considera como “resíduos” da sociedade são os velhos, os pobres e tantos outros menos garantidos. Eles são o produto de uma ideia de desenvolvimento neoliberal que quer fazer crer que o “progresso”, que é a evolução desejável da humanidade, é sinônimo de “desenvolvimento neoliberal”.

O desenvolvimento neoliberal é caracterizado por uma economia linear e não circular: uma economia que ataca os recursos do planeta Terra sem se preocupar com o equilíbrio do meio de onde são retirados, para transformá-los o mais rapidamente possível em lixo; ou seja, em coisas que já não sabemos o que fazer. Coisas que são devolvidas ao meio ambiente de uma forma que contribui para a sua degradação.

Mas, nós, que viemos das grandes experiências e lutas de libertação dos “últimos” (em asilos, prisões, instituições totais para crianças), também conhecemos bem outra economia de desperdício, a saber: a de dejetos humanos, de resíduos humanos, de vidas nuas¹.

A função reguladora dos descartes de normalidade, típica da psiquiatria institucional e prisional, certamente não desapareceu, apesar das reformas e das boas práticas: a ideia de conter as liberdades e de perder vidas ainda é válida.

Sete questões para pensar

Assim, eu proponho sete questões para pensarmos².

1. Implicações do modelo linear de saúde mental: a presença/ausência de saúde mental é dimensional e não categórica. Consequentemente, a distribuição de recursos e investimentos deve ser dimensional, ou seja, atingir tanto o extremo da linha horizontal, onde há bem-estar e saúde mental plena, quanto o extremo oposto, onde há deficiência severa. No meio, estão os diferentes graus de sofrimento e invalidação psicossocial. O modelo linear tem implicações financeiras, de recursos humanos e de organização dos

serviços. O modelo tradicional biomédico aproveita todos os recursos disponíveis para uma seção limitada de linha horizontal: o segmento de doença aguda e de internação hospitalar.

2. Temos que falar a verdade sobre a desinstitucionalização de grandes asilos em países com recursos limitados: falar sobre o “como” em vez do “porquê”³. As autoridades sanitárias veem dois riscos na desinstitucionalização: o primeiro, econômico, ou seja, aumento dos gastos públicos; e, o segundo, de imagem, ou seja, temem acidentes relacionados aos processos de reorientação da atenção hospitalar para a comunidade. É verdade que o problema de recursos para promover a desinstitucionalização é real: a transferência de recursos do hospital para a comunidade não é automática ou imediata e, muitas vezes, são necessários recursos adicionais para reduzir leitos hospitalares e, ao mesmo tempo, desenvolver a rede de serviços na comunidade. A longo prazo, como foi mostrado, o modelo de atendimento entrado na comunidade e em pequenas unidades em hospitais gerais tem um custo equivalente ao modelo tradicional, baseado em hospitais psiquiátricos. Mas, deve-se notar que o modelo comunitário permite uma assistência mais econômica e evita violações sistemáticas dos direitos humanos. A segunda barreira objetiva é representada pelas dificuldades de reorganização dos serviços de saúde mental. Trata-se de atuar de forma coordenada e ao mesmo tempo por meio de três programas:

- garantir atendimento comunitário aos usuários que podem deixar o hospital psiquiátrico;
- diminuir novas admissões no hospital psiquiátrico;
- melhorar a qualidade do atendimento e os direitos dos que permanecem internados no hospital psiquiátrico.

Os três programas estão associados a três espaços de ação “virtuais” dentro do hospital psiquiátrico: i) a porta de saída; ii) a porta da frente; e iii) o espaço interior. Como apontado anteriormente, essas barreiras são complexas e requerem um olhar de longo prazo por parte do poder político, um compromisso constante por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo sistema de saúde mental e, por fim, uma colaboração por parte de profissionais de saúde mental. No entanto, ao lado deles, existem barreiras culturais que, por meio de atitudes profundamente arraigadas de estigmatização e discriminação, permitem que os profissionais defendam modelos de atenção pensados de acordo com seus interesses e não dos usuários. Essas barreiras também permitem, às famílias, resistir a qualquer tentativa de reintegração familiar do membro doente e, para a sociedade em geral, permitem perpetuar os fantasmas da periculosidade dos doentes mentais⁴. Convencer uma alta autoridade pública com argumentos sólidos e concretos, de que é necessária uma mudança no modelo de atenção, é mais fácil do que modificar a ideia que os profissionais de saúde e a sociedade em geral têm, de que o que o doente mental mais precisa é de uma cama!

3. Repensar radicalmente a comunidade: há cada vez menos contiguidade espacial substituída por outras contiguidades. Certamente, devemos repensar a própria ideia de comunidade, não mais como um lugar utópico, onde uma praça se abre ao redor da igreja – e na praça há um mercado e em um canto está o bar, depois a farmácia e um bom médico que conhece as pessoas pelo nome. Na verdade, o que é uma comunidade em Milão, Roma, Londres ou Los Angeles?

Paramos com uma ideia romântica de comunidade: devemos tentar entender tudo isso, porque não é certo que as comunidades se constituam a partir de contiguidades geográficas e provavelmente haja outras contiguidades tribais, étnicas, religiosas e, sobretudo, comunidades baseadas em uma marginalidade compartilhada. Sabemos muito pouco – e é nessa permeabilidade de nosso conhecimento que as novas instituições, os novos rótulos, as novas burocracias encontram uma caixa para cada problema e, portanto, fazem desaparecer indivíduos e cidadãos, para fazer aparecer em seu lugar grupos com direitos fragilizados. Os espaços de rejeição de vidas descartadas são instituições totais e, portanto, não apenas asilos e prisões, mas também campos de migrantes e refugiados, as próprias ruas das grandes cidades, favelas: essas instituições densas ou diluídas devem constituir a frente renovada de lutas e possíveis libertações. Teremos

que projetar novas formas de saúde local a partir de baixo. E isso implicará repensar seriamente as estratégias específicas que promovem a democracia em saúde e o empoderamento dos cidadãos que demandam saúde dos sistemas públicos de saúde.

O “empowerment” não é uma concessão abstrata de poder, mas a implementação de processos que promovem a capacidade de adquirir ferramentas para aumentar o bem-estar, a liberdade e o poder. Para alcançar esta realização concreta e aplicável do bem-estar da comunidade, será necessário finalmente colocar os “determinantes sociais” no centro da intervenção de saúde. Hoje, é urgente libertar a questão da doença da dimensão exclusivamente individual e biomédica e, em vez disso, mantê-la coesa com a questão mais geral da necessária democratização radical dos sistemas de saúde.

4. Empoderamento real dos usuários: a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência deve ser levada a sério e o poder dos usuários deve crescer e se tornar visível. Temos que parar com o empoderamento paternalista: passar da etiqueta à ética e o “usuário” tornar-se o “decisor”.

5. Como se relacionar com a Medicina Baseada em Evidências de uma forma pós-ideológica: Ambroise Paré não descobriu um tratamento, mas eliminou um fator de risco, e Basaglia⁵ descobriu um fator de risco ou um tratamento? E nós? Temos que abandonar a tradicional “numerofobia” da psiquiatria progressista. A avaliação quantitativa não é uma opção, mas uma responsabilidade pública frente ao dinheiro público que financia serviços de saúde mental.

6. Sair da autorreferencialidade do mundo da saúde mental e entrar em harmonia com as demais lutas contra a ideologia do desperdício (humano e material). Ecologia radical e desconstrução da biopolítica são partes da mesma luta – que tem os mesmos inimigos. Nossa experiência de desconstrução do papel ideológico e prático da instituição total deve ser posta a serviço e compartilhada com outras lutas e necessidades. Claro, se há uma palavra que não só não perdeu sua relevância, mas, infelizmente, está cada vez mais limitada às antiguidades de velhas ideias, essa a palavra é “desinstitucionalização”.

Os rótulos coletivos voltam a ser propostos como tranquilizadores, por serem desprovidos de sentido e de humanidade: “drogados”, “agudos”, “vagabundos”, “imigrantes”. Mais uma vez, pseudoidentidades que anulam subjetividade, historicidade, individualidade. Se, na década de 1980, dizíamos que era preciso “re-historicizar os pacientes crônicos, reconstruir vidas e histórias”, hoje, o mesmo processo é necessário para tribos inteiras de pessoas vulneráveis à exclusão social e à perda de direitos: sem documentos, sem casa, sem história, sem subjetividade – um desperdício descartado.

7. Reabrir conflitos, mas, reinventar novas formas de conflito. A nova tendência populista global nos alarma e exige um “não” claro e sustentado. Dizemos “não” porque, hoje, quem governa declara o egoísmo e a raiva como valores positivos e declara a bondade, a tolerância e a solidariedade como valores negativos. Dizemos “não” ao mal, que deixa de ser um déficit individual para se tornar uma ideologia organizada, que assume formas institucionais potencialmente subversivas. Dizemos “não” porque um bom governo deve estar ao lado dos pobres, em vez de simplesmente usar seu desconforto e deixá-los para trás.

É preciso lutar contra uma trágica ausência de projeto de sociedade. Essa falta de *design* é substituída por ideologias simplistas e brutais (armas para todos, defesa armada da propriedade a qualquer custo, promoção da identidade nacional e religiosa, hostilidade ao conhecimento técnico e científico, etc.). No entanto, dizer “não” significa não só lutar contra governos brutais, mas também lutar dentro de nós contra a tentação do pessimismo passivo, que nos faz renunciar ao indispensável otimismo militante de que fala Ernst Bloch: “utopia e esperança não são dimensões impossíveis: está prestes a fazer esperança/utopia um projeto de trabalho político capaz de renovar as ferramentas de compreensão da realidade e de ação na realidade”.

Perspectivas futuras

A Declaração de Caracas foi promulgada em 1990⁶. A continuidade no tempo é impressionante, porque, ao longo dos últimos 30 anos, não ocorreram as mudanças que se esperavam. Falar de perspectivas futuras implica reconhecer que os desafios de trinta anos atrás continuam os mesmos, a saber:

- A centralização dos recursos de saúde mental em estabelecimentos distintos do restante do sistema de saúde impede uma distribuição racional dos recursos e concentra a maior parte deles em instituições com atendimento de baixa qualidade e alto risco de violações de direitos humanos.
- Dificuldade em integrar os cuidados de saúde mental aos serviços de atenção primária devido ao baixo número de pessoal treinado para fornecer cuidados de saúde mental, à falta geral de supervisão e à disponibilidade errática de medicamentos psicotrópicos.
- Falta de organização e coordenação de usuários e familiares, que ainda têm opiniões muito diferentes (até contraditórias) sobre transtornos mentais, tratamentos, serviços, direitos e medidas a serem tomadas para desenvolver a atenção.
- A visão de políticos, planejadores e profissionais de saúde, que permanece erroneamente baseada na opinião de que os tratamentos de saúde mental não são custo-efetivos e que o investimento em saúde mental não é lucrativo do ponto de vista de resultados.
- Uma hostilidade generalizada à introdução de métodos de avaliação ou, em qualquer caso, a qualquer tentativa de basear intervenções e estratégias em evidências científicas.

Além disso, é claro que, para uma mudança efetiva e inovadora na atenção psiquiátrica, a formação dos profissionais de saúde mental deve ser radicalmente alterada. A formação oferecida hoje, na maioria das universidades, é exclusivamente clínica e, em muitos casos, não fornece os instrumentos "críticos" para ler criticamente a informação psicofarmacológica, não permitindo, ao profissional formado, navegar de modo inteligente entre a experiência clínica e as evidências científicas. Tampouco permite-lhe avaliar intervenções ou lhe dá a capacidade de trabalhar em equipe e de considerar os direitos humanos – que são o componente fundamental de qualquer intervenção psiquiátrica.

Apesar de tudo, é bem provável que os aspectos de liberdade, cidadania, direitos e inclusão social, que são a lição mais importante de tantos anos de tentativas de reforma da assistência psiquiátrica, permaneçam como elementos inalienáveis de toda assistência psiquiátrica e sejam constantes que superem as diferenças geográficas, culturais, sociais, econômicas e linguísticas. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência⁷ sancionou essa universalidade de direitos.

O futuro da saúde mental se tornará cada vez mais importante nas mãos de tantos e diversos atores sociais: profissionais de saúde mental, organizações comunitárias, ativistas de direitos humanos, juízes e, claro, usuários. Ademais, os membros da família terão que conquistar mais poder e equilibrar séculos de opressão e silêncio.

Com Basaglia⁸, há quarenta anos, demos voz aos loucos enterrados vivos nos manicômios, demos voz a eles porque eram cidadãos silenciosos. Desinstitucionalizamos a doença mental e capacitamos os enfermos. Nesta pandemia, vimos que muitos outros cidadãos ficaram sem voz e sem poder e, com a mesma lógica, devemos continuar a produzir processos de desinstitucionalização, ou seja, de restituição de voz, de sentido e de poder aos que estão privados deles. E teremos que fazer isso com a dureza necessária.

Referências:

- ¹ Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
- ² Saraceno B. Declaração de Benedetto Saraceno, MD, FRCPsych (Hon), MPH: Aos gestores e trabalhadores da saúde mental e aos amigos e às amigas da luta antimanicomial brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], 12 (33), 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/78897>.
- ³ Alves DS. Entrevista com Benedetto Saraceno. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, 16 (12): 4695-4700. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300018>>. Epub 12 Dez 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300018>.
- ⁴ Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.
- ⁵ Basaglia F. Corpo, sguardo e silenzio: l'enigma della soggettività in psichiatria. In: Basaglia, Franco. *Scritti I, 1953-1968*. Torino: Einaudi. p.294-308. 1981.
- ⁶ Organización Panamericana de la Salud (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implemetación*. Washington: OPS-Instituto Mario Negri, 1991.
- ⁷ Organização das Nações Unidas. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2006. Disponível em <http://www.bengalalegal.com/onu.php>
- ⁸ Basaglia F (Org.). *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi. 1968.

Como citar: Saraceno B. Pandemia, Saúde Mental e Democracia. **Saúde em Redes**. 2021; 7 (Supl.1). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3591g680

Recebido em: 11/08/2021

Aprovado em: 11/08/2021