



## **Nota de Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”**

### **I – Introdução**

No documento intitulado “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil” foi proposto, assim como discutido na reunião do Conselho Nacional de Secretários da Saúde, um verdadeiro retrocesso em relação aos equipamentos e modelos de cuidado em Saúde Mental. Esta proposta é dissonante do que é proposto pela Lei nº 8080/90, pela Lei nº 10.216/2001, pela Constituição Federal (no que tange a liberdade individual e o direito à saúde), pela Portaria nº 3.088/2011 e pelos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira.

Além disso, no capítulo introdutório são apontados dados referentes à Saúde Mental que não são atualizados e não apresentam referências científicas baseadas em evidência e eficácia que embasam as afirmações. Cabe ressaltar o posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia, (composto pelo Conselho Federal e por 24 Conselhos Regionais) no que diz respeito ao cuidado aos usuários e usuárias de saúde mental, que são cidadãs(ãos) portadores de direitos, que merecem respeito e um cuidado em liberdade, de base territorial, em conformidade com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto afirma a ausência de estudos e publicações relacionados aos cuidados em saúde mental, aos equipamentos de saúde e à eficácia do que é ofertado no território brasileiro, argumento facilmente contraposto a partir de buscas em bases de dados de referência em saúde coletiva e saúde pública, nacionais e internacionais .

Em relação ao modelo implementado a partir da Lei 10.216/2001, o documento afirma que a categoria de profissionais da psiquiatria é preterida e que o modelo de assistência é centrado em um único serviço. Nenhuma das duas afirmações correspondem à realidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), que conta com equipes multiprofissionais e opera em um conjunto de equipamentos de saúde, assim como em diálogo com outras políticas públicas, dando centralidade ao território e comunidade aos quais as/os usuárias/os pertencem.

Sobre as populações citadas no referido documento (crianças, adolescentes, mulheres, gestantes e idosos), cabe destacar que o SUS, em sua complexidade de graus de atenção, atende, cotidianamente, e em todos os seus equipamentos, às demandas de saúde de suas/seus usuárias/os.

Dentre as principais políticas implementadas na área da Saúde Mental e Direitos Humanos, está o cuidado com usuários de álcool e outras drogas, sendo a RAPs um dos principais pontos de articulação e cuidado desta população, em conjunto com serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outras políticas públicas. A Política de Atenção Integral em álcool e outras drogas (2003), construída a fim de prestar assistência aos usuários de forma integral e intersetorial, com base nos preceitos éticos e científicos da Redução de Danos, foi desmontada e hoje corresponde à um modelo oposto, violador de direitos básicos, sem embasamento científico, que compreende a abstinência como única prática adequada e pela internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas.

Sobre as internações em hospitais psiquiátricos, reitera-se que as mesmas violam os direitos constitucionais de assistência à saúde e em liberdade. Este modelo proposto pelo documento é amplamente refutado pela comunidade científica e pelas leis já mencionadas neste texto. Além disso, de acordo com a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPs, devem ser substituídos pelos leitos em hospitais gerais, bem como por leitos emergenciais em serviços territoriais especializados (Centro de Atenção Psicossocial III), e em Unidades de Acolhida específicas para a população usuária de álcool e outras drogas.

Em relação ao monitoramento e planejamento de implementação da rede substitutiva, destacam-se: o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar



no SUS, implementado desde 2004; o Decreto nº 7.508/2011, sobre a organização do SUS, bem como de sua articulação interfederativa e planejamento em saúde; e a Portaria nº 251/GM/MS (2002), que implementa o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH). Em suma, existem recursos de fiscalização e planejamento no modelo proposto pela reforma psiquiátrica, contrapondo o que é posto no referido documento.

Por fim, acerca da educação em Saúde e Saúde Mental da categoria profissional de Psicologia, serão realizados apontamentos mais adiante nesta mesma nota. Porém, conforme aprovado na última alteração das Diretrizes Curriculares Nacionais, as psicólogas devem ter, em sua grade de formação, disciplinas sobre as políticas públicas de saúde, uma vez que a área foi aprovada como parte das ciências da saúde.

## **II- Sobre os princípios éticos, filosóficos e científicos:**

Com relação aos princípios éticos, filosóficos e científicos que embasam o documento, ressalta-se, de antemão, que todas as diretrizes de cuidado elencadas – que incluem a promoção dos direitos humanos dos indivíduos com transtorno mental e seus familiares; a ética profissional do psiquiatra, no que diz respeito ao sigilo sobre o paciente com transtorno mental; a educação para a diminuição do estigma em relação a este; a garantia de seus direitos e de seus familiares à saúde integral, com acesso às melhores terapêuticas disponíveis fundamentadas em evidências científicas; a promoção de sua participação e de seus familiares na avaliação do modelo terapêutico aplicado – são permanentemente atendidos nos dispositivos da RAPS, que têm como princípio fundamental a garantia dos direitos humanos dos usuários, com respeito à sua proteção e autonomia na definição do programa terapêutico, construído sempre em articulação com eles.

Mais detalhadamente, são diretrizes da RAPS: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. O já supracitado Decreto nº 7.508/2011, ao estabelecer a exigência da atenção psicossocial como um dos requisitos para a instituição das Regiões de Saúde e para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerou a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de forma integrada, articulada e resolutive. Nesta perspectiva, a instituição da RAPS foi baseada, sobretudo, nos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Assim, os serviços da RAPS, em suas origens, ampliam o acesso da população à atenção psicossocial através do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências e emergências, de forma a promover vínculos e garantir os direitos das pessoas que precisam de tratamento. Ademais, esses serviços têm a missão de superar o paradigma manicomial, direcionados por novas bases e valores éticos que venham a produzir uma nova forma de convivência solidária e inclusiva.

Particularmente com relação ao sigilo sobre o paciente e a educação para a diminuição do estigma, pressupostos igualmente mencionados no documento, é inquestionável que o primeiro, na perspectiva da integralidade da atenção em saúde, corrobora para a qualificação do cuidado em saúde mental. Por ser considerado uma questão fundamental, o sigilo passou a ser mais especificamente tratado nesta esfera a partir de regulamentações e legislações, que procuram garantir práticas zelosas e respeitosas com o usuário. O artigo 2º, inciso IV, da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, estabelece que o usuário de saúde mental passa a ter garantia de sigilo nas informações prestadas. Ao mesmo tempo, as redes de atenção e o cuidado de base territorial contribuem para a redução dos estigmas associados à doença mental, ao inserir o paciente em sua comunidade, colaborando para



a desconstrução da noção de loucura, conceito ultrapassado pela comunidade científica, como algo que deva permanecer escondido ou que deva ser banido do convívio social. Ao garantir que o indivíduo permaneça em contato com um território de referência, promove-se reinserção social de fato, garantindo o direito aos usuários historicamente isolados e estigmatizados ao pertencimento social e desconstruindo os estigmas em torno da doença mental.

São ainda colocados no documento, como princípios éticos, filosóficos e científicos, a defesa da adequada destinação de recursos financeiros para qualificar a assistência; e a necessidade de políticas e legislações específicas para regular o cuidado. Sobre isso, cabe afirmar a necessidade da justa adequação dos recursos para o financiamento dos dispositivos da RAPS e das políticas do SUS destinadas ao cuidado em saúde mental. Entretanto, o que se tem constatado, cada vez mais, é o financiamento de serviços que lucram com a intensificação de situações crônicas ao invés de evitá-las. A indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas (CTs), dentro da RAPS, incentiva o retorno à lógica manicomial.

Oportuno destacar que no âmbito da Luta Antimanicomial está, dentre outros aspectos, o combate ao modelo hospitalocêntrico e a ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos. Esse modelo, na realidade, coloca o hospital no centro do cuidado em saúde mental, priva o sujeito da liberdade, dentro de um sistema que não favorece a recuperação, mas o isolamento, assim como potencializa sintomas relacionados à necessidade de convivência social.

Além disso, conforme comprovado em diferentes relatórios técnicos e artigos científicos publicados nos últimos anos, denota-se que o modelo asilar oferecido pelas CTs é pouco eficaz no tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, sendo o modelo ambulatorial, como o ofertado pelo SUS nos CAPS AD, o que alcança maiores índices de sucesso. Ainda mais graves são as violações a direitos humanos que ocorrem nestas instituições e trazem severos prejuízos à saúde mental. Estas violações foram fartamente comprovadas em inspeções realizadas pelo CFP, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT).

Importante lembrar que a Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem como eixo organizador a desinstitucionalização, compreendida como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todas/os as/os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. As estratégias de desinstitucionalização visam elaborar maneiras de garantir os direitos da pessoa com sofrimento mental, em parceria com a promoção de autonomia e progressiva inclusão social. As atuais medidas, em contrapartida, rompem com a política de desinstitucionalização e incentivam a hospitalização e o tratamento desumanizado.

Portanto, é preocupante o gradativo desmonte das políticas públicas de saúde mental, a partir do deslocamento de repasses da Rede de Atenção Psicossocial para financiamento desses estabelecimentos. Sob o argumento do pretense cuidado, na realidade, tem se intentado a progressiva desconstrução da política de saúde mental, na medida em que, ao se financiar hospitais, CTs e outros dispositivos desta natureza, amplia-se o investimento em estruturas anacrônicas, que vão de encontro à lógica do cuidado humanizado e em liberdade, e cuja atuação é incapaz de reverter a realidade epidemiológica dos transtornos mentais.

A Psicologia, pautada pelo seu compromisso histórico com a defesa intrínseca dos direitos humanos, com base nas normativas que orientam o exercício profissional da (o) psicóloga (o), nos dispositivos legais que estabelecem a competência do SUS políticas públicas de saúde, bem como em consonância com os Direitos Humanos fundamentais, sempre defendeu políticas públicas intersetoriais, serviços de base territorial e comunitária e o



cuidado integral, humanizado e em liberdade. Consideramos tais princípios norteadores para o adequado cuidado e tratamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Dentre outros pressupostos elencados no documento, inclui-se o de influenciar políticas e elaborar leis. Importante evidenciar que, embora existam hoje leis e normativas que impedem, de modo taxativo, a existência de instituições com características asilares promotoras de exclusão e de maus-tratos, as violações de direitos e intransigência com relação às legislações vigentes podem, ainda, ocorrer sob a justificativa do cuidado, o que é extremamente danoso. Na realidade, é explícito que se tem privilegiado o recorte mercantilista e formas contemporâneas de segregação, em detrimento da política de saúde coletiva ou de saúde pública, construída ao longo de anos.

Por isso, é exigente reforçar que o modelo de atenção em saúde mental na RAPS é capaz de proporcionar o cuidado necessário e o respeito às diferentes e singulares experiências decorrentes do sofrimento psíquico. O fortalecimento da RAPS em suas origens, viabiliza o tratamento digno, que respeita a autonomia do sujeito. O melhor modelo de atendimento a todas as pessoas com sofrimento mental, em quaisquer circunstâncias, deve, primordialmente, ser humanizado, garantir os direitos humanos fundamentais, além de reconhecer a dignidade inerente a todos os indivíduos, a liberdade e a preservação de seu bem estar.

Ademais, a democracia, em se tratando de políticas públicas para saúde mental e do cuidado propriamente dito, é o mais potente dispositivo terapêutico. Romper com a cultura manicomial e com todas as formas de opressão social, para construir possibilidades de convívio com as diferenças é essencial em uma sociedade democrática que preza pelos Direitos Humanos.

### **III - Propostas de diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil:**

#### **Nível Primário:**

- **Promoção e prevenção**
- **Unidades básicas de saúde**

Importante considerar que a ideia de sistema de saúde como uma pirâmide, com “níveis hierarquizados”, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários que acessariam níveis de complexidade tecnológica diferenciada, em um processo de referência e contra-referência, proposto no período inicial de implantação do SUS em nosso país, foi se mostrando um modelo tecno-assistencial que não garantia a universalização do acesso e a equidade desejados (Cecílio, 1997).

O modelo então, vem sendo substituído pela noção de Redes de Atenção, justamente pelo avanço na compreensão de que o cuidado em saúde precisa de articulação entre os diferentes âmbitos de atenção para garantir a integralidade, pois nenhum serviço dá conta sozinho da diversidade e complexidade de situações de saúde que se apresentam todos os dias nos diferentes equipamentos de saúde do sistema. A RAS foi proposta em 2010, através da Portaria nº 4.279 (Ministério da Saúde, 2010) visando organizar as ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, garantindo a integralidade do cuidado por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.

Assim, a afirmação do documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil” de que “Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo um ao outro, não concorrendo e nem competindo entre si”, aponta um descompasso de compreensão do funcionamento do SUS. A articulação em rede exige cooperação entre equipes, tendo a atenção básica como equipe de referência e coordenadora do cuidado.



A atenção básica, neste sentido, cumpre um papel importantíssimo no cuidado em saúde mental, pois suas equipes conhecem os territórios em que estão inseridas e precisam ter conhecimento dos usuários já identificados como necessitando de acompanhamento sistemático, estando próxima e oferecendo acolhimento às situações de crise que possam se atualizar. Do mesmo modo, podem estar atentas às situações de sofrimento psíquico que se apresentam cotidianamente nas unidades de saúde. Estudos nacionais mostram que grande parte da demanda de cuidado na atenção básica se refere a questões de saúde mental e os determinantes sociais são apontados pela literatura como importantes fatores de risco envolvidos na incidência de transtornos mentais em adultos, mostrando associação entre níveis de pobreza e transtornos mentais comuns (Lopes, 2020 apud World Health Organization; Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; Lund, Breen, Flisher, Kakuma, Corrigall, Joska, et al, 2010). Este dado reforça a importância das ações de atenção básica voltadas à prevenção e atenção a esses transtornos, por sua proximidade com a vida nos territórios.

O documento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e outras entidades, ao citar os dispositivos da Rede de Saúde Mental, desconsidera a territorialização, ou seja, não organiza os serviços de acordo com o território, que é onde a vida acontece, e de onde parte a necessidade de organização dos serviços.

Em relação à atenção, cuidado e tratamento na Atenção Primária, o documento não traduz a complexidade deste nível de atenção e cita vagamente a questão do matriciamento. Sabemos que a Atenção Primária à Saúde (APS) configura um serviço de saúde formado por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

A Atenção Primária à Saúde tem entre suas responsabilidades desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos pacientes com transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

#### **Nível Secundário:**

- **Centro de atenção psicossocial (CAPS)**
- **Ambulatórios gerais de psiquiatria**

O surgimento de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental no Brasil, na qual se destacam os CAPS, viabilizou o atendimento extra-hospitalar à população acometida por transtornos mentais e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o que tem contribuído para a sua reinserção social. Historicamente, a rede de serviços substitutivos vem sendo implantada e fortalecida nos municípios brasileiros. Atualmente temos um quantitativo expressivo de serviços nos territórios que ofertam o cuidado considerando as premissas da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

O documento redigido propõe uma padronização para o funcionamento dos CAPS, desconsiderando a realidade socioeconômica e cultural das regiões e dos municípios. Temos nas portarias que são amplamente utilizadas, que os CAPS são constituídos por equipe multiprofissional, realiza atendimento prioritário às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e demais situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Existem modalidades de CAPS gerais, que devem atender adultos, crianças e adolescentes, respeitando o previsto no Estatuto da Criança e Adolescente. Contudo, há municípios que dispõem de modalidades específicas, conforme normativas do Ministério da Saúde que estabelecem quantitativos populacionais para habilitação dos serviços, a saber: o CAPS III que possui retaguarda noturna, CAPS álcool e drogas (CAPSad) e CAPS infantojuvenil



(CAPSi).

O documento, ao reforçar os ambulatórios de saúde mental e Unidades Psiquiátricas em hospital geral, novamente vai na contramão do que é preconizado nas legislações vigentes de saúde mental, em especial na Lei nº 10.216/2001, Portaria nº 3.088/2011, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental. São velhos dispositivos transvestidos de novos, que são as Unidades Ambulatoriais Especializadas e o Hospital-dia, dispositivos que notadamente desvirtuam o caráter de uma rede articulada pautada na multiplicidade de saberes, no direito de todas e todos ao acesso às ações e serviços de saúde e na autonomia das usuárias(os).

### **Nível Terciário:**

Os ambulatórios da década de 1980 funcionavam com agenda fechada e com filas intermináveis, dificultando o acesso da população. A criação de ambulatórios especializados em saúde mental representa a retomada de um modelo antigo, que se mostrou sem qualquer resolatividade, com sérios efeitos de iatrogenia: modo de marcação de consultas absolutamente arcaico, pelo critério único de ordem de chegada, sem qualquer consideração pela especificidade da demanda de cada usuário(a), pela maior ou menor premência de atendimento em cada caso; filas intermináveis no serviço e listas de espera com nomes de centenas de usuários(as) que aguardavam consultas que nunca ocorriam; apesar da presença de profissionais diversos, não existia qualquer trabalho em equipe, nenhuma preocupação com o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional que o atendia, em que o discurso médico se impunha; consultas padrão, de poucos minutos, com retornos em longo prazo, medicalização em massa, em especial de antidepressivos e ansiolíticos; os profissionais abrigavam-se nos consultórios, sempre com suas agendas cheias, sem poder nunca admitir novos casos; e mesmo os casos antes atendidos, quando se agravavam, não encontravam ali qualquer acolhimento. A proposta de tais ambulatórios e das equipes multiprofissionais de atenção especializada é um incentivo a inversão do modelo, tendo em vista, por exemplo, o valor de custeio da equipe tipo III, que é bastante próximo ao valor de custeio de um CAPS I, induzindo à interpretação de que se trata de um serviço mais simples e objetivo, quando o que tem como efeito é a ruptura do trabalho em rede, do cuidado integral em saúde, do matriciamento e da construção de casos em equipe, em especial com o Programa Saúde da Família (PSF), em detrimento da complexidade e robustez do trabalho realizado nos CAPs.

A ABP é contrária a leitos psiquiátricos em hospital geral, mas defende unidades psiquiátricas, a diferença, que da forma que está sendo caracterizada fomenta um empuxo a internação, podendo se transformar em mini manicômios; ou seja, os pontos acima, aliados à inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS e às alterações feitas nos parâmetros de implantação e funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência, são evidentes incentivos a internação como recurso principal de tratamento, desmontando completamente a ideia de substituição dos manicômios.

### **“Proteção Social”:**

Quando o documento cita que o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA) devem ter financiamento da política de Assistência Social, mais uma vez os autores explicitam o total desconhecimento do objetivo de tais dispositivos.

As UAs possuem caráter de residência transitória, com tempo de permanência determinado, para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, e que apresentam vulnerabilidade social ou familiar. Devem estar, de forma inequívoca, articuladas/vinculadas aos outros pontos de atenção da RAPS, e constar no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, construído em conjunto com as equipes de saúde.

Já os SRT, além da função histórica de remediar os estragos produzidos pelos hospícios, fazem parte do tripé da desospitalização, ou seja: redirecionamento dos leitos psiquiátricos, Programa de Volta para Casa e residência terapêutica. A conceituação de Serviço



Residencial Terapêutico no documento da ABP e outras entidades abre possibilidades de abrigo em caráter social, e não voltado para pessoas com histórico de internação de longa permanência.

Originalmente, o SRT surge como um suporte fundamental para superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico, assim como da necessidade de assegurar às pessoas lá abandonadas sua plena reinserção social. Ou seja, além de ser parte essencial na reinserção social, por recolocar o indivíduo em contato com um território de referência, é um equipamento fundamental no modelo substitutivo, por garantir direitos aos usuários historicamente isolados e estigmatizados.

O documento vem justificar a inclusão destes serviços na Política de Assistência Social, uma vez que existem outras demandas que vêm sendo assistidas pelas UAs e SRT, como a população em situação de rua. No entanto, conforme exposto nos parágrafos anteriores, estes serviços exercem fundamental importância para o cuidado às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, evidenciando seus objetivos, funcionamento e diretrizes de cuidado construídas pela legislação vigente para estes dispositivos. Por outro lado, vale mencionar que existem estratégias comprovadamente eficazes para atender às necessidades da população em situação de rua e suas singularidades.

Insta frisar que o fenômeno da população em situação de rua é histórico e requer abordagens integradas. Nesse sentido, vários países vêm implementando a estratégia baseada na metodologia de Housing First (moradia primeiro), com resultados positivos tanto para a população a qual se destina (a população em situação de rua), como para os governos, com a redução dos custos para os cofres públicos, a melhoria na qualidade de vida e bem estar das pessoas, a redução no número de internações em serviços de urgência e emergência e a redução no uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No Brasil, alguns dispositivos orientados pelo Housing First foram implementados (alguns ainda estão em funcionamento, outros foram sucateados e desmontados na atual gestão): De Braços Abertos/SP, Palmas que te acolhe/TO, Atitude/PE, Ruas/RJ, e outros.

Desse modo, evidencia-se que existem diferentes dispositivos, para atender diferentes necessidades, devendo trabalhar de forma integrada, intersetorial e multidisciplinar.

### **Programas específicos de saúde mental**

Em relação à qualidade do documento, um detalhe menos importante é que contém erros de redação, de pontuação e de nomenclatura, dentre outros, denotando falhas do ponto de vista da qualificação em produção científica de seus autores, bem como do conhecimento a respeito das políticas públicas existentes.

Também cabe apontar que, se o documento fizesse referência a diretrizes para a atuação em psiquiatria, sem propor mudanças na RAPS e sem determinar como devem atuar as outras áreas (que no documento ficam submetidas à medicina), ainda assim pecaria por contrariar a Lei 10.216/01.

### **Crianças e adolescentes**

Os CAPs I foram propostos em 2002 para oferecer um cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. Foram organizados para cidades com mais de 200.000 habitantes, com objetivo de atender os casos de maior gravidade, bem como ordenar a demanda de atendimento. Este serviço funciona com uma equipe multiprofissional (não médico-centrada) e oferta inúmeras atividades ao longo do dia, de acordo com as especificidades do local em que presta serviço. Para além deste, os seguintes serviços também atuam a partir da integralidade do cuidado atendendo ao que está disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990): as Unidades básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência especializado de Assistência Social (CREAS). Dentro de tais serviços ainda existe a Rede de Proteção à Criança e ao adolescente que oferece suporte a casos de violações de direitos.



Sabe-se que há a necessidade de organizar a rede de atenção infanto juvenil, de modo mais substancial para garantir acesso, vínculo e continuidade do cuidado. Porém no que tange a saúde mental, o investimento em uma boa articulação da rede demanda tempo-espaço para possibilitar arranjos que tenham abrangência nas várias áreas: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos. Desse modo, investir na contratação de equipe multiprofissional, bem como propiciar formações adequadas favorece que o cuidado aconteça no território, contemplando a família da população atendida, bem como articulação com as escolas e demais pontos de atenção a esse público.

Nas unidades de ESF existem hoje profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) para além do CAPS I que também utilizam de ferramentas como grupos operativos de orientação aos pais, orientação para a escola sobre a saúde mental, alimentar e física de crianças e adolescentes; articulação entre psicólogo NASF em conjunto com as escolas e com o CAPS I para verificar o aumento de pedidos diagnósticos relacionados a aprendizagem. Ademais, os profissionais do NASF em conjunto com outras especialidades, através do matriciamento, das interconsultas ou do diálogo com o CAPS Infantil de referência podem realizar o diagnóstico territorial e avaliar a melhor estratégia que possibilite um número maior de pessoas atendidas. Nota-se, portanto, que o encaminhamento a ambulatórios especializados acaba por gerar uma desresponsabilização dos profissionais do território, bem como o aumento da fila com a inserção de casos que poderiam ser bem sucedidos no manejo dentro da atenção primária em diálogo com outros setores.

Inúmeros estudos demonstram a efetividade em serviços de prevenção a danos e agravos que atuem no cotidiano das famílias através de orientações e articulações com a escola e demais serviços de cuidado.

O trecho “Os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência atingem entre 15 e 20% da população, com predomínio dos transtornos no comportamento disruptivo e transtornos emocionais (Lai, 2000)” citado no documento não foi encontrado em nenhuma publicação científica; o documento proposto deveria citar a fonte de uma informação tão peremptória; a título de curiosidade, essa mesma citação foi localizada apenas em uma questão de concurso, extraída das diretrizes da ABP versão 2006 , na qual também não consta a referência.

Algumas considerações válidas sobre como o documento aborda o cuidado com crianças e adolescentes:

- Importante ressaltar que o foco na doença e no encaminhamento para ambulatórios especializados e hospital-dia, nos coloca em uma lógica de medicalização e psiquiatrização da infância.
- O documento menciona questões sociais em termos de “ambiente” apenas, sem tratar de questões estruturais (classismo, racismo, misoginia) produtoras de sofrimento psíquico. É necessário pensar também que o acesso à saúde, moradia, escola, são determinantes de saúde, e que o aumento da desigualdade social também colabora no aumento de casos de transtornos emocionais na infância.
- O documento menciona, ainda, “distúrbios de comportamento e aprendizado surgidos no ambiente escolar”, denotando uma perspectiva centrada no indivíduo, e não nos modelos e nas condições escolares que deixam de atender as diversidades.
- Ao invés de rede e intersetorialidade o documento propõe encaminhamento. Ao invés de inter ou transdisciplinaridade, autoridade médica (pediatra ou psiquiatra), a qual iria decidir quais outras especialidades deveriam ser envolvidas em cada caso.

Em relação às interconsultas, o documento indica que “Na escola, o atendimento é predominantemente psicológico visando a detecção dos principais problemas de aprendizado ou comportamentais que dificultam o desempenho ou a inserção da criança, sendo essas questões discutidas com a equipe escolar e as sugestões de intervenção propostas e supervisionadas pelo profissional responsável”. Qual seria esse “profissional responsável” para supervisionar os outros? A Psiquiatria iria determinar o que a Psicologia



deveria fazer? Com qual autoridade? E o foco nos “problemas de aprendizado ou comportamentais” deixa de considerar questões estruturais da sociedade brasileira que afetam o ambiente escolar, tais como o racismo, o classismo, a misoginia e o punitivismo. Em relação ao Hospital-dia infantil, cabe indagar por que não manter o CAPSi. Também é pertinente questionar o diagnóstico de transtornos comportamentais e psicose em crianças pré-escolares. Da mesma forma, as “indicações para o tratamento hospitalar” podem ser tratadas no CAPSi, apenas a crise, em alguns casos, justifica internação. Igualmente, quando o documento indica a internação de um familiar (que seria a mãe) junto com a criança ou adolescente para preservar o vínculo mãe-filho, a indicação não justifica o recurso prioritário à internação, pois esse objetivo já é promovido por meio do cuidado em liberdade.

A nota indica ainda “que o atendimento a crianças e adolescentes seja realizado por especialistas na área, devendo esses serem formados a partir de programas básicos, com um mínimo de estrutura teórica e prática referendada pela ABP”. Trata-se novamente de uma perspectiva médico-centrada, já que a formação seria referendada apenas pela psiquiatria. Chega a afirmar que “É impossível que este programa seja realizado por médicos (inclusive psiquiatras)”. Poderíamos afirmar que é impossível que o atendimento a crianças e adolescentes seja prestado com qualidade mediante perspectivas centradas no atendimento psiquiátrico.

#### **Programa de Atenção Específico para Idosos**

Este programa também apresenta uma perspectiva médico-centrada, em detrimento da complexidade na atenção integral em saúde. Ainda, a nota utiliza termos como “contra-referência”, mas denota desconhecimento por parte dos seus autores em relação à RAS, o qual fica evidente em detalhes tais como a designação de “Instituições de Longa Permanência (ILP)” ao invés de “Instituições de Longa Permanência para Idosos” (ILPI).

#### **Programa de atenção específica para a área de álcool e outras drogas**

O uso de álcool e outras drogas faz parte da história da humanidade, e está associado ao sistema de valores históricos e culturais de cada sociedade. Nesse ínterim, a droga como objeto claro e definido é, antes de tudo, uma construção moral, política, cultural e histórica, não se podendo generalizar que todo e qualquer consumo é prejudicial ou patológico.

#### **Programa de Atenção Específico para a Área de Álcool e drogas**

O documento menciona a Resolução nº 1, de 9 de março de 2018, sem referir que foi emitida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Cita um trecho da Resolução reafirmando que “a posição da sociedade brasileira seria majoritariamente contrária à legalização de drogas”, sem questionar a fonte dessa afirmação, ou apresentar evidências científicas que embasem. Também preconiza como objetivo a abstinência como único objetivo do tratamento. Estas duas afirmações praticamente resgatam o modelo manicomial e fortalecem a posição das CTs na RAPS, além de desconsiderar inúmeros estudos sobre as estratégias de Redução de Danos. Também desconsidera a coexistência de drogas lícitas e ilícitas e o fato de que a proibição não está vinculada ao cuidado em saúde.

Essas afirmações denotam um explícito desconhecimento da Política de Redução de Danos, afirmando que trata-se de uma estratégia exclusivamente de “redução do consumo”. A Redução de Danos é, antes de tudo, um paradigma ético de cuidado que integra estratégias, programas e políticas visando reduzir as consequências sociais, econômicas, raciais, culturais e históricas que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas, favorecendo a construção de vínculos comunitários, melhorando a qualidade de vida e bem estar dos sujeitos e suas famílias, e a garantia das liberdades individuais como cidadãos de direito. Portanto, a Redução de Danos comporta, sim, a abstinência como objetivo final de um tratamento sem, necessariamente, impô-lo como única estratégia possível. A Redução de Danos busca acolher e cuidar das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas,



compreendendo que nem todas desejam ou conseguem interromper o uso, e para suas necessidades singulares, a construção de estratégias de cuidado deve ser coletiva e dialética.

Apesar de não apontar dados científicos para justificar essas afirmações, a proposta das diretrizes centraliza o poder decisório na comunidade científica, desconsiderando a importância do protagonismo dos usuários de serviços e dos trabalhadores na promoção da saúde, principalmente da saúde mental. A proposta também apresenta um viés biologizante na relação do sujeito com o uso de drogas, pois enfatiza explicações de base genética e fisiológica em detrimento dos aspectos psicossociais. Ainda que fale em “diminuir os danos que ‘as substâncias’ causam às pessoas e à sociedade” preconiza a abstinência como única meta válida no atendimento, associada à redução da oferta (a qual não é uma política propriamente de saúde, e sim de segurança, comumente conhecida como “guerra às drogas”).

O olhar médico-sanitário para o fenômeno do uso de drogas está ancorado no proibicionismo, seguindo a lógica do modelo penal - que vê o uso de drogas como um delito e passível de punição -, ancorado na visão do usuário de drogas como doente, visando a cura. Não obstante, vale ressaltar que o uso de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, multifacetado e que requer abordagens integradas, não restringindo a uma norma médica. Ao considerar os tipos de locais para atendimento, a ABP comete um erro crasso de lógica ou de redação, pois não menciona locais (estabelecimentos) e sim tipos de ações terapêuticas: genéricas, ambulatoriais e intensivas; novamente deixa de mencionar a Redução de Danos, e ainda destaca as CTs (com o nome equivocadamente de “Moradias Assistidas para Dependentes Químicos”) como dispositivos que realizariam atenção integral, malgrado os resultados de inspeções promovidas por conselhos profissionais.

Insta frisar o recente Relatório de Inspiração Nacional das Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) que, dentre outros achados, apontou para sérias violações de Direitos Humanos, violências, indícios de tortura, violação da liberdade religiosa e ausência de estratégias de desinstitucionalização. A rotina das CTs estão ancoradas no tripé Disciplina-Trabalho-Religiosidade, o que vai na contramão das evidências científicas.

Cabe contestar o argumento de que o objetivo do tratamento seria “buscar a correspondência entre a natureza e a intensidade dos problemas com a melhor estratégia de tratamento, bem como o melhor local e intensidade do tratamento”, pois esse é exatamente a diretriz de trabalho dos CAPS AD, por meio do PTS. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, quando for necessário.

### **Serviços de Atenção Específica para Doentes Mentais Cumprindo Medida de Segurança e População Prisional com Transtornos Mentais**

O documento não faz a devida referência à já existente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), a qual prevê diversos formatos de equipes em acordo com a quantidade de pessoas presas no estabelecimento e com a pactuação municipal. Estas equipes fazem parte da Atenção Básica na rede SUS, de modo que participam da organização do acesso ao atendimento em saúde. Assim, ainda aquelas que não contam com componentes de atendimento em saúde mental podem e devem organizar o acesso a esse atendimento na rede SUS. De toda forma, considerando que a privação de liberdade consiste fundamentalmente em bloqueios à circulação das pessoas presas, as equipes previstas na PNAISP podem contar com vários profissionais de formação em saúde mental, tais como médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os, assistentes sociais, dentre outros. O acesso à rede SUS é um direito fundamental do qual não estão privadas as pessoas presas, de modo que a PNAISP tal e como está prevista hoje necessita apenas de expansão na cobertura, pois propicia atendimento integral (incluindo a saúde mental) com



acesso a atendimento especializado a partir da Atenção Básica, seguindo as normativas do SUS.

Com a instauração da PNAISP, a “remoção” para o que a ABP chama equivocadamente de Hospitais Forenses (embora o nome vigente seja Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP) fica restrita a situações de crise psíquica, e isto ocorre não por falta de previsão legal para atendimento pelo SUS, mas por falta de profissionais de segurança que possam fazer a guarda durante a internação em hospital geral ou psiquiátrico, bem como por falta de alas adaptadas mediante dispositivos arquitetônicos de segurança para internar pessoas privadas de liberdade. A sugestão de que os HCTP realizem tratamentos psiquiátricos a partir de critérios de complexidade (e não de urgência e emergência) em substituição à rede SUS contraria várias disposições normativas além daquelas que regulamentam o SUS.

As sugestões de que passe a existir ao menos um HCTP em cada Unidade da Federação e de que os existentes recebam reestruturações contrariam o Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001, exarado no bojo do Inquérito Civil Público nº 1.00.000.004683/2011-80 da Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos. Este parecer afirma que a extinção dos HCTPs apresenta-se inexorável, premente, “e todos os recursos federais e estaduais alocados para a sua manutenção devem ser redirecionados para a implementação e expansão dos diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial”. Dessa forma, além de preconizar que sejam extintos, dispõe que não sejam construídas instituições similares que os substituam, tanto nos estados que já possuem quanto nos estados que não tem HCTPs. Estas sugestões também contrariam a Resolução CNJ nº. 113/2010, cujo art. 14 dispõe que a “sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança será executada nos termos da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, e da Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001”. Igualmente, seu art. 17 determina que o “juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001”.

A sugestão do documento também contraria dispositivos do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), que são vinculantes por força do princípio da legalidade. O art. 8º da Resolução 05/2004 do CNPCCP dispõe que “Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.” E o art. 6º da Resolução 04/2010 do CNPCCP, de acordo com o qual o “Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário”. Por sua vez, o art. 1º da Resolução CNPCCP 2/2014 exclui os HCTP das possibilidades para solicitação de recursos destinados à “construção, ampliação, reforma ou aquisição de equipamentos”.

Além disso, o art. 22 da Resolução nº 08/2019 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) afirma que: “A condição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico conhecidos como Manicômios Judiciários reflete uma total falência de um cuidado integral com vistas a reinserção da pessoa internada”, e menciona o relatório realizado em 2015 pelo CFP, em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), o qual indicou que “o Manicômio Judiciário reúne o pior da segregação com o pior do estigma” e indica que deve “ser garantida a intervenção conjunta com as equipes da Rede de Atenção Psicossocial, a qual deve acontecer de forma regular e contínua, como previsto no plano nacional de assistência prisional, independente do tipo de instituição restritiva de liberdade onde se encontre o indivíduo”, e que a Lei 10.216/2001 “veta explicitamente a internação de pessoas em instituições de características asilares”.

Em relação à participação do SUS no custeio ao atendimento de “pacientes judiciários”, quando o atendimento é prestado diretamente pelo SUS, como ocorre nas Unidades



Federativas onde existem Serviços de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da PNAIPS à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional a existência de HCTP é dispensável.

Em relação aos “programas específicos para a prevenção do suicídio e para o manejo do abuso e dependência de substâncias psicoativas” podemos afirmar que estes programas já podem e devem ser desenvolvidos pelas equipes da PNAISP, notadamente aquelas que contam com componentes de atendimento em saúde mental. A PNAISP foi instituída justamente para contemplar as especificidades do território no ambiente prisional, de modo que precisa apenas ser expandida, e não substituída por modelos que não façam parte do SUS. Dessa forma, a diretriz de “estabelecer contato com unidades extra-hospitalares (CAPS, ambulatórios de saúde mental, etc.), de forma a garantir a continuidade de tratamento psiquiátrico fora do ambiente prisional, para os indivíduos que dele necessitem”, torna-se desnecessária, inadequada e simplista, pois as pessoas privadas de liberdade atendidas por equipes da PNAISP já estão em contato com unidades da rede SUS, e o atendimento em saúde mental não se restringe ao prestado por psiquiatras.

Concordamos com a problematização do conceito de periculosidade e dos seus usos na legislação brasileira. Porém, o documento é apresentado em franca contradição ao questionar este conceito, de uma parte, e propor o fortalecimento dos HCTP (cujos principais dispositivos de sustentação consistem na medida de segurança e a periculosidade que lhe seria inerente por definição).

#### **IV - Financiamento**

O documento apresentado cita os baixos recursos da União investidos em saúde mental e a falta de transparência na aplicação dos recursos, o que dificulta a elaboração de estimativas precisas, o planejamento e a avaliação de efetividade e custo benefício de programas e iniciativas. De fato, emerge aqui um ponto de convergência. Os investimentos em saúde mental são escassos. Mas podemos ir mais além em nossa análise.

O relatório “A carga dos transtornos mentais na Região das Américas”, da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2018), já apontava que, embora os problemas de saúde mental na região respondessem por mais de um terço da incapacidade total na Região, o investimento destinado à saúde mental representa, em média, 2% do orçamento de saúde do país e, dessa porcentagem, cerca de 60% se destina a hospitais psiquiátricos. Segundo Claudina Cayetano, da OPAS, “Os países de baixa renda, em particular, agravam sua carência de recursos ao alocarem escassos fundos em hospitais psiquiátricos. Isso significa que as pessoas com os problemas de saúde mental mais comuns, como depressão, ansiedade e outros transtornos que podem ser eficientemente atendidos na comunidade, ficam sem atendimento”. Ou seja, investe-se pouco e investe-se mal. Nessa mesma publicação, a OPAS reafirma a recomendação de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e investimento em serviços comunitários, de atenção primária e hospitais gerais.

Isso reforça o que já vinha sendo assinalado pela Organização Mundial da Saúde - OMS no Atlas da Saúde Mental (2017), que afirma haver escassez de investimento em serviços de saúde mental comunitários e defende a aceleração da transição para modelos de cuidado baseados na comunidade e o que já vinha sendo recomendado pela OMS em documentos anteriores, como no Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020, por exemplo.

Vários estudos apontam que a organização de uma rede de cuidados em saúde mental deve ser iniciada e ter como foco o fortalecimento dos cuidados na atenção primária, com apoio de equipes especializadas, sempre que necessário.

No Brasil, estudo de 2017 sobre governança e mecanismos de avaliação apontou a saúde mental como área subfinanciada do SUS, já cronicamente subfinanciada. No evento online “Saúde mental para todos – investimento e acesso para o exercício da cidadania”, organizado pela Fiocruz Brasília, a pesquisadora Renata Weber Gonçalves apresentou os resultados preliminares de um estudo ainda não publicado sobre os gastos



federais em saúde mental no Brasil . Além de destacar a lacuna existente na série histórica dos dados sobre financiamento – já que o Ministério de Saúde interrompeu a publicação desses dados – a pesquisadora conseguiu fazer estimativas e observou que os gastos com saúde mental tiveram uma queda em 2016 e depois ficaram estáveis até 2019. Observou também a comparação entre gastos hospitalares e extra-hospitalares e pontua que em 2006 a linha dos gastos hospitalares se igualou a linha dos gastos extra-hospitalares e, a partir daí, a linha dos gastos extra-hospitalares passou a ser maior. Mas essa tendência de inversão dos gastos se estabilizou nos últimos anos e as linhas tornaram-se paralelas. Também não houve expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nesses últimos anos.

Os CAPS possuem distribuição desigual entre as regiões do país e, tal como outros serviços comunitários de saúde mental, vêm sofrendo e fragilizando-se com o financiamento inadequado e a desvalorização das equipes. O desmonte causado pelo subfinanciamento enfraquece os serviços, prejudica a saúde dos profissionais desses equipamentos e gera desassistência para as pessoas em sofrimento mental. Evidências sobre a eficácia e custo efetividade dos serviços comunitários e da atenção primária não faltam – os exemplos aqui citados dão apenas um relance, de modo que, utilizar-se da fragilidade decorrente dessa situação para questionar o modelo de atenção psicossocial, o que parece ser uma estratégia orquestrada para minar o potencial de cuidar e de promover saúde que os serviços comunitários têm, e prejudica, acima de tudo, os usuários do sistema de saúde.

Uma proposta coerente para a organização da rede de cuidados em saúde mental passa pelo aporte de investimentos em serviços comunitários de saúde mental e formação continuada de profissionais, revisão dos valores de investimento nos serviços (que estão estagnados), apoio à gestão territorial na organização de sua rede de atenção à saúde mental, pesquisas sobre a organização de serviços e modelos de cuidado, aprimoramento do monitoramento e da avaliação de ações e serviços de saúde mental, fortalecimento dos sistemas de informação e transparência dos dados. Para além disso, a emenda constitucional 95, com objetivo de estabelecer um teto de gastos públicos impossibilita sobremaneira os investimentos na área de saúde, educação e seguridade social. Sabe-se, no entanto, que os gastos com saúde e educação reverberam em desenvolvimento e diminuem a desigualdade social no Brasil. Segundo a OMS :

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são moduladas pela distribuição de renda, poder e recursos em nível global, nacional e local e são influenciadas por decisões políticas. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde – as diferenças injustas e evitáveis entre pessoas e países.

Portanto, o baixo investimento na área de saúde que hoje encontra-se em 2%, somado ao subfinanciamento e a emenda constitucional que inviabiliza novos esforços na área de saúde mental, produzem desigualdade social e colaboram a longo prazo no adoecimento psíquico e social da população brasileira.

## **V – Avaliação e controle**

Avaliar ações de uma Política Pública requer a compreensão do modelo vigente a partir da realidade vivida pelos serviços, pela lógica que embasa a construção e efetivação destas ações e por todo um conjunto teórico e técnico que se expressa pelas práticas diárias nos serviços.

No campo da assistência à Saúde Mental no Brasil, que desde o final dos anos 1970, vem construindo e implementando uma política pública pautada pela relação íntima entre desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e exercício de cidadania com os princípios doutrinários do SUS, universalidade, integralidade e equidade, os processos de avaliação e controle das ações torna-se fundamental para a melhoria dos serviços e, conseqüentemente, uma melhor assistência à população.



Diversos mecanismos operados por órgãos distintos, contribuem para um processo complexo de avaliação e controle da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil. Tribunais de Contas estaduais, Tribunal de Contas da União, os Conselhos de Saúde e o próprio Ministério da Saúde através dos seus diversos órgãos, compõem um conjunto de atores que já fiscalizam a política pública nos seus mais diversos aspectos. Além disso, estas fiscalizações levam em consideração o modelo vigente e toda a legislação que embasa as ações desenvolvidas, como por exemplo, a Lei nº 10.216/2001, o Decreto nº 7.508/2011 e a portaria 3.088/2011.

Exemplo importante destas ações é o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH/Psiquiatria, que exerceu um papel importante na fiscalização e descredenciamento de instituições que violavam direitos humanos e não condizentes com as práticas de cuidado previstas a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Vale ressaltar ainda que todos os equipamentos e serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS apresentam Projetos Terapêuticos que orientam as ações nos/dos serviços com base em princípios e diretrizes, tanto do SUS como da própria política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas vigente no país.

Assim, diante do documento intitulado "Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil" construído por associações médicas, chama atenção a ideia muito vaga da criação de equipes de avaliação nos três níveis do estado (municipal, estadual e federal), além de incluir como agentes fiscalizadores da política pública integrantes da ABP e do CFM.

As associações profissionais devem fiscalizar as práticas dos seus associados nos diversos espaços nos quais a profissão é exercida, porém não cabe a estas associações a função de fiscalizar a política pública desta forma. Caso queiram exercer este papel é importante se habilitarem a participar do controle social através dos conselhos de saúde dos municípios e estados. Mais uma vez parece-nos a tentativa das associações médicas de estabelecerem relações de poder nos diversos processos que compõem a política pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

## **VI - Formação e qualificação profissional**

Sobre a Formação e qualificação profissional, as chamadas "Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil" apontam a importância de uma formação técnica, ancorada em evidências científicas, para a qualificação do trabalho no SUS. Entretanto, o próprio documento não considera as evidências desenvolvidas há muitas décadas a respeito da importância do cuidado em serviços de base territorial e a iatrogenia dos hospitais psiquiátricos no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Parece-nos haver, de parte dos autores das "Diretrizes" um total desconhecimento, ou desconsideração, da legislação nacional que regulamenta o SUS no que tange a formação de trabalhadores para o sistema.

Cabe lembrar que a Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 200, afirma a competência do SUS por ordenar a formação dos profissionais da área de saúde, o que é reafirmado na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), sendo base para o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde pelo Ministério da Educação (MEC). As diretrizes curriculares estabeleceram a consonância das graduações em profissões do campo da saúde com os princípios e diretrizes do SUS, considerando as necessidades sociais em saúde, promovendo alterações importantes nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, com vistas a aproximar precocemente os graduandos dos territórios de vida dos usuários do SUS.

Do mesmo modo, o art. 27 da Lei nº 8.080/1990, estabeleceu que a política de recursos humanos na área da saúde deve organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino (aperfeiçoamento profissional, graduação e pós-graduação), buscando aproximar cada vez mais os profissionais das necessidades do sistema de saúde, tendo em vista que anteriormente a implantação do SUS a formação estava voltada para o sistema privado.



Especificamente em relação à formação em saúde mental, o SUS reconheceu a relevância da formação em serviço, proposta pelos programas de residência e houve uma ampliação no financiamento desta modalidade nos últimos 20 anos, criando Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (RMS), tendo a Saúde Mental como uma das ênfases temáticas prioritárias. Ao contrário das Residências em Psiquiatria, as RMS formam profissionais de diferentes profissões da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) para o trabalho em equipe em diferentes estabelecimentos da RAPS, não centralizando a formação em serviços de internação.

A participação dos médicos residentes, em formação nas Residências em Psiquiatria, nos diferentes dispositivos de cuidado que compõem a RAPS (Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção residencial de caráter transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial) permitiria um conhecimento ampliado da rede de atenção à saúde mental no SUS, facilitando o reconhecimento das necessidades singulares dos usuários e a garantia da integralidade do cuidado em saúde mental. Entretanto, o programa mínimo da formação nas Residências Médicas em Psiquiatria, disponível no Portal do MEC, refere apenas no segundo ano da residência (em um total de três anos): “Estágio em Ambulatório ou CAPS ou NAPS (mínimo 40% de carga horária anual); com obrigação de desenvolver as seguintes áreas: Dependência Química; Psiquiatria Geriátrica; Psiquiatria da Infância e Adolescência; Ambulatórios especializados (ex.: Esquizofrenia, Transtorno do Humor); Psiquiatria Geral” (CNRM, S/D). Considerando que, mesmo este curto período, este componente da formação pode ser realizado em ambulatório, centrado na atenção aos diagnósticos das patologias e não na atenção integral proposta em um serviço territorial do tipo CAPS, compreende-se a falta de implicação de muitos dos profissionais da Psiquiatria com a política de saúde mental antimanicomial que defendemos.

O documento das entidades médicas refere que “Do ponto de vista mais específico do psiquiatra a formação de referência deve ser a residência médica, realizada em instituição credenciada pelo Ministério da Educação, segundo diretrizes amplamente discutidas pela sociedade”, porém, desconsidera a vasta literatura e ampla discussão da sociedade que aponta diretrizes de cuidado e de formação que priorizam o cuidado em saúde mental em serviços abertos, não manicomiais, que estabeleçam projetos terapêuticos pactuados com os usuários de acordo com a singularidade de suas necessidades e desejos. Sim, a formação para o cuidado integral em saúde mental precisa considerar os usuários como sujeitos desejantes e não como doentes mentais, incapazes de falar sobre si.

## **VII - Conclusões:**

1. A reformulação da assistência em saúde mental defendida pelas entidades ABP, AMB, CFM e outras entidades coloca o hospital psiquiátrico de volta à rede assistencial e entende a “doença mental” como algo individual, descontextualizada das relações políticas e sociais, que deve ser corrigido através de intervenções de especialistas. A franca oposição ao processo histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira que busca, desde o processo de redemocratização do país, denunciar a constatação das atrocidades de hospitais psiquiátricos praticadas pelo estado brasileiro, comparados a campos de concentração nazistas (Arbex, 2013). Na última inspeção de hospitais psiquiátricos realizada em 2019, foi demonstrado que há quase 20 mil leitos em hospitais psiquiátricos no país, sendo dois deles os maiores da América Latina. Mais da metade dos hospitais que continuam em funcionamento são da época da ditadura militar, e todos os inspecionados apresentaram violações de direitos humanos (CFP, MNPCT, CNMP, MPT, 2020). Isso demonstra a urgência de continuidade das estratégias de desinstitucionalização, com a manutenção e ampliação de SRT, PVC, CAPS, serviços da Atenção Básica, entre outros.

A ABP e demais entidades parecem não ter acompanhado a evolução histórica do reconhecimento das pessoas em sofrimento mental como sujeitos de direitos, ao invés de objetos de intervenção médica. O reconhecimento internacional do Brasil por seu processo



de Reforma Psiquiátrica é foco de estudos e exemplo no campo da saúde mental mundial, e os progressos alcançados devem ser mantidos e fortalecidos (Caldas de Almeida, 2019). A lei nº 12.847/2013, que criou o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, apresenta como estado de privação de liberdade a internação em hospitais psiquiátricos. É importante afirmarmos nosso repúdio ao processo de contrarreforma e de manutenção da mercantilização da loucura (Nunes et. al, 2019) a partir do desmonte da RAPS em 2017, por meio da Portaria nº 3.588/2017, do estímulo ao financiamento de CTs e da adoção da abstinência como estratégia de tratamento, determinadas pelo Decreto nº 9.761/2019, assim como da tentativa de revogação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento para Pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em 2020, indo na contramão dos consensos e instrumentos internacionais de direitos humanos, conforme a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD, ratificada em 2008.

2. A Atenção Básica é um importante componente da RAPS. O cuidado oferecido pela atenção básica proporciona a diminuição do estigma e amplia o olhar sobre a saúde do sujeito. O apoio matricial e o cuidado compartilhado são tarefas desempenhadas pelos profissionais que compõem a RAPS, sendo incluídos nas normativas do Ministério da Saúde através da Portaria nº 854/2012 como procedimento específico de CAPs.

3. Desde a criação do primeiro CAPs, constantes aprimoramentos foram feitos para atender as necessidades que se colocaram. Atualmente existem diferentes tipologias de CAPs, que atendem crianças, adolescentes e adultos. Dependendo do tipo de serviço podem funcionar somente durante a semana ou 24 horas por dia. Em função da estagnação do crescimento do número de serviços, de fato, o número ainda é inferior ao necessário.

A RAPS, instituída em 2011, buscava criar, diversificar e articular serviços e ações para pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio do cuidado em liberdade, respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia das pessoas e acesso a serviços, além do combate a estigmas e preconceitos. Com atuação territorial e intersetorial, considerando as especificidades regionais, busca ofertar cuidado integral e assistência multiprofissional sob a ótica interdisciplinar, o que favorece a inclusão social e o exercício da cidadania de usuários e familiares (Brasil, 2011). O modelo de atenção proposto pelas entidades médicas vai de encontro a isso. O que parece estar em questão é o reposicionamento do papel do médico nas equipes assistenciais. O modelo de trabalho utilizado na saúde mental considera o usuário como protagonista do seu acompanhamento através do PTS e entende que as ações de cuidado devem ser horizontalizadas, com participação igualitária de todos os profissionais dos serviços.

É histórica a iniciativa de patologização das experiências de vida por psiquiatras, que classificavam como transtorno mental a homossexualidade e o transexualismo, o que foi revisado a partir da “falta de evidências empíricas” para sustentar a patologização e medicalização da orientação sexual (Cochran et al, 2014).

4. Sobre o atendimento emergencial, entendemos que toda a RAPS é responsável por acolher uma pessoa em sofrimento. Esgotadas as possibilidades de manejo da crise no âmbito territorial, a emergência – localizada no hospital geral – pode ser acionada. Não se faz necessária a criação de uma emergência exclusiva de psiquiatria. [Referências atenção à crise; protocolo SM SAMU; Portaria 3088/2011 - Atenção Básica e CAPS - emergência].

5. O cumprimento da Lei 10.216 depende do investimento governamental nas diversas políticas públicas. Apesar das dificuldades pela falta de investimento financeiro e da resistência ao modelo de assistência comunitária, tivemos avanços importantes na política de saúde mental brasileira, como a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços comunitários de saúde mental. Referência internacional mudança curva financiamento, SM em Dados 2015.



6. Eletroconvulsoterapia (ECT): Apesar de reivindicarem o uso da ciência como base de seus argumentos, as entidades médicas omitem para a população tanto as fracas evidências sobre a eficácia da ECT, popularmente conhecida como eletrochoque, quanto aos riscos de seu uso (Sinclair, et al., 2019; Read, et al., 2020). Mais ainda, afirmamos que o acúmulo de conhecimento científico não pode estar acima da maior expressão de participação popular para construção das políticas de Estado, independentes de governos específicos, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial. Nela, são afirmadas a não remuneração pelo SUS da ECT, psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva, além da abolição de práticas de tratamentos cruéis e degradantes (IV Conferência ).

7. Nosso Código de Ética afirma a defesa dos direitos humanos, o respeito e promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano, sendo vedada à categoria praticar ou ser conivente com atos de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão (CFP, 2005). Os desafios colocados para fortalecer os cuidados em saúde mental em liberdade estão postos desde o início da Reforma Psiquiátrica por demandarem mudanças importantes na sociedade brasileira, marcada pelo racismo estrutural (Almeida, 2019), violência contra mulheres, população LGBTQI+, em situação de rua e que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. Compreendendo que a saúde mental depende de políticas públicas que assegurem o exercício de direitos e cidadania, o Sistema Conselhos de Psicologia vem à público se declarar/reiterar à maior categoria de profissionais da América Latina e à toda sociedade seu compromisso ético, técnico e político histórico com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua contribuição por uma sociedade sem manicômios.

#### REFERÊNCIAS:

- Almeida, Silvio (2019). Racismo estrutural. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Arbex, Daniela (2013). Holocausto Brasileiro. 1ª Ed. – São Paulo: Geração Editorial. Disponível em: <http://geracaoeditorial.com.br/holocausto-brasileiro/>
- Brasil (1984). Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Brasil (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde (1990). Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). Portaria nº 251/GM de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: <https://portal.arquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-)



2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=Regulamenta%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080

• Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

• Brasil. Ministério da Saúde (2012). Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-854-22-AGOSTO-2012.pdf>

• Brasil (2013). Lei nº 12.847 de 02 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12847.htm)

• Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (2013). Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília. Disponível em: [http://sectordialogues.org/sites/default/files/acoes/documentos/publicacao\\_dialogos\\_sobre\\_a\\_populacao\\_em\\_situacao\\_de\\_rua\\_no\\_brasil\\_e\\_na\\_europa.pdf](http://sectordialogues.org/sites/default/files/acoes/documentos/publicacao_dialogos_sobre_a_populacao_em_situacao_de_rua_no_brasil_e_na_europa.pdf)

• Brasil. Ministério da Saúde (2017) Portaria nº 3.588/2017: Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html#:~:text=Alterar%20as%20Portarias%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o,Psicossocial%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html#:~:text=Alterar%20as%20Portarias%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o,Psicossocial%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias)

• Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública (2018). Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view>

• Brasil (2019). Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019: Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)

• Caldas de Almeida, J. M. (2019) Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso)

• Cecílio, L. C. de O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, v.13, n.3, p.469-478. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci_abstract&tlng=pt)

• Cochran SD, Drescher J, Kismodi E, Giami A, r68 Garcia-Moreno C, Atalla E, et al. (2014) Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bulletin of the World Health Organization, 2014;92:672-679. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541.pdf>

• Conselho Nacional de Direitos Humanos - CNDH (2019). Resolução nº 08 de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resoluon8sademental.pdf>

• Conselho Nacional de Justiça (2010). Resolução CNJ nº. 113 de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/>



resolucao\_113\_20042010\_25032019153433.pdf

- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP (2004). Resolução nº 05 de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPCP-5-2004>
- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP (2010). Resolução nº 04, de 30 de julho de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPCP-4-2010>
- Conselho Federal de Psicologia, CFP (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia, CFP (2018). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP (2019). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Edição revisada, elaborado no âmbito do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas\\_web-FINAL.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf)
- Couto, Maria Cristina Ventura, Duarte, Cristiane S, & Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 384-389. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Feantsa. Traducida por RAIS Fundación (2016).Guía Housing First: Europa. Disponível em: <http://housingfirstguide.eu/website/>
- Internacional Harm Reduction Association - IHRA (2010). O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). London: International Harm Reduction Association. (IHRA Briefing). Disponível em: [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf)
- Lopes, Claudia de Souza. (2020). Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00005020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000200201](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000200201)
- Nunes, Mônica de Oliveira, Lima Júnior, João Mendes de, Portugal, Clarice Moreira, & Torrenté, Maurice de. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498. Epub November 25, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204489](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489)
- Olivenstein, C. (1988). *A droga*. Ed. Brasiliense. São Paulo.
- Open Society Foundatios (2017). *Crack: reduzir danos*. Lições brasileiras de saúde, segurança e cidadania. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/crack-reduzir-danos/pt>
- Organización Mundial de la Salud WHO (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=F712DE77B744DBCCB7271D0C991C23B9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=F712DE77B744DBCCB7271D0C991C23B9?sequence=1)
- Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS (2018). *La carga de los trastornos*



- mentales em la Región de las Américas. Washington, D.C. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
- Sinclair, Diarmid JM et al. (2019) Electroconvulsive therapy for treatment resistant schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 3., <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011847.pub2/full>
  - Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora Da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial.(2010). Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)
  - Trapé, T. L., Onocko Campos, R. (2017). The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. Rev Saúde Pública. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100211](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100211)
  - Tsemberis, S. (2010). Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders. Minnesota: Hazelden Publishing. Disponível em: <https://www.homelesshub.ca/resource/housing-first-pathways-model-end-homelessness-people-mental-illness-and-addiction>
  - World Health Organization, WHO (2017). Mental Health Atlas 2017. Geneva. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/)
  - Rui, T.; Fiore, M.; Tófoli, L. F. (2016) Pesquisa preliminar de avaliação do Programa “De Braços Abertos”. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo/SP. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Braços-Abertos-1-2.pdf>