

A VOLTA DOS MANICÔMIOS: REFLEXÕES ACERCA DA NOTA TÉCNICA n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN

*The Return of Asylums: Reflections About the Technical Note N. 11/2019-
CGMAD/DAPES/SAS/MSN*

Paulo de Tarso Miguel ¹

Jássio Pereira Medeiros ²

Artigo encaminhado: 15/04/2021
Artigo aceito para publicação: 11/02/2022

RESUMO: O presente texto tem como objetivo refletir acerca do conteúdo da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, a qual traz propostas de modificações para a Política Nacional de Saúde Mental. O estudo foi de caráter documental e descritivo, com abordagem qualitativa. Nele procurou-se o estabelecimento de categorias de análise para melhor exploração da temática investigada. A análise mostrou como a Nota Técnica altera, de forma significativa, a estrutura da atual Política Nacional de Saúde Mental que foi fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As reflexões realizadas consideram que o documento foi elaborado e aprovado sem o devido debate com a sociedade civil, além de entender que a Nota Técnica incentiva a internação de crianças e adolescentes a longo prazo; promove a volta dos hospitais psiquiátricos, assim como o retorno ao método de recuperação baseado em eletrochoque.

Palavras-Chave: Saúde mental. Política nacional de saúde mental. Hospitais psiquiátricos.

ABSTRACT: This paper aims to reflect on the content of Technical Note no. 11/2019-CGMAD / DAPES / SAS / MSN, which brings proposals for changes to the National Mental Health Policy. The research was documental and descriptive with a qualitative approach. This research sought to establish categories of analysis for better exploration of the research theme. The content analysis showed how this Technical Note significantly changes the structure of the current National Mental Health Policy that was the result of the Brazilian Psychiatric Reform movement. The reflections made considered that the document was prepared and approved without due debate with civil society, in addition to understanding that the Technical Note encourages the hospitalization of children

¹ Graduado em Gestão Pública. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. paulotarso.tarso@gmail.com

² Doutor em Educação. Professor efetivo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. jassio.pereira@ifrn.edu.br

and adolescents in the long term, promotes the return of psychiatric hospitals, as well as the return to the electroshock-based recovery method.

Keywords: Mental health. National mental health policy. Psychiatric hospitals.

1 INTRODUÇÃO

Para falar de Saúde Mental no Brasil é mister abordar preliminarmente a lei, em vigor, que determina as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. A Lei n. 10.216/2001 promove um redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental e dedica-se à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001). Essa Lei foi uma conquista proveniente de lutas que desencadearam a denominada “Reforma Psiquiátrica”.

A Lei n. 10.216/2001 dispõe sobre a atenção em saúde, determinando que essa deve ser realizada de forma prioritária em serviços abertos e comunitários, inseridos nos territórios de moradia dos usuários, visando facilitar o acesso e a livre circulação das pessoas que são ali atendidas. Desse modo, a lógica hospitalocêntrica (centrada em hospitais) do cuidado, por muito tempo predominante, começa a ser colocada em segundo plano, recorrendo-se a uma nova lógica focada na atenção descentralizada, ou seja, baseada na ideia de que o cuidado deve ser realizado próximo ao contexto de vida das pessoas (ZANARDO; LEITE; LEITE, 2017).

Tendo em vista que este texto procura confrontar a atual política de saúde mental brasileira com as intenções contidas na Nota Técnica n. 11/2019, parte-se para a apresentação da citada Nota. O dissenso paradigmático entre os dois objetivos será apresentado mais à frente neste texto.

2 A NOTA TÉCNICA EM QUESTÃO

A Nota Técnica n. 11/2019 foi produzida pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a). Foi divulgada no dia 04 de fevereiro de 2019, no endereço eletrônico oficial do Ministério da Saúde, mas logo em seguida, devido às inúmeras críticas a seu conteúdo, foi de lá retirada. A Nota traz em seu corpo novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental, corroboradas por portarias e resoluções publicadas entre outubro de 2017 e agosto de 2018.

Quando da sua divulgação, o Ministério da Saúde afirmou que o texto do documento ainda não estava pronto e passaria por consulta interna no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) para receber contribuições de servidores do Ministério e de outros órgãos, como o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Só assim, após essa consulta e a elaboração de sua versão final, o documento poderia ser aprovado pela diretoria da área e pela respectiva secretaria. Nesse sentido, não haveria uma data prevista para sua conclusão e implementação.

Apresentado esse breve contexto expõe-se, a seguir, os objetivos do presente estudo.

3 OBJETIVO

Refletir acerca do conteúdo da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, a qual traz propostas de modificações para a Política Nacional de Saúde Mental.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo em questão pode ser caracterizado como de caráter descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa, a partir de análise documental. Por não utilizar levantamento de dados envolvendo diretamente indivíduos, ao presente texto não se aplicam os princípios contidos nas Resoluções do CNS em vigor que abordam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Realizou-se uma análise do conteúdo da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, a qual esclarece as mudanças sugeridas em documentos entre 2017 e 2018, que visavam alterar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Em seu texto há a presença de 10 documentos, entre resoluções e portarias publicadas no período, que alteram as medidas direcionadas à PNSM. As portarias e resoluções presentes nessa nota estão descritas na próxima seção deste texto.

O acesso à nota técnica alvo deste estudo se deu por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a). Utilizou-se a análise de conteúdo, conforme proposta de Bardin (2011), fazendo uso de uma grelha de

análise construída a partir de elementos presentes na nota, repartidos em categorias. Foi seguida a categorização semântica, focada em palavras-tema presentes no documento e importantes para o debate aqui construído.

Com isso, a análise seguiu as seguintes fases:

- a. Leituras Flutuantes: primeiros contatos com a fonte de análise, na intenção de explorar as possibilidades para um debate relevante acerca da temática.
- b. Seleção das unidades de análise (ou unidades de significados): correspondeu à escolha das palavras-chave que orientaram a análise do conteúdo. Foram estabelecidas quatro palavras-chaves que estão em ênfase no texto do documento e que contribuem para um debate acerca da PNSM.
- c. Processo de categorização: a categorização se construiu de forma não apriorística, de maneira que as categorias emergiram do contexto do material analisado.

A discussão acerca das categorias identificadas está exposta na sequência, a partir de referencial teórico construído, principalmente, mas não exclusivamente, em consulta à base de dados Google Scholar, considerando como filtros de busca para os textos, artigos publicados a partir de 2016, em periódicos com classificação Qualis Capes no extrato 'A', e que continham em seu título ou resumo as categorias de análise definidas neste estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados aqui expostos procuram instigar uma reflexão crítica acerca do conteúdo da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, para que se possa entender qual o rumo do campo de saúde mental no país a partir das propostas, ideias e alterações nela presentes.

Inicialmente, o documento apresenta discussões acerca das mudanças na política de saúde mental, que vêm ocorrendo desde 2017, quando a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que reunia o Ministério da Saúde e representantes dos estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à saúde mental, promovendo alterações na política, conforme a

Resolução CIT n. 32/2017 e a Portaria n. 3.588/2017. Ainda segundo a Nota Técnica, essas mudanças tiveram como objetivo tornar a PNSM mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada.

O Ministério da Saúde justificou as medidas adotadas na Nota Técnica pela realização de um “diagnóstico inédito”, no qual foram encontradas irregularidades e fragilidades no cenário atual da PNSM. Abaixo segue trecho da Nota Técnica:

Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS (BRASIL, 2019a, p. 5).

Seguem-se, na nota, diversos documentos, os quais são apresentados, a seguir, e em dois quadros sínteses. Nos quadros estão, de forma sumária, o que trata cada um desses documentos.

Quadro 1 – Documentos tratados na Nota Técnica N. 11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/MSN

DOCUMENTOS	CONTEÚDO
Portaria GM/MS n. 3588, de 21 de dezembro de 2017	Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria Interministerial n. 02, de 21 de dezembro de 2017	Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.
Portaria GM/MS n. 2663, de 11 de outubro de 2017	Redefine os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
Portaria GM/MS n. 1315, de 11 de março de 2018	Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria SAS/MS n. 544, de 7 de maio de 2018	Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.
Portaria GM/MS n. 2.434, de 15 de agosto de 2018	Reajuste do valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
Resolução CIT n. 32/2017, de 17 de dezembro de 2017	Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS.
Resolução CONAD n. 1, de 9 de março de 2018	Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002.
Resolução CIT n. 35/2018, 25 de janeiro de 2018	Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento
Resolução CIT n. 36/2018, de 25 de janeiro de 2018	Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

As unidades de análise, ou categorias, foram construídas a partir da observação da quantidade de vezes que elas apareceram no decorrer do documento, ou seja, o número de vezes que esses termos foram mencionados ao longo do texto da Nota Técnica. Ao todo, foram estabelecidas quatro categorias ou “unidades de análise”. Para melhor visualização dessas categorias, foi elaborada a grelha a seguir.

Quadro 2 – Grelha de análise referente a Nota Técnica 11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/MSN

CATEGORIAS/UNIDADES DE ANÁLISE	PALAVRAS-CHAVE / NÚMERO DE VEZES QUE A UNIDADE SURGE NO DOCUMENTO
Tratamento	Menções no texto: 40 Palavras-chave: tratamento efetivo; modalidade de tratamento; oferta de tratamento; tratamento adequado; tratamento de qualidade; estratégias de tratamento.
Drogas	Menções no texto: 38 Palavras-chave: Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD); Política Nacional sobre Drogas; usuários de drogas; dependência; Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas; CAPS AD IV; uso de drogas.
Hospitais Psiquiátricos	Menções no texto: 22 Palavras-chave: internações; atendimento adequado; escassez de leitos; leitos psiquiátricos especializados; desinstitucionalização; modalidade assistencial.
Prevenção	Menções no texto: 7 Palavras-chave: esfera de prevenção; ações de prevenção; campanhas.

Fonte: Autores (2021)

5.1 Categoria 1: *tratamento*

A Nota Técnica foca, de forma intensa, a ideia de “tratamento”; tanto com relação às modalidades, como também na forma de uma expressão geral. Logo de início, a palavra “tratamento” surge na página 3: “A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental”. O tratamento aqui destacado é colocado no corpo do texto enquanto pilar da PNSM e essa intenção se repetirá em outras partes da Nota Técnica. Ainda na mesma página, é apresentada a seguinte noção sobre modalidade de tratamento, referente ao que se pretende com as mudanças propostas no documento: “O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável” (p. 3).

O questionável, no que está transcrito acima, está na compreensão do que a Nota Técnica defende enquanto “tratamento efetivo” e “modalidade de tratamento validada e aplicável”. Essa discussão se torna importante visto que o conceito de “tratamento” sofre alteração com a presente nota. Mencionar que nenhuma modalidade de tratamento será deixada de lado, dá margem à interpretação de que qualquer modalidade de tratamento é aceitável, incluindo aqueles que são considerados antiquadas ou até mesmo inapropriados na visão da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021).

A retomada de formas de tratamento questionáveis e extremamente invasivas, como por exemplo a Eletroconvulsoterapia (ECT), deve ser vista como algo preocupante e merece as devidas reflexões. Na Nota Técnica a busca por esse tipo de tratamento está vinculada ao juízo de “melhor aparato terapêutico para a população”. Além disso, incentivará a compra de aparelhos de eletrochoque, visto que estes passam a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11.711. Desse modo, o Ministério da Saúde passaria a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e que sejam refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019a, p. 6).

A terapia ECT corresponde à aplicação de uma corrente elétrica de baixa intensidade na região das têmporas no indivíduo, induzindo convulsões que duram cerca de um minuto. Essas convulsões interferem na liberação de neurotransmissores no cérebro. A premissa é de que, em algumas doenças, o equilíbrio dessas substâncias, responsáveis pela comunicação entre as células do sistema nervoso, esteja afetado. Na atualidade, esse tipo de tratamento é visto de diferentes perspectivas: como proposta terapêutica, intervenção corporal invasiva e violenta, elemento de controle e punição nos hospitais psiquiátricos, ou até instrumento de abuso de poder (OLIVEIRA, 2019). Ainda de acordo com o autor, o financiamento público de aparelhos de eletrochoque promove a volta de um modelo que privilegia uma lógica manicomial, constituindo um passo em uma direção equivocada e um retrocesso na PNSM.

Vale ressaltar que a Lei Federal n. 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento não invasivo e em serviços de base comunitária, em detrimento de modelos invasivos e hospitalocêntricos. A OMS, acerca de Saúde Mental, advertia sobre a relevância e eficácia de métodos de tratamento com base na comunidade:

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos (OMS, 2001, p.11).

A Nota Técnica em estudo alega que é “direito do paciente ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei. Ocorre que a lei mencionada, a 10.216/2001, tem em sua construção partes que definem como deve ser o tipo de tratamento mais adequado para os pacientes com problemas de natureza mental, conforme pode-se observar no oitavo e o nono incisos, do Artigo segundo, da lei mencionada:

Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Nesse contexto, percebe-se que a Nota, quando se refere ao tratamento, vai contra o que rege a Lei n. 10.126/2001. Essa última deixa claro, em seu texto, que preza por um tipo de terapêutica não invasiva e baseada em serviços comunitários.

No que diz respeito à modalidade de tratamento “internação”, observou-se, conforme a leitura da Nota Técnica, que ela objetiva recorrer, cada vez mais, à internação como caminho para eficácia no tratamento dos pacientes. Por isso, se alicerça na construção de hospitais psiquiátricos, no aumento de leitos psiquiátricos em hospitais convencionais e no incentivo às chamadas “comunidades terapêuticas”. Conforme o artigo 4º., da Lei n. 10.126/2001, todavia, a internação só pode ser aplicada nas seguintes condições:

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Mais uma vez, o documento oficial do governo contradiz a lei norteadora da PNSM, uma vez que a internação deve ser ponderada não como primeira, mas enquanto última alternativa para o tratamento das pessoas com transtornos mentais.

A internação psiquiátrica, de acordo com a Lei, e com as evidências científicas, deve ser indicada apenas para casos graves, quando se esgotam os recursos extra-hospitalares para o tratamento da pessoa com transtorno mental. A internação de pessoas em instituições com características asilares é proibida. Os casos graves mencionados são aqueles que apresentam uma das seguintes condições: risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social e incapacidade grave de autocuidado.

Desse modo, o objetivo da internação centra-se na estabilização do paciente, minimizando riscos, levantando necessidades psicossociais, ajustando o tratamento psicofarmacológico e a reinserção social do paciente em seu meio no menor tempo possível. Para isso, o profissional médico deve realizar uma análise criteriosa e ética, caso a caso, com o intuito de verificar quando a internação psiquiátrica é absolutamente necessária (LARA; VOLPE, 2019).

5.2 Categoria 2: drogas

Amplamente mencionada no documento, a segunda categoria de análise “Drogas”, se refere ao debate em torno das Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PND), que passaria a sofrer alterações com a Nota Técnica aqui analisada. As modificações da PND envolveriam orientações de tratamento e de reinserção social de pacientes que apresentam dependência química.

A seguir apresenta-se as principais propostas de alterações na política mencionada, dispostas na Nota Técnica (páginas 6 e 7) e apresentadas na Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD 01/2018).

- Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;
- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das Drogas;
- Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos;
- Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;
- Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral;
- Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução (BRASIL, 2019a, p. 6-7).

Percebe-se como um dos pontos mais fortes da discussão em torno da Política de Drogas, a “abstinência”, considerada uma solução plausível e louvável. Nesse sentido, procura-se afastar a lógica da estratégia de Redução de Danos, e centralizar na abstinência o método de tratamento para os usuários de drogas. O conceito amplo de Redução de Danos envolve estratégias de

prevenção à saúde minimizadoras das consequências negativas vinculadas ao uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo delas, primando pelo respeito à liberdade de escolha e responsabilidade do indivíduo (BRASIL, 2005). No extremo oposto, o paradigma da abstinência prega a descontinuidade imediata do uso pela imposição. Esse tipo de tratamento, o qual defende a ruptura do uso como a principal estratégia de saúde pública, não se baseia em evidências científicas comprobatórias do melhor tipo terapêutico e, assim, se coloca contra os avanços da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Redução de Danos (PASSOS; SOUZA, 2011).

Além disso, conforme estabelecido na Medida Provisória n. 870, de 1 de janeiro de 2019, a Política Nacional sobre Drogas passa, desde então, a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania. Com essa separação entre as duas políticas, PNSM e Política de Drogas, fica patente a obstaculização à aplicação aos usuários de álcool e outras drogas dos princípios que regem a atenção psicossocial, voltada ao cuidado em comunidade e à reinserção social do indivíduo.

5.3 Categoria 3: *hospitais psiquiátricos*

A terceira categoria de análise, “*Hospitais Psiquiátricos*”, remete à importância de se trazer à tona um debate sobre a representação desses estabelecimentos no documento estudado como, também, à especificidade desse tipo de medida, que pode ter efeitos profundos no campo de Saúde Mental.

No Brasil vinha ocorrendo um processo gradual de redução de leitos do Sistema Único de Saúde em Hospitais Psiquiátricos desde o ano de 2002. O fechamento progressivo desses leitos é fruto do Movimento de Luta Antimanicomial surgido em meio à Reforma Psiquiátrica. Concomitante a essa redução de leitos psiquiátricos, houve a implantação e o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enquanto métodos substitutivos (FAGUNDES; DESVIAT; SILVA, 2016). Esse cenário sofrerá drásticas mudanças caso seja levada adiante a retomada dos hospitais psiquiátricos e o incentivo ao não fechamento de leitos psiquiátricos, conforme as orientações do documento em análise. Descreve-se, a seguir, um dos trechos do documento que faz referência aos “*Hospitais Psiquiátricos*”:

O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais Gerais, há cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS n. 3.088/2011, usando como referência o postulado pela Portaria GM/MS n. 1.101/2002). Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes (BRASIL, 2019a, p. 8).

Em outro trecho é explicitada, novamente, a intenção de retorno dos hospitais psiquiátricos, com integração à RAPS e focados em “internações humanizadas”, conforme segue:

É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível (BRASIL, 2019a, p. 8).

Há, portanto, uma intenção explícita, na Nota Técnica, de se revigorar os hospitais psiquiátricos, incorporá-los à RAPS e suspender as ações em favor do fechamento de leitos psiquiátricos. O documento, todavia, comete um equívoco na interpretação que é atribuída à RAPS, visto que ela representa uma rede de cuidado focalizada em serviços terapêuticos, comunitários e extra-hospitalares, que se opõe à perspectiva de internações em hospitais psiquiátricos.

A RAPS decorre da Portaria n. 3.088/2011, que estabelece a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011). Foi criada, no espírito da Lei n. 10.216/2001, com o intuito de

oferecer às pessoas com transtornos mentais métodos de tratamento mais dignos, aceitáveis e humanizados, de forma diferente dos serviços ofertados em instituições asilares, como os hospitais psiquiátricos. É válido ponderar que, em que pese a intencionalidade da Nota Técnica aqui analisada, o desmonte da lógica comunitária de tratamento para a saúde mental vem ocorrendo em um contínuo, ou seja, a Nota Técnica constitui um marco que coroa, neste momento, o processo de desmonte que já vinha em andamento. Essa afirmação pode ser constatada no gráfico a seguir, o qual mostra como ocorreu o financiamento federal destinado aos hospitais psiquiátricos nos anos de 2017 e 2018.

Gráfico 1: Proporção do financiamento federal destinado a hospitais psiquiátricos em relação ao orçamento global destinado à saúde mental, no período 2017-2018.



Fonte: Brasil, 2020.

Nota-se, a partir da análise do Gráfico 1, que o valor destinado ao financiamento de hospitais psiquiátricos teve um aumento significativamente maior que o repasse destinado à Rede de Atenção Psicossocial, o que mostra a priorização dos hospitais psiquiátricos frente a outros mecanismos no âmbito da saúde mental no Brasil. Conforme o Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2020) em 2018 o Ministério da Saúde destinou à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas o montante de R\$ 1.508.146.093,08. Isso representa um aumento de aproximadamente 5% sobre

o orçamento executado em 2017. Entretanto, no mesmo período, o aumento do financiamento destinado aos hospitais psiquiátricos cresceu cerca de 26%.

Esse debate acerca dos hospitais psiquiátricos vai além do seu fechamento. Deve ser destacadas as ações para a desinstitucionalização, que não apenas se restringe à *desospitalização*, mas, também, perpassa pelo caminho da desconstrução, baseado na superação de um modelo obsoleto, centrado no conceito de doença como falta e erro, voltando ao tratamento da doença como entidade abstrata. Nesse sentido, a desinstitucionalização entende o sujeito em sua existência e em relação com sua própria vida. Isso implica na construção de possibilidades para ele que não se limitem ao uso de fármacos ou psicoterapias.

A desinstitucionalização consiste em um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político, mas, principalmente, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Essa prática reconhece o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, baseado em terapia cidadã, e não em um cativeiro (AMARANTE, 1998).

Encerrando a discussão sobre essa categoria de análise se faz pertinente uma breve reflexão acerca dos efeitos do “hospital psiquiátrico” em pacientes com longo histórico de internação, que incluem o enfraquecimento de seus vínculos interpessoais, familiares e sociais. Na maioria das vezes a presença familiar, no decorrer das internações, se nulifica ou, no mínimo, se reduz. Esse deslocamento consecutivo, causado pela internação psiquiátrica, acompanha-se do desmonte de amizades, vínculos trabalhistas, possibilidades de reorganização e recomposição de sua vida (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2017). Aqui pode se ver a função do hospital psiquiátrico, que cria um mundo para receber o indivíduo, à parte de suas necessidades reais, mundo que promove a exclusão, a fragilização de vínculos. O hospital psiquiátrico baseado na premissa “cura/normatização”, sustenta práticas excludentes e que em muitos casos desencadeiam o abandono à perpétua internação ou às internações recorrentes, quando nada de palpável pode ser estabelecido, organizado ou recuperado fora do espaço manicomial (AMARANTE; NUNES, 2018).

5.4 Categoria 4: *prevenção*

A categoria “*prevenção*”, última unidade de análise aqui abordada, apresentou um número bem menor de menções na Nota Técnica (07), se comparada às categorias anteriores. Por isso, justifica-se uma análise mais breve para ela. Sobre essa categoria, a Nota Técnica menciona que haverá maior atuação do Ministério da Saúde na esfera de prevenção, compreendendo essa temática como relevante para a discussão acerca de saúde mental no país.

Os argumentos correntes em torno da prevenção definem que a incidência de psicopatologias pode ser reduzida por meio do incremento de fatores de proteção como autoestima, rede de apoio, habilidades de enfrentamento, práticas de socialização positivas, pertencimento e engajamento social (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016). Ainda segundo os autores, em saúde mental essa prevenção deve focar-se no desenvolvimento saudável do indivíduo. Essas ações, definidas como intervenções preventivas, procuram o fortalecimento dos fatores de proteção da população-alvo, sejam eles individuais ou ambientais.

Os fatores de risco, por sua vez, são as características ou variáveis que, em determinado contexto, tornam as pessoas ou grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de desfechos negativos; enquanto os fatores de proteção modificam ou diminuem os efeitos dos fatores de risco (ABREU; MURTA, 2016). Esses autores exemplificam fatores de risco para a saúde mental tais como, habilidades sociais pobres, estilo de enfrentamento negativo, baixa autoestima e baixa autoeficácia, negligência e maus tratos, exposição à miséria e violência na comunidade. Em contrapartida, os fatores de proteção à saúde mental englobam diversificadas habilidades sociais, sucesso escolar, autoconceito positivo, participar de uma comunidade acolhedora, ter práticas educativas parentais saudáveis e suporte social.

Analisando a Nota Técnica, encontra-se a seguinte menção à prevenção em saúde mental:

[...] o Ministério da Saúde também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção. Na frente de dependência química, o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (TamoJunto, Elos e Famílias Fortes). Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica (Programa TamoJunto). [...] O Ministério da Saúde também passa a ter ações prioritárias de

prevenção ao suicídio em seis Estados do país com maiores de tais ocorrências, a saber, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima e Piauí. O Governo Federal liberou R\$ 1.440.000,00 para a realização de ações de prevenção ao suicídio nesses Estados, que ocorrerão por meio de trabalho em conjunto com os territórios, levando-se em consideração as especificidades locais (BRASIL, 2019a, p. 11).

É perceptível o direcionamento das ações de prevenção para dois eixos, o primeiro referente à “dependência química”, e o segundo ao “suicídio”. Não se pode desmerecer o quanto são importantes ações focalizadas nesses dois eixos. Entretanto, o campo dos problemas que envolve a Saúde Mental das pessoas é muito mais amplo e decorre de uma série de fatores ambientais, pessoais e sociais que também devem ser levados em consideração ao pensar-se na esfera de prevenção. Além disso, as informações decorrentes da avaliação realizada nos programas já existentes, mencionadas no documento, não se acompanham de dados que demonstrem os resultados ditos como “bastante insatisfatórios”, nem referenciam esses dados, o que torna a informação questionável. As iniciativas brasileiras de prevenção ao uso de drogas, como os programas referidos no documento estudado, segundo Pedroso, Abreu e Kinoshita (2015, p. 10), “ainda são marcadas por intervenções pontuais, sem continuidade e ausentes de sistematização dos resultados encontrados”.

Por fim, a Nota Técnica traz, no tocante a “prevenção” do suicídio, como foco de ações preventivas, apenas seis estados brasileiros que, segundo o Ministério da Saúde, possuem os maiores índices. Nesse sentido algumas perguntas se fazem necessárias: E nos demais estados, não haverá investimento em ações preventivas? Ou só possuirão tal prioridade quando possuírem índices mais altos? Para Pavoski *et al.* (2018) um dos desafios na condução de programas preventivos em saúde mental se refere à dificuldade de atrair os participantes e obter sucesso no recrutamento. Esse problema, segundo a autora, pode ser solucionado quando se implementa intervenções universais destinadas a populações inteiras, devido às especificidades do Brasil e de suas regiões.

Como o próprio nome sugere, “ações preventivas” decorrem da importância de se acautelar estados mais graves de saúde mental, e isso significa que se pretende um cuidado inicial e primário que vise a não necessidade de medidas mais intensas, como internações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi refletir acerca do conteúdo da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, a qual traz propostas de modificações para a Política Nacional de Saúde Mental. Esse documento, lançado pelo Ministério da Saúde, intenciona promover mudanças significativas em relação ao campo de Saúde Mental no país, redirecionando as formas de atuação, de tratamento e de recursos. A Nota Técnica estava presente em portais digitais do Governo Federal, mas, no ano de 2019, após sua publicação e repercussão negativa entre a sociedade civil, foi retirada dos endereços eletrônicos oficiais, e esperava-se que seu texto fosse revisado. Entretanto, o documento, depois de alguns meses, foi novamente inserido nas plataformas *online* da União, mas sem alteração alguma em seu conteúdo.

A importância do debate em torno dessa Nota Técnica se firma na necessidade de se dialogar acerca de um problema público na sociedade brasileira. O problema público aqui relatado corresponde aos “transtornos mentais”, que atingem boa parte das pessoas não só no Brasil, mas no mundo. Sendo assim, pensar em política pública adequada e eficiente no enfrentamento desse problema é algo que deve fazer parte da agenda de políticas públicas do país.

A Nota Técnica aqui estudada visa alterar, de forma substancial, o que se tem estabelecido enquanto diretrizes e mecanismos integrados a Política Nacional de Saúde Mental, frutos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Anos de debate e de movimento contra métodos desumanos e impróprios para o tratamento de pessoas com problemas de natureza mental foram colocados em cheque com a publicação desse documento, que entre outras orientações, incentiva à internações de crianças e adolescentes a longo prazo, a volta dos hospitais psiquiátricos como modo preferencial de tratamento e o retorno ao método de recuperação baseado no eletrochoque. Além disso, e em contradição consigo mesmo, o documento foi elaborado e aprovado sem o devido debate com técnicos de saúde mental e com a sociedade civil.

Em relação ao texto da Nota Técnica há muitas lacunas que prejudicam o entendimento do que está ali colocado. Muitas orientações presentes no documento não são devidamente elaboradas e claras, ou seja, não há um

cuidado em explicar como ocorrerão as mudanças e o que elas representam, fazendo o texto parecer um amontoado de resoluções e portarias. Preocupa, também, a falta de referências que apontem a efetividade dessas alterações, e estudos e dados que comprovem a necessidade das mudanças ou que corroborem as premissas defendidas no texto do documento.

A análise das categorias estabelecidas nesse estudo mostra como esse documento, ao contrário do que nele é expresso, não está em conformidade com a Lei de n. 10.216/2001, e como as medidas nela presentes podem promover um retrocesso frente aos avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, reconhecida como modelo internacionalmente. As mudanças propostas deverão afetar principalmente, e de modo negativo, os mais humildes e mais necessitados dos meios de tratamento em Saúde Mental.

Com tudo o que foi exposto, é perceptível a necessidade de um debate mais profundo acerca da situação de saúde mental no país e das possíveis consequências das modificações propostas pela Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, debate esse que deve envolver a sociedade civil, os profissionais da área, os gestores públicos e todos aqueles que serão diretamente afetados por tais mudanças.

REFERÊNCIAS

ABREU, Samia; MIRANDA, Ana Aparecida Vilela; MURTA, Sheila Giardini. Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental? **Psico-USF**, v. 21, n. 1, p. 163-177, 2016.

ABREU, Samia; MURTA, Sheila Giardini. O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática. **Interação Psicol.**, v. 20, n. 1, p. 101-111, jan./abr. 2016.

AMARANTE, Paulo (Ed.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. Brasília: CFP, 2020. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico 24**. v. 50, n. 24, set. 2019. 2019b. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suicidio-24-final.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-MS-n%C2%BA-32-de-14-de-dezembro-de-2017_Estabelece-diretrizes-para-fortalecimento-da-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.htm>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.htm>. Acesso em: 18jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FAGUNDES, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto. Fagundes da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1449-1460, 2016.

LARA, Ana Paula Martins; VOLPE, Fernando Madalena. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 659-668, 2019.

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, n. 4, p. 1-9, 2017.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Eletroconvulsoterapia (ECT)/Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 11, n. 28, p. 46-68, 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde- Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2001. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Mental health atlas 2020**. Geneva: World Health Organization, 2021.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PAVOSKI, Giulia Tatiana Tkaczyk et al. Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método Friends. **Psico**, v. 49, n. 2, p. 148-158, 2018.

PEDROSO, Raquel Turci; ABREU, Samia; KINOSHITA, Roberto Tykanori. Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. **TEXTURA-Revista de Educação e Letras**, v. 17, n. 33, 2015.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; LEITE, Loiva dos Santos; LEITE, Loiva dos Santos. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da Lei 10.216 e da Portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.9,n.24, p.01-21, 2017.

