

ANÁLISE CRÍTICA SOBRE AS MUDANÇAS A RESPEITO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E NAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

CRITICAL ANALYSIS ON CHANGES ABOUT NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY AND NATIONAL DRUG POLICY GUIDELINES

¹CAMPOS, A.

¹Departamento de Ciências Humanas –Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

Atualmente no Brasil os problemas relacionados a drogas e saúde mental no que tange a saúde pública além de possuírem grande relevância pois também influenciam diretamente na segurança pública, são contemporâneos, o que causa divergências a respeito de qual seria a medida Estatal mais benéfica e eficiente para o saneamento desta demanda quando se refere ao tratamento de pessoas com distúrbios psíquicos e dependentes químicos respeitando direitos fundamentais e com o principal objetivo de reinserção social. O presente trabalho tem o intuito de demonstrar de maneira aprofundada os impactos sociais relacionados a nota técnica número 11 de 2019 publicada pelo Ministério da Saúde onde se destaca as estratégias e diretrizes de tratamento que servirão de base para o tratamento de indivíduos com problemas mentais e dependentes químicos em todo o Brasil dentro da saúde pública e buscando compreender como realmente será efetivado na prática. Alicerçado nos avanços da psicologia representado principalmente pela luta antimanicomial onde se tem por base a Lei 10.216/2001, o trabalho busca identificar possíveis afrontas a direitos e princípios fundamentais que garantem dignidade e buscam a reinserção social mais eficaz e menos agressiva possível ao sujeito, através do tratamento de redução de danos por exemplo. A metodologia utilizada se faz principalmente da análise bibliográfica da nota nº11/2019 do ministério da saúde incluindo as resoluções e portarias citadas na mesma, não obstante sendo levado em consideração as opiniões de profissionais ativos na área clínica da psicologia, resoluções e código de ética do Conselho Federal de Psicologia, será compreendido pela pesquisa através da análise do documento as mudanças no tratamento de dependentes químicos e pessoas com transtornos mentais e verificar possíveis contradições com os avanços dos direitos fundamentais no Brasil e da luta antimanicomial. Através desses estudos será possível identificar de maneira evidente quais serão as estratégias e diretrizes propostas pela nota nº11/2019, a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e quais serão os serviços da RAPS direcionados aos sujeitos em detrimento da peculiaridade de cada tipo de sujeito, no que se refere inclusivamente a necessidade desses serviços e a localização geográfica destes tomando atenção especial ao funcionamento e objetivos dos leitos psiquiátricos já existentes e a ampliação prevista na referida nota. Neste sentido o trabalho demonstrará se o Ministério da Saúde através dessa nota está alinhado com os princípios e objetivos da Psicologia contemporânea a respeito do tratamento de indivíduos com dependência química e transtornos mentais e se a nota respeita e permite a promoção dos direitos e princípios fundamentais alinhados a nossa constituição e também os direitos conquistados pela luta antimanicomial.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Luta Antimanicomial. RAPS. Ministério da Saúde. Dependentes Químicos

ABSTRACT

Currently in Brazil the problems related to drugs and mental health regarding public health are of great relevance as they also directly influence public safety, are contemporary, which causes disagreement as to which would be the most beneficial and efficient State measure for the sanitation of this demand when referring to the treatment of people with psychic disorders and chemical dependents respecting fundamental rights and with the main objective of social reintegration. This paper aims to demonstrate in depth the social impacts related to technical note number 11 of 2019 published by the Ministry of Health which highlights the strategies and treatment guidelines that will serve as the basis for the treatment of individuals with mental and dependent problems. chemicals throughout Brazil within public health and seeking to understand how it will actually be implemented

in practice. Based on the advances of psychology represented mainly by the antimanicomial struggle based on Law 10.216 / 2001, the paper seeks to identify possible affronts to fundamental rights and principles that guarantee dignity and seek the most effective and least aggressive social reinsertion possible through the subject of harm reduction treatment for example. The methodology used is mainly based on the bibliographic analysis of the Ministry of Health's note No. 11/2019 including the resolutions and ordinances cited therein, notwithstanding the opinions of professionals active in the clinical area of psychology, resolutions and code of ethics. Federal Council of Psychology, will be understood by research through document analysis changes in the treatment of drug addicts and people with mental disorders and verify possible contradictions with the advances of fundamental rights in Brazil and the antimanicomial struggle. Through these studies it will be possible to clearly identify the strategies and guidelines proposed by Note 11/209, the structure of the Psychosocial Care Network (RAPS) and which will be the services of the RAPS directed to the subjects to the detriment of the peculiarity of each type of care. subject, including the need for these services and their geographical location, paying particular attention to the functioning and objectives of the existing psychiatric beds and the extension provided for in that note. In this sense the work will demonstrate if the Ministry of Health through this note is aligned with the principles and objectives of contemporary psychology regarding the treatment of individuals with chemical dependence and mental disorders and if the note respects and allows the promotion of fundamental rights and principles aligned. our constitution and also the rights won by the antimanicomial struggle.

Keywords: Mental Health. Antimanicomial Fight. RAPS. Ministry of Health. Chemical Dependents.

INTRODUÇÃO

A psicologia tem papel fundamental diante do tratamento de distúrbios psíquicos e dependentes químicos atualmente. Tema que gera ainda convergências diante de sua historicidade principalmente ao que tange ao objetivo em que se estabelece o tratamento dos indivíduos com transtornos mentais. Notório que a pessoa com distúrbios psíquicos se torna um estereótipo ao longo do tempo como o indivíduo vestido de uma camisa de força e que jamais poderia gozar da convivência social e deveria ter seus direitos fundamentais suprimidos dada a sua periculosidade. Porém não é este o sujeito que está a luz do trabalho, na realidade se considera essa persona como exceção ínfima para os fins de pesquisa da presente pesquisa. No decorrer deste artigo haverá pontos em que se faz necessário a separação da pessoa com distúrbio psíquico e o dependente químico, contudo, no que se refere a nota do ministério da saúde sendo o objeto de estudo demasiadamente far-se-á a unificação destes sujeitos sendo considerado pelo trabalho como pessoas que sofrem de distúrbios psíquicos.

O direito a saúde no Brasil é universal, ou seja, todos devem ter acesso ao direito até mesmo um estrangeiro que esteja por ventura adentro do território nacional, pois se trata de um direito fundamental de 2ª geração, provisionado pelo *welfare state* e consagrado na constituição federal de 1988 principalmente em seu art. 196

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Tendo essa questão em vista, se torna possível a conclusão de que além da saúde ser um direito, deve o Estado dar meios para que o cidadão tenha devido acesso a saúde, inclusive saúde mental onde, nesse contexto existe a crucial atuação do psicólogo.

A psicologia é uma ciência, considerando que o requisito para determinado assunto se tornar uma ciência é necessário que aspire objetividade que significa ter em mãos um objeto específico de estudo, portanto para fins de conceituação da psicologia será utilizado no trabalho as palavras de Ana Bock, Odair Furtado e Maria de Lourdes Teixeira em seu livro *Psicologias*;

“Se dermos a palavra a um psicólogo comportamentalista ele dirá: “objeto de estudo da psicologia é o comportamento humano”. Se a palavra for dada a um psicólogo psicanalista, ele dirá: “O objeto de estudo da Psicologia é o inconsciente”. Outros dirão que é a consciência humana, e outros ainda, a personalidade” (BOCK,1994, p.21)

Pode se entender, portanto, que a psicologia é uma ampla ciência que dentro de seus respectivos estudos tem objetos de pesquisa diferentes, mas que encontram seu núcleo na pessoa humana individualizada e almeja a análise desta, que parte de objetos de estudo distintos.

É de suma importância que o tratamento ao indivíduo com transtorno mental deva ser humanizado e concernente com a sua reinserção social, sendo inconcebível a desvirtuação destes objetivos em prol de demandas políticas ou higienização social que além da não promoção da reinserção social afasta a ciência da psicologia e passa a tratar como doente aquele que não se adequa aos padrões sociais como LGBTs e andarilhos por exemplo, perversamente enxergando como solução do problema a internação desmotivada com o intuito não de tratar enfermidades, mas de privar a liberdade de grupos sociais que se encontram a margem da sociedade e que por uma parcela social sejam considerados indesejáveis.

A psicologia se torna acessível a todas as classes através do Estado por meio de políticas públicas que historicamente mudaram de objetivos e hoje constam medias mais humanizadas voltadas para o retorno ao convívio social. O amparo psicológico provido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é intermediado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que constam com diversas modalidades de serviços oferecidos para determinados enfermos.

De acordo com o Ministério da Saúde:

” A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. “(Ministério da Saúde?). (<http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>)

A normatização do RAPS se faz presente na PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 que reúne todas as normatizações a respeito das redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificadamente tratada no anexo V da consolidação, esta foi alvo de mudanças normativas, alterações que para o condicionamento da presente pesquisa fica sujeita a críticas quanto a sua harmonização em relação a luta antimanicomial e os direitos humanos previstos nos pactos internacionais já ratificados pelo Brasil e pela Constituição Federal de 1988. Juntamente sendo alvo de mudanças está também a PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 que trata do financiamento dos serviços de saúde.

Todas essas mudanças são frutos da PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 que em seu preambulo traz a seguinte frase; “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.” Que figurará como objeto do estudo conjuntamente com a nota técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde sendo esta segunda apenas um esclarecimento a respeito das mudanças que realmente aconteceram em virtude da primeira.

A portaria referida no parágrafo anterior é muito clara no sentido de expressar seu objetivo com exceção ao mencionar “outras providencias” que serão demonstradas ao longo do trabalho. Porém existe ainda mais uma questão que adentra ao foco do trabalho que é a Resolução do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas que modificou suas diretrizes influenciando diretamente nas orientações sobre o tratamento e a reinserção social dos dependentes químicos que usufruem dos serviços da RAPS.

HISTORICIDADE PSICOLOGIA/PSIQUIATRIA

O pensamento de Michel Foucault é determinante em face ao estudo sociológico do tratamento das pessoas que possuem distúrbios mentais. Para que se entenda o surgimento da loucura como é denominada em suas obras, a tese geral que norteia seu pensamento é de que “[...] ‘a loucura não é um fato da natureza’, mas da civilização [...]” (SANDER, 2010, p. 382). Portanto entende-se que a loucura é resultado da desrazão perante a razão sendo considerada esta, uma normatização. Diante disso Foucault explica que, a loucura foi fabricada ao longo do tempo na história ocidental onde se tem uma concepção de homem de razão que não advém do progresso da natureza humana.

Em face desta concepção histórica, o termo loucura tem um caráter axiológico sofrendo alterações em seus conceitos de acordo com a sociedade ao passo em que a concepção de razão é transformada. Adentro deste lapso temporal a loucura passa a ser denominada doença mental porém as ideias da loucura não são totalmente deixadas de lado.

O Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro foi o primeiro manicômio no Brasil, que surgiu em 1852 e sucessivamente em 1903 a primeira positavação legal referente as pessoas com distúrbios mentais. A Lei Federal de Assistência aos Alienados concedeu o status de especialidade autônoma aos médicos psiquiatras como diz em seu art. 20 da lei

“[...]No pavilhão de admissão, onde funcionará a secção de clinica psychiátrica da Faculdade de Medicina, haverá um alienista, director do mesmo pavilhão, cabendo o exercicio deste cargo ao lente da cadeira de psychiatria e de molestias nervosas.” (Brasil, 1903)

Houve um crescente quanto número de hospitais destinados a pessoas com distúrbios mentais. Essa estrutura manicomial gerada, na prática, servia de espaços disciplinadores onde eram inseridas as normatizações de comportamento sociais da época e que tinham as interferências do saber psiquiátrico atuando em higienização social.

No que tange a higienização social é imprescindível a citação de Morel, que em 1857 introduz o conceito de degeneração que em suma e majoritariamente entre os psiquiatras acreditava-se que a doença mental tinha componentes biológicos e genéticos, não obstante se agravavam na medida em que houvesse a transmissão de geração para geração, degenerando assim a árvore genealógica. Este pensamento fomentou na sociedade políticas que diziam respeito a esterilização, eutanásia e perseguição de indivíduos “degenerados”.

A higiene mental traz lastros sociais para a loucura que também tem por conjunto a base hereditária para a doença mental, como por exemplo o alcoolismo, miséria e ignorância. Nota-se uma oportunização do caráter sociológico para a definição da loucura para fins de exclusão, o pensamento higienista que compreende o caráter hereditário da doença mental conjuntamente com o social da origem a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada no Rio de Janeiro, em 1923. Foi composta pelos mais importantes psiquiatras da época e era mantida através de subsídios federais onde seu objetivo era de prover modernidade ao atendimento psiquiátrico. A partir de 1926 a liga passa a seguir novas prerrogativas, influenciadas pelo contexto político através de ideias alemãs, francesas e norte-americanas que almejavam a normalização da população, focando na inibição de doentes mentais e promovendo a eugenia.

Em decorrência destas linhas de pensamento, a partir do DECRETO N. 24.559 – DE 3 DE JULHO DE 1934 o hospital psiquiátrico passa a ser a única alternativa para tratamento, além disso os requisitos legais para o encaminhamento ao tratamento psiquiátrico eram demasiadamente brandos, sendo possível considerar os arts. 9º, 10º e 11º da lei de 1934 uma legalização do sequestro.

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico. Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento. Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação. (Brasil,1934)

A concepção de tratamento através de manicômios instituidores de um regime que disciplinava comportamentos indesejáveis para a sociedade teve fim no ano de 1980 no Brasil. Neste momento era nítido a necessidade de uma reforma psiquiátrica no país que já estava atrás de alguns países da Europa e dos Estados Unidos que desde o fim da segunda guerra mundial já se posicionavam a favor de um tratamento mais aberto e humanizados perante distúrbios mentais, enquanto no Brasil havia superlotação de pacientes em ambientes precários na sua maioria, que promoviam o isolamento e a segregação. Nesse período foi incentivado a multiprofissionalidade dentro dos manicômios, lugar onde a psicologia ganhou espaço.

Somente no final da década de 1987 foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tinha o objetivo da reinserção social do paciente e se tornara um intermediário entre o hospital e a comunidade, o tratamento era multidisciplinar com atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional.

Em 2001 houve a promulgação da lei 10.216 que foi símbolo da luta antimanicomial trazendo uma gama de direitos as pessoas com distúrbios mentais, não mais possuindo o caráter hegemônico decorrente das ideias de degeneração de Morel, como consequência disso a concepção da loucura também fora modificada e o tema ficou disposto a novas discussões atualizando-se também a nomenclatura utilizada, a pessoa antes louca, doente mental era agora tratada como pessoa com problema mental ou como portador de transtornos mentais. Porém apesar destas positivamente legais, na prática os meios de tratamento surgiram tardiamente e sem os investimentos suficientemente necessários e a exclusão social ainda era muito significativa.

Como principal avanço referente a historicidade dos tratamentos às pessoas que possuem distúrbios mentais é muito importante frisar a nova ideia que se estabelece em 2001 onde o paciente não é mais objeto para técnicas psiquiátricas, o almejo diante dos pacientes até os dias de hoje se apoia no objetivo de que essas pessoas existam na condição de cidadão, preparados para a vida civil.

DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Como dito anteriormente, o termo transtorno mental é o mais adequado atualmente e dentro deste engloba-se uma gama de distúrbios com diferentes características que variam das causas do transtorno, cura, espécie de tratamento e a gravidade destes. Uma importante consideração contemporânea relacionada a saúde é que a mesma não está mais relacionada a oferta de hospitais em *stricto sensu*, mas a saúde deve ser sinônimo de qualidade de vida e toda essa narrativa é comprovada através dos princípios dos Sistema Universal de Saúde (SUS) que se baseiam em três pilares; universalização, equidade e integralidade. Contudo o princípio que concerne mais adequadamente a concepção de saúde referida anteriormente é o da integralidade que diz que

“este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.” (Ministério da Saúde).

Essa renovação da concepção de saúde se faz muito importante quando em face do tratamento de transtornos mentais pois, não são mais possíveis as velhas práticas de tratamento que se resumiam em renovação de receitas de psicofarmacos, é necessário o olhar para o tratamento alicerçado à reabilitação e não somente medidas absolutamente momentâneas que não realizam efetivamente o saneamento do problema.

Para uma melhor compreensão sobre o que significa o transtorno mental é necessário a ressaltar de que, o transtorno mental se trata de uma anormalidade, ou seja, dentro da saúde mental o transtorno exprime que determinadas funções psíquicas não correspondem adequadamente, sendo possível sua identificação através de sentimentos, sensações e de como o sujeito interage com o mundo.

Qualquer pessoa é suscetível a transtornos mentais, porém alguns indivíduos passam a ter uma maior probabilidade de ser diagnosticado com algum tipo de transtorno. Essa probabilidade está condicionada a diversos fatores, como por exemplo a hereditariedade, experiências traumáticas e a dependência química. Embora a hereditariedade esteja suscitada acima, ela não faz referência ao pensamento de Morel exposto anteriormente nos capítulos anteriores no que tange a degeneração. A suscetibilidade ao transtorno mental no que tange a hereditariedade não diz respeito a uma agravação dos transtornos já existentes pelos ascendentes, neste caso o indivíduo pode herdar certas tendências de comportamentos doentios que dependendo de suas adversidades são condicionados a ele.

Todos esses transtornos, em potencial ou não dependem de uma provocação, que condicionam ao desencadeamento dos transtornos, ele acontece através de fatores sociais. A natureza do ser humano não advém da individualidade, o sujeito age, reage e interage com os meios ambiente e social em que se encontra, tais fatores podem ser positivos ou negativos. Quando negativos, a pessoa humana passa por um processo de sofrimento mental porém esse sofrimento não significa a aquisição do transtorno. O transtorno mental derivará dos fatores sociais e ambientais em face da vulnerabilidade de cada indivíduo, que remete a questão da quantificação do sofrimento mental que determinada pessoa dentro de sua individualidade consegue suportar. Os transtornos mentais mais comuns na atualidade são a esquizofrenia, depressão, bipolaridade, histeria e neuroses. Não é cabível ao mérito do trabalho o aprofundamento específico destes transtornos, contudo é de suma importância ressaltar que todos estes transtornos mentais são passíveis de tratamento e através deste é explicitamente possível e necessária para o êxito do tratamento a convivência social.

Mediante o objeto da pesquisa, onde almeja-se a análise das novas diretrizes de tratamento que concernem a saúde mental é necessário que se faça uma análise paralela da dependência química, pois, embora a dependência química se verifique no transtorno mental, o objeto de estudo fornece diretrizes diferentes para este tratamento por uma questão de competência de institutos. No Brasil ao passo em que se suscita a dependência química nos deparamos com o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

A conceituação de dependência química se faz ampla, porém todas as concepções coincidem ao considerar que nela exista uma relação diferenciada do indivíduo ao modo consumo de determinada substância, se trata de uma doença crônica e que de acordo com a psicóloga Maria Alice Fontes

“é caracterizada por comportamentos impulsivos e recorrentes de utilização de uma determinada substância para obter a sensação de bem estar e de prazer, aliviando sensações desconfortáveis como ansiedade, tensões, medos, entre outras.”(FONTES, p.1)

A psicóloga destaca que a potencialidade do perigo da dependência química não está exatamente na habitualidade do consumo da substância, mas sim no termo utilizado por ela, a tolerância. A tolerância a substância faz com que progressivamente o indivíduo consuma uma maior dosagem da droga e por consequência agrava-se ainda mais este transtorno mental, segundo a mesma se destacam duas características da tolerância referente a dependência química.

“ a. necessidade progressiva de maiores quantidades da substância pra atingir o efeito desejado; b. significativa diminuição do efeito após o uso continuado da mesma quantidade da substância.”(FONTES, p.2)

Não obstante, se identifica três pilares para as causas da dependência química que são os biológicos, psicológicos e sociais. O processo biológico remete ao funcionamento do cérebro quando em contato com substâncias regularmente, cria-se um sistema de recompensa cerebral que satisfaz biologicamente o indivíduo ao passo que faz uso da substância.

O aspecto psicológico da dependência química encontra seus alicerces no refúgio da realidade e a sensação de alívio das tensões e problemas e não somente para fugir da realidade, o aspecto psicológico é protagonista na realização de ações do dependente químico, sente-se a necessidade da substância para enfrentar as situações do cotidiano como por exemplo, o homem que para conversar com uma mulher dentro de uma balada faz o uso da bebida alcólica com o intuito de criar a coragem necessária.

A dependência química também encontra raízes sociais, a sociedade é formada por nichos, e dentro de cada nicho social existem requisitos sejam eles intrínsecos como por exemplo o uso das substâncias em rituais religiosos ou extrínsecos nos casos em que por exemplo um jovem não faz o uso coercitivo da droga mas, dado seu convívio social encontra-se incentivado ao uso e almeja ao mesmo tempo a aceitação deste determinado nicho social.

Considera-se importante a ressalva dentro do aspecto social da dependência química, na maior parte dos casos no Brasil, ela se relaciona com a parte hipossuficiente da sociedade, as periferias e favelas onde se tem um acesso menos restrito as drogas ilícitas e de maior potencial causador da dependência. Não obstante a mídia contribui de forma negativa no que se refere a dependência química aos hipossuficientes, Eugenio Raúl Zaffaroni em seu livro *Em Busca das Penas Perdidas* explica os meios de ilusão de massa e aplicado ao mérito do trabalho mostra que uma pessoa portadora de transtorno mental pode acabar sendo punida pelo sistema penal através da marginalização proposta em canais televisivos por exemplo. Os meios de ilusão de massa são divididos em transnacionais e os de conjuntura nacional. O primeiro faz referência a todo tipo de conteúdo que se consome e que nos remete a uma ideia equivocada a respeito de determinados assuntos criando uma concepção de bem e mal que inexistente, a segunda “[...] os meios de comunicação de massa têm a função de gerar a ilusão de eficácia do sistema [...]” (ZAFFARONI) p.129, concebendo a ideia de que o dependente químico é criminoso.

Para fins de contextualizar a dependência química foi trazido ao trabalho uma entrevista com José (nome fictício) que era um traficante e comercializava crack para uma mulher com quem posteriormente comungou de um relacionamento amoroso. Diz José que pensou que poderia mudar essa pessoa e restringiu a substância para a mesma, após esse acontecimento, a então dependente química sob abstinência engravidou de José que não mais é traficante e atualmente é eletricista automotivo. Após o nascimento do filho, ela teve recaídas, José se orgulha de nunca ter pedido dias de serviço até o momento da entrevista e em vários momentos, José afirma boas intenções e tenta se enobrecer dizendo ser seu objetivo de vida mudar a mãe de seus filhos e o motivo de ter entrado anteriormente para o tráfico era a dívida de drogas de seu irmão.

O casal passou por várias cidades e posteriormente retornaram para a cidade de Ourinhos e tiveram mais um filho, ele diz que em seu relacionamento antigo a Maria (nome fictício) era agredida pelo seu parceiro e que já perdeu, por conta das drogas cinco filhos para o conselho tutelar.

Ele ressalta que não foi coagido por traficantes para auxiliar o irmão na dívida e completa dizendo “ Quem é de Deus, eu entrei até no inferno para resgatar meu irmão”, passado o tempo por conta da convivência com sua amasia que tinha recaídas no crack, perdeu dias de serviço pois não tinha com quem, nem onde deixar os filhos, foi neste momento em que ele tomou uma decisão radical de levar os filhos até uma cidade do Mato Grosso para ficar com a mãe dele e diz ter medo de Maria alegar que ele sequestrou as crianças e completa dizendo “É a defesa que eu tive”.

José foi indagado a respeito da sua motivação que existia no passado de salvar Maria da dependência química, ele diz que não tem mais esperança na mãe de seus filhos e acredita que “ela não tem mais jeito”, neste momento ele mostra cicatrizes que perpetuaram durante esse relacionamento, dentre elas uma cicatriz de facada no peito, e um braço quebrado por ela usando uma telha.

Ele almeja voltar para a cidade da mãe para ficar com os filhos e brigar pela guarda deles de lá, as crianças já presenciaram agressões, consumo de drogas e brigas. José diz que já tentou encaminhar Maria para tratamento porém, sem especificar qual o tipo de tratamento.

Foi perguntado sobre a possibilidade dessa mulher se submeter a um tratamento especializado, ele disse que não adiantaria porque ela é louca, dentre a convivência deles disse José que, Maria já ateou fogo na casa em que moravam e que muitas vezes furtava objetos dele para adquirir crack.

Diante destes fatos, fica claro que além de marginalizados, os dependentes químicos e em especial a Maria, não tem acesso a um tratamento digno e eficaz para o seu transtorno mental, presume-se através da entrevista que o único auxílio que obteve foi mediante as práticas empíricas e das supostas boas intenções do homem que comercializava a droga para mesma. É nítida a falta de eficiência do princípio da integralidade do SUS que diz do alinhamento para políticas públicas e qualidade de vida e da conscientização, pois o homem que diz ter tido como objetivo de vida a recuperação da mulher, quando indagado a respeito de uma ajuda profissional cai em descrença.

A partir destas análises se dá por exaurido o conteúdo a respeito das origens e do significado do transtorno mental dentro dos limites objetivados pelo trabalho, para fins de uma análise de quais medidas estão sendo tomadas a respeito do tratamento de transtornos mentais no Brasil.

NOTA DO MINISTÉRIO DA SAUDE

Como suscitado anteriormente, na realidade a nota técnica emitida pelo ministério da saúde de nº11/2019 foi feita com o intuito de arrazoar as mudanças em diversos campos a respeito do tratamento de saúde mental, portanto a análise da nota, na maior parte do tempo estará acompanhada de uma análise conjunta da portaria ou resolução a que essas alterações se referem para que se tenha uma melhor compreensão do que foi alterado e qual é o sentido destas.

DOS LEITOS, HOSPITAIS E CAPS AD IV

A primeira mudança a ser levantada é positivada através da RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017, esta foi dada pelo CIT (Comissão de Intergestores Tripartite) que é “Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios.”

A resolução em pauta, Nº32, diz respeito a adição de serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que são três ao todo;

“a. Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatorias Especializadas; b. Hospital Psiquiátrico; c. Hospital-Dia.”

Dentro dessas três novas modalidades para a efetivação do tratamento concernente a saúde mental foram determinadas a composição de profissionais que atuarão nos mesmo. A resolução respeita o conceito da multiprofissionalidade sendo ela obrigatória nos hospitais e leitos psiquiátricos, porém em seu art. 9º está escrito:

“**Art. 9º** Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.”(Brasil, 2017).

Além disso, os incisos presentes neste artigo incentivam a expansão dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, não obstante estabelece uma taxa mínima de ocupação destas instituições em que, de acordo com o inciso III do art. 9º será incentivada a instituição com a integralidade do financiamento se cumprida a taxa mínima que na nota técnica é considerado 80% de ocupação.

“III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo” (Brasil, 2017).

Tais medidas são passíveis de serem consideradas incoerentes perante o disposto na lei 10.216 em que a nota técnica diz respeitar, pois, ao passo em que se incentiva financeiramente a internação de pessoas com transtorno mental, estas se encontram vulneráveis a exploração através de motivações de internação alheias a necessidade do indivíduo, criando uma potencialidade de desrespeito a diversos incisos do parágrafo único do art. 2º da lei referida anteriormente como:

“I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”(Brasil, 2001).

De forma cabal, todos os incisos citados estão sendo desrespeitados, principalmente no referido inciso segundo, onde o único interesse que deveria estar presente dentro de uma instituição de tratamento de transtornos mentais é a beneficia da saúde, porém com o advento da resolução N°32 doravante, existe um interesse financeiro subjetivo inegável.

A justificativa para tal medida se pauta no elóquio de que haja escassez de leitos especializados e que a “[...]desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos[...]”, alegando um déficit ao referir-se a esta modalidade de tratamento. A nota diz explicitamente que por conta da desinstitucionalização aumentaram-se os casos de transtorno mental e que os indivíduos com graves quadros de transtornos estão atualmente nas penitenciárias compondo aproximadamente 50.000 pessoas pertencentes população carcerária e que a solução do problema se dá através de uma estatística, onde se utiliza uma referência ultrapassada, do ano de 2002 que conclusivamente diz que deva existir 0,45 leitos e hospitais psiquiátricos para cada 1000 habitantes, e que atualmente nossa realidade é de 0,1 por 1000.

A partir do exposto até o momento no presente trabalho, considera-se essa estatística desatualizada e fora de contextualização. Não é coerente imputar exclusivamente o aumento das taxas de transtornos mentais à desinstitucionalização. São vários os fatores que podem influenciar o aumento destas taxas, fatores estes que não possuem relação com o tratamento aplicado as pessoas como a miséria, educação precária, marginalização etc. Portanto deste ponto de vista não existe a possibilidade de responsabilizar única e exclusivamente o aumento dos transtornos mentais ao modo em que se conduz o tratamento.

Como visto anteriormente, o que ocasiona o transtorno mental são os fatores psicossociais que desencadeiam os distúrbios em face do indivíduo, portanto novamente nota-se um equívoco da nota ao dizer que o fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos condicionam as pessoas com transtornos mentais graves para as prisões, pois as prisões atualmente são fontes desencadeadoras de transtornos mentais sendo em grande parte, provavelmente os 50.000 portadores de transtornos graves resultado do sistema prisional brasileiro e não unicamente da ineficiência do sistema de saúde pública.

A referida resolução de Nº 32 ainda adiciona uma nova modalidade de CAPS, o CAPS AD IV. Esta modalidade pretende atender a todas as faixa-etárias e trata especificamente de pessoas com dependência de substancia psicoativas. Na nota fica claro a estratégia geográfica do novo modelo de CAPS, ele pretende se estabelecer próximos as áreas de uso aberto de drogas, as chamadas de “*cracolândias*”.

O CAPS AD IV funcionará segundo o disposto 24 horas por dia, todos os dias inclusive nos feriados e finais de semana, esta modalidade também tem amparo no conceito da multiprofissionalidade, porém de acordo com a nota, só persistirá a multiprofissionalidade em sua plena acepção do termo em turno diurno, pois além do psiquiatra, para o turno noturno somente é necessário um enfermeiro com experiência e cinco técnicos de enfermagem. Neste modelo o indivíduo será acolhido pelo CAPS ou encaminhado para outro serviço da RAPS como os hospitais ou leitos psiquiátricos por exemplo.

No art. 4º da lei 10.216; “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Neste quesito é possível verificar uma falha no CAPS AD IV quanto a uma possível interação designada para um sujeito que seja atendido no horário noturno de funcionamento desta modalidade de CAPS, pois de certa forma a internação seria ilegítima em observância ao art. 4º, pois sem uma equipe multiprofissional plena, não é possível determinar a internação do indivíduo sem que ele tenha acesso aos devidos recursos extra-hospitalares

DAS UNIDADES DE REFERENCIA ESPECIALIZADA NOS HOSPITAIS GERAIS

O documento estabelece a priori que

o Ministério da Saúde irá incentivar e habilitar somente unidades especializadas em saúde mental/psiquiatria em hospitais gerais, com mínimo de 8 e máximo de 30 leitos por enfermaria, até 20% da capacidade total instalada, exigindo equipe multiprofissional mínima completa (MINISTÉRIO DA SAUDE)

Embora o Ministério da Saúde estabeleça um teto para as unidades especializadas onde é considerado 20% da capacidade do hospital geral, essa regra não obsta quanto ao desrespeito para com essa norma desde que justificada e aprovadas em instancias colegiadas, estabelece ainda que o financiamento não será doravante parametrizado por leito de forma singular, foram feitas classificações em 3 níveis abrangendo determinadas quantidades de leitos para este fim que vão de R\$33.000,00 a R\$99.000,00.

Estes níveis de financiamento estabelecidos incidem na equipe multiprofissional necessária para aquele porte de hospital. Importante destacar que dentro dos contextos históricos vistos no trabalho a equipe multiprofissional discriminada na nota é distorcida de seu modelo ideal, pois, em nenhum dos níveis de financiamento o profissional da psicologia é citado explicitamente, diferente do psiquiatra, enfermeiros e técnicos de enfermagem, transformando o papel do psicólogo nas unidades especializadas uma mera alternativa ou opção.

Concernente ainda ao financiamento das unidades especializadas, o Ministério da Saúde incentiva a ocupação destas, recompensando o hospital que auferir ocupação de 80%. Nestes casos será concedido anualmente a quantia de R\$ 67.321,32 por cada leito.

Hipoteticamente dentro dos limites das normas estabelecidas, reiterando que existem possibilidades explícitas do não cumprimento destas, um hospital enquadrado no nível 3 de financiamento que possui 30 leitos receberia além do incentivo de implantação (R\$99.000,00), a quantia de R\$2.019.636,60 anualmente caso haja em suas unidades a ocupação de, no mínimo 80%.”Mantém o incentivo de custeio anual por cada leito implantado em R\$ 67.321,32, pago integralmente se a ocupação for maior ou igual a 80%.” (Ministério da Saúde, nota 11/2019,2019, p.18)

DAS UNIDADES AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS

As unidades ambulatoriais especializadas (AMENTS) foi incluída dentro da RAPS com o intuito de amparar pessoas com distúrbios mentais e dependência química mais prevalentes porem moderados. A respeito de sua composição, a nota indica que deverá existir dentro destas médico psiquiatra, assistente social e psicólogo e estará cumprindo suas atividades em “ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos” (Ministério da Saúde, nota 11/2019, 2019, p.19).

Ao longo do detalhamento desta modalidade da RAPS fica discriminado de forma mais clara como serão composta as equipes multiprofissionais mencionadas a respeito das AMENTS que, também como na modalidade tratada anteriormente é organizada por níveis que se referem a capacidade demográfica.

- a. Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de apenas um profissional de cada ocupação para cumprimento do total das horas. b. Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos. c. Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais). Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos. O 5º profissional é de livre escolha, podendo ser médico psiquiatra, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo (30 horas semanais). (Ministério da Saúde, 2019, p.20)

Como provavelmente já notado, o documento alvo do estudo, quando de frente para uma norma, na maioria das vezes estipula uma exceção ou alguma ressalva que faça com que determinadas regras sejam encaradas em alguns casos como mero aconselhamento, deixando ao arbítrio de quem conduzirá a modalidade de tratamento. Quanto as AMENTs ressalva-se que de acordo com a nota 11/2019

Em que pese o financiamento do atendimento Ambulatorial, por meio das AMENTs, vale ressaltar que quaisquer Unidades Ambulatoriais, contando ou não com essas Equipes, fazem parte da RAPS, devendo ser consideradas e tratadas dessa maneira. (Ministério da Saúde, 2019, p.19)

Este trecho suscitado acima, trazido para a prática, desobriga a existência de AMENTs em sua plenitude multiprofissional, pois explicitamente diz que, caso não existam dentro das unidades ambulatoriais as equipes essenciais elencadas para a administração da saúde mental, esta fará jus ao financiamento do mesmo modo.

DAS ALTERAÇÕES NA ASSISTENCIA HOSPITALAR ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA NO SUS

A nova normativa feita pelo Ministério da Saúde inclui os hospitais psiquiátricos na RAPS, confirmando que, a partir desta não existe mais a visão de uma cultura de desinstitucionalização, além disso permite procedimentos de faturamentos do hospital, fixando o valor das internações entre as internações consideradas curtas que vão até 90 dias, e as longas que ultrapassariam esta quantidade de dias.

Quando diante de uma situação de desinstitucionalização doravante, esta é considerada contrária as normativas do Ministério da Saúde, ficando obrigado para o fechamento do hospital psiquiátrico a notificação ao Ministério da Saúde para que este possa destinar os recursos obrigatoriamente dentro da RAPS.

Entende-se que a partir do novo seguimento do Ministério da Saúde em relação aos hospitais psiquiátricos almeja-se a sua ampliação, ficando a critério do próprio ministério na hipótese de fechamento de hospital psiquiátrico a abertura de um novo hospital ou a realocação dos recursos para outras modalidades da RAPS.

DA INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A nota do Ministério da Saúde suscita a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, dizendo que não existem impedimentos legais para que seja feito este tipo de internação. Como base para tal pronunciamento a nota faz uso de um parecer do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) que diz em sua ementa

A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigo (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra. (Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10208&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Me>)

Levando o referido pronunciamento em consideração e de acordo com o atual entendimento jurídico a internação do menor de idade é aceitável com as determinadas ressalvas já mencionadas. Contudo, as novas mudanças analisadas neste trabalho realçam seu intuito de cumprir com a ocupação de hospitais e leitos psiquiátricos. Neste sentido portanto há de se considerar num campo prático uma possibilidade muito grande de desrespeito para com essas ressalvas e cuidados necessários para que se obtenha resultados positivos da internação do menor de idade.

DAS NOVAS DIRETRIZES SOBRE DROGAS

A novas diretrizes sobre drogas substancialmente e concernentes ao objeto do trabalho diz sobre a promoção da abstinência, contrária a legalização das drogas e tratamentos baseados em evidencias científicas.

Quanto a politica de abstinência conselheiro do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Paulo Aguiar, explica que a medida é muito nociva à população.

“É muito ruim para a população, porque aponta a abstinência como o único caminho. A lógica da redução de danos é o princípio básico de respeito ao sujeito, sua condição, sua autonomia preservada, para que ele possa ressignificar a sua relação com a droga, ela não se opõe à alcançar abstinência”.

A dependência química é um transtorno mental muito complexo em que, cada dependente necessita de um tratamento diferente, que seja o mais convencional. A lógica do CONAD quanto a abstinência como o único recurso para o tratamento reforça a preocupação geral da nota que não se relaciona com a saúde, mas sim com financiamentos ao passo que o abstinente, como se espera não reagindo bem a este tipo de tratamento, seja posteriormente internado e assim não há de se preocupar com um tratamento eficiente.

CONCLUSÃO

Como demonstrado no trabalho a nota Nº11/2019 do Ministério da Saúde não demonstra uma mudança digna, pois desrespeita os princípios, as leis e também contraria diversas opiniões profissionais direta e indiretamente, tendo esta como inédita porque há de se considerar um retrocesso, fato que não ocorrera anteriormente na breve análise antropológica feita no início do trabalho.

Diante do exposto ficou muito claro o interesse pela volta da institucionalização o que também dentro da linha do retrocesso pode significar uma nova concepção da loucura, porém nova apenas em seu sentido atual do termo pois, em se tratando de um retrocesso o Ministério da Saúde apenas passa a considerar como contemporâneo a loucura em sua antiga concepção.

Importante também a ressalva de que existe uma carência cabal de informação a respeito dos temas em favor da população que por sua vez acaba caindo em descrença quanto ao tratamento dos transtornos mentais, banalizando-os dentro do senso comum consequentemente dando menor importância para esses sofrimento e nos piores casos marginalizando-os como é muito comum nos casos de dependência química.

REFERÊNCIAS

BOCK, A. N.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. **PSICOLOGIAS**. SÃO PAULO, 1993, SARAIVA.

CONGRESSO NACIONAL. **LEI FEDERAL DE ASSISTENCIA AOS ALIENADOS**. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 10/09/2019

MARIA ALICE FONTES. **O QUE É A DEPENDENCIA QUIMICA? TIPOS DE DROGAS, EFEITOS E TRATAMENTOS**. Disponível em: < http://www.cemp.com.br/arquivos/98752_66.pdf> Acesso em: 10/09/2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: < <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em: 10/09/2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N3**. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 10/09/2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>
Acesso em: 10/09/2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (RAPS).**

Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>> Acesso em: 10/09/2019

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. **DECRETO Nº 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934.**

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm> Acesso em: 10/09/2019

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. **LEI 10.216/2001.** Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 10/09/2019

SUS. **PRINCIPIOS DO SUS.** Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 10/09/2019

ZAFFARONI, E. R. **EM BUSCA DAS PENAS PERDIDAS.** BUENOS AIRES: Revan, 1989.