

Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil a partir da nota técnica nº11/2019

Background on national policies on mental health and alcohol and other drugs in Brazil from technical note n ° 11/2019

Iel Marciano de Moraes Filho¹, João Pinheiro da Silva², Adriano Figueiredo Mato², Gilvan Silva Bezerra²,
Cintia Taumaturgo Fernandes de Negreiros³, Ihago Santos Guilherme³

Como citar: Moraes-Filho IM, Silva JP, Matos AF, Bezerra GS, Negreiros CTF, Guilherme IS. Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil a partir da nota técnica nº11/2019. REVISIA. 2019; 8(2): 115-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p115a118>

REVISIA

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.
Departamento de Enfermagem. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.
Departamento de Pós-graduação. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

3. Centro Tecnológico de Educação Sena Aires.
Departamento de Enfermagem. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

Recebido: 12/04/2019
Aprovado: 15/06/2019

A Reforma Psiquiátrica Brasileira configura-se sob forte influência da experiência italiana que desloca o cuidado da pessoa com transtorno mental do hospital para a comunidade, mostrando a dimensão política e social da loucura que, a partir de Franco Basaglia, na Itália, passou a ocupar um lugar central no campo da saúde mental.¹ Desta forma há compreensão da loucura, dos modos de cuidar e a liberdade da pessoa com transtorno mental como eixo central, os serviços criados e o questionamento da cultura manicomial na sociedade são elementos que marcaram e marcam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.²

Assim, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu a partir de um grande movimento de luta por uma transformação no cuidado para com as pessoas com transtorno mental, denunciando abusos, maus-tratos, supressão de 37 direitos civis e todas as irregularidades ocorridas nos manicômios que excluía o sujeito do seu convívio familiar e social, e o tratavam apenas com foco em sua patologia compreendendo apenas sinais e sintomas inerentes ao agravo.¹

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira até então tem provocado inúmeros avanços na compreensão e assistência às questões de saúde mental da população, pois, é compreendida como um processo social complexo e abrange quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.³

O Ministério da Saúde, por meio da portaria 224/92, passou, então, a autorizar e financiar a construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo território nacional, serviços que se constituem como uma das principais estratégias para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira.⁴

Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS), regidos pela Portaria 336/2001 e destinados ao cuidado da pessoa com transtorno mental grave e persistente que justifique sua

necessidade de atenção diária em um “dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”.⁶

A nova lógica assistencial, designada pela expressão da atenção psicossocial, caracterizada pela organização das práticas de atenção à saúde mental em novas bases por meio de serviços abertos, tais como centros de atenção diária, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, de base territorial e comunitária.¹

Desta forma, os CAPS funcionam sob a lógica do território, a fim de buscar integrar a pessoa com transtorno mental a um ambiente sociocultural concreto, no espaço das cidades, onde advém sua vida cotidiana e a de seus familiares de modo tripartite.⁷

Ao valorizar tais serviços, as famílias são compreendidas como parceiras, mediadoras entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade. É a partir dessa nova lógica as mesmas adquirem um papel fundamental na produção do cuidado comunitário, passando a compartilhar com os serviços substitutos ao hospital psiquiátrico o cuidado que, antes, era realizado quase que exclusivamente pelos manicômios de forma sub-humana e excludente.⁸

Nessa perspectiva, a Lei 10.216⁷ de 06/04/2001 ressalta o cuidado compartilhado entre o Estado, as famílias e a sociedade, que é explicitado no artigo terceiro da Lei da Reforma Psiquiátrica:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.⁷

A nota técnica N°11/2019 que dispõe sobre: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Desta forma a Portaria N° 3588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação N°3 e N°6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS.^{7,9}

A mesma dispõe sobre a reorientação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental valorizando práticas como a eletroconvulsoterapia (ECT), a internação de crianças em hospitais psiquiátricos e este é outro ponto que infringe o artigo 4º da Lei 10. 216, e a abstinência para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas para o Sistema Único de Saúde (SUS).^{7,9}

Esta portaria se caracteriza como um retrocesso pois valoriza práticas de caráter hospitalocêntricas pautadas no modelo biomédico onde resguarda a assistência psiquiátrica de modo empírico. Deixando de lado a valorização da pessoa com transtorno mental, como um ser biopsicossocial.¹⁰

O modelo biopsicossocial é um conceito amplo que visa estudar a causa ou o progresso de doenças utilizando-se de fatores: biológicos, psicológicos e sociais integrados e somadores de sinais e sintomas no desenvolvimento de patologias e agravos. Colocando o paciente e a família como protagonista do desenrolar do progresso efetivo do tratamento pontuando os fatores desencadeadores do agravo no processo de saúde-doença.¹¹

A ECT é aceita como forma de tratamento pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria, porém, bastante polêmica e hoje de uso restritivo as clínicas psiquiátricas, e até então não utilizado nos serviços substitutivos em saúde mental.¹²

A mesma fora utilizada no passado como forma de punição, há um estigma de seu uso que ainda predomina na sociedade em geral. Críticas desfavoráveis são constantemente apresentadas pela mídia, o que reforça o temor quanto à sua

aplicabilidade.¹²

Assim, como o procedimento não leva a cura, mas sim ao alívio dos sintomas, muitos sob um olhar científico questionam sua eficácia. Mais do que uma prática técnica, a ECT necessita ser discutida como um tratamento que gera rejeições e que traz um marco histórico de punições e dor social, difícil de esquecer. Se hoje ela tem sua relevância e se tornou uma aplicação criteriosa e ética, é necessário que sem medo ou imposições estas questões sejam respeitadamente enfrentadas e discutidas na sociedade, e não impostas como uma verdade única.¹²

Em relação a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, a abstinência como única oferta terapêutica não é efetiva pois não resguardara a singularidade do usuário de modo que não revelara o principal motivo do uso das substâncias psicoativas.^{9,13,14}

A Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005 determina *as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. A redução de danos se baseia em um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas.*¹⁴⁻¹⁵

Os dispositivos para cuidado de usuários de álcool e outras drogas são: 1 - CAPS AD: Centro de atenção psicossocial destinado a usuários de álcool e outras drogas, que objetiva oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários ;2- Os Centro de Convivência, onde o paciente de transtorno mental possa socializar com diferentes pessoas aplicável a todo cidadão que necessita. 3-Os Consultórios de rua: serviço realizado nas ruas juntamente com os usuários de álcool e outras drogas objetivando atender à população em situação de risco e vulnerabilidade social, principalmente crianças e adolescentes. 4- Comunidades Terapêuticas - CT's têm por objetivo sanar os problemas oriundos do uso de drogas, oportunizando o paciente, a se distanciar das mesmas e o colocando como o grande protagonista de seu tratamento e de sua cura. Trata-se de um sistema de caráter de regime fechado estruturado, com normas, rotinas, funções, obrigações bem delimitadas, regras claras e afetos controladores. A estrutura provê ao paciente que ele se sinta inserido em um tratamento de caráter intensivo e integralista, sendo assim, o trabalho é realizado tanto pela equipe multiprofissional quanto pelos próprios pacientes.^{14,16}

Desta forma a internação e aplicação de praticas que não pautam a resolutividade dos problemas reais dos pessoa com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, só acarretara aos pacientes um tratamento baseado em sinais e sintomas, onde será resolutivo momentaneamente e logo o mesmo quando exposto aos fatores iniciais voltara ao estado inicial podendo agravar o mesmo.^{10,17-18}

Referências

1. Nicácio EM; Bisneto JÁ. A prática do assistente social na saúde mental. 1. ed Rio de Janeiro: Editora UFRJ;2013.
2. Lima EJB. Cartografias do cuidado em Saúde Mental: O Piauí em cena. [tese]. São Paulo: Pontificia Universidade Católica de São Paulo; 2015. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17091>
3. AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
4. Brasil. Portaria n. 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1992; 2 set.

5. Macedo João Paulo, Abreu Mariana Marinho de, Fontenele Mayara Gomes, Dimenstein Magda. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saude soc. [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Apr 01]; 26(1): 155-170. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000100155&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>.
6. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n(o) 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.
7. Brasil. Lei n(o) 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 9 abr.
8. Randemark Rocha, NF, Jorge Bessa, MS, Queiroz Oliveira, MV. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2004;13(4):543-550. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413406>
9. Brasil. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde 2019; 6 fev.
10. Moraes Filho IM, Santos OP, Félix KC, Caetano SRS. Concepções de enfermeiros de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidar a adultos com transtornos mentais graves- relato de experiência. REVISA. 2015; 4(2): 86-95.
11. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade 2002; 11(1): 67-84
12. Machado FB, Moraes-Filho IM, Fidelis A, Almeida RJ, Nascimento MSSP, Carneiro KC. Eletroconvulsoterapia: implicações éticas e legais. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 235-47.
13. Laranjeira Ronaldo, Nicastrí Sérgio, Jerônimo Claudio, Marques Ana C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2000 June [cited 2019 Apr 01]; 22(2): 62-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>.
14. Moraes Filho IM, Filha FSSC, Almeida RJ. Serviços de atendimento públicos para usuários de álcool e outras drogas. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(1):1-3.
15. Alves V, Lima IM. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. RDisan [Internet]. 28 fev. 2013 [citado 1 abr. 2019]; 13(3):9-2. Available from: <http://www.journals.usp.br/rdisan/article/view/56241>
16. MORAES - Filho IM, Almeida RJ, Santos OP. Activities offered for the therapeutic communities situated in the city of goiânia and characterization of your teams. Vita et Sanitas. 2017; 10(2):20-9.
17. Moraes Filho IM, Nascimento MSSPN, Santos OP, Félix KC, Santos TN. Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial- Revisão de Literatura. REVISA. 2015; 4(2):155-69.
18. Costa JM, Moraes-Filho IM, Souza SAN. A percepção da equipe de enfermagem mediante às emergências psiquiátricas. Rev Inic Cient Ext. 2019; 2(1): 15-23.

Autor correspondente:

Iel Marciano de Moraes Filho
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Rua
Acre, Qd. 02. Lts.17/18, s/n, Setor de Chácaras
Anhanguera. CEP- 72870-508. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

