



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

NOTA TÉCNICA DA GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SOBRE A APRESENTAÇÃO DE DADOS DA RAPS FEITA PELO COORDENADOR NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CIT DE AGOSTO DE 2017 E SOBRE AS PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS A SEREM APRESENTADAS NA CIT DE DEZEMBRO DE 2017.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, tendo como base a Lei Federal nº 10.216/2001, vem apontando ao longo de décadas a direção do cuidado em liberdade como mote necessário e irrevogável das ações em Saúde Mental, implementando a substituição do modelo asilar de tratamento, excludente e ineficaz, como pontuam, em Nota Técnica, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2017), por outro, de base territorial e comunitária, que, no Brasil, consiste prioritariamente nos Centros de Atenção Psicossocial, dispositivos de acolhimento à crise e de articulação do cuidado ofertado pelos demais equipamentos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída pelo Ministério da Saúde em 23 dezembro de 2011.

Vale ressaltar que a OPAS/OMS, no documento acima referido, apontam contundentemente a inadequação e ineficácia das internações involuntárias ou compulsórias no tratamento de usuários em uso prejudicial de álcool e outras substâncias e, aqui, faz-se oportuna a citação:

A OPAS/OMS no Brasil considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o

tratamento da dependência de drogas. [...] As agências recomendam claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários com características voluntárias. [...] A priorização de medida extrema como a internação compulsória, além de estar na contramão do conhecimento científico sobre o tema, pode exacerbar as condições de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários de drogas. (OPAS/OMS, 2017)

Coerente com as diretrizes da OPAS/OMS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, dispositivos de controle social instituídos pela Lei 8142/1990, avançaram determinando a proibição de abertura de novos leitos psiquiátricos no país e a “extinção definitiva de qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado” (BRASIL, 2011).

Nessa reordenação do modelo assistencial, o CAPS desempenha uma função primordial na transformação da lógica do cuidado, sendo um serviço de atenção diária, multiprofissional, que articula ações para dentro e fora do serviço na produção de projetos terapêuticos que resultam na diminuição das internações, na não reincidência de crises e no resgate dos laços de cidadania nas propostas de contratualidade que oferece.

De acordo com os dados levantados pela Gerência de Saúde Mental (GSM/SES-RJ) em outubro de 2017, em um universo de 169 CAPS existentes no estado, em todas as suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ADII, CAPS ADIII, e CAPSi), 152 informaram que no período de 1 a 5 anos, 29.460 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar da internação psiquiátrica como recurso de tratamento. No período de 5 a 10 anos, 11.970 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar de internação psiquiátrica como recurso de tratamento, e em um período de mais de 10 anos 8.642 usuários foram tratados sem necessitar da internação psiquiátrica (ver anexo).

Outro dado importante diz respeito à informação sobre os atendimentos à crise realizados pelas equipes dos CAPS no período de 01/10/2016 a 01/10/2017, que contrariam o percentual apresentado pelo atual coordenador nacional em sua apresentação na CIT em agosto de 2017, de que apenas 561 CAPS em todo o país apresentaram registros de 12 atendimentos à crise em um ano. No estado do RJ, 152

CAPS realizaram 8.290 atendimentos à crise em um ano, o que corresponde a uma média de 55 atendimentos à crise por CAPS por ano.

A RAPS, a despeito de suas limitações de consolidação, as quais, cumpre dizer, devem-se predominantemente ao atual cenário político-econômico de nosso país em suas três esferas de governança, faz prevalecer os princípios da equidade, universalidade e integralidade do cuidado, constitutivos de nosso Sistema Único de Saúde. Através da articulação de seus componentes (Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Estratégias de Reabilitação Psicossocial), qualifica sobremaneira a assistência prestada à população brasileira.

No entanto, devido ao acelerado processo de desmonte das Políticas Públicas em nosso país, constatamos com assombro e indignação a crescente precarização dos serviços, tanto em termos de infraestrutura, quanto de recursos humanos, uma vez que a precarização dos contratos de trabalho produz, dentre outras consequências, um excesso de rotatividade dos trabalhadores, comprometendo sua qualificação técnica e, conseqüentemente, a plena sustentação da potência de cuidado ofertada pelos dispositivos da RAPS.

Ao lado disso, somemos a disputa de projetos contrários à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas como, por exemplo, as Comunidades Terapêuticas e os CARE AD e, mais recentemente, o Programa Emergencial de Ações Sociais para o Estado do Rio de Janeiro, decretado pelo presidente Michel Temer em 14/11/2017 (Decreto nº 9197/2017), destinando um orçamento de 8,8 milhões para comunidades terapêuticas (Fonte: MDS, 2017).

As comunidades terapêuticas encontram-se na contramão da Reforma Psiquiátrica por serem instituições centradas na internação e no isolamento do usuário, funcionando sob a lógica asilar e excludente vigente nos hospícios, ferindo, ademais, a necessária laicidade das ações em saúde por serem, via de regra, de cunho religioso. Cabe ressaltar, ainda, que ao estabelecerem a abstinência como regra para ingresso e permanência dos usuários, as comunidades terapêuticas contrariam a Política Nacional de Redução de Danos, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.028, de 1º de julho de 2005, comprometendo já de início a garantia do princípio da universalidade de acesso aos serviços preconizado pelo SUS.

Além disso, não são poucas as denúncias e os relatos de maus-tratos que

motivaram diversos órgãos de fiscalização e de garantia de direitos humanos e sociais a produzirem relatórios contrários ao seu funcionamento (Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo de Combate à Tortura, etc). Apesar disso, a Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, no dia 24/11/2017, incluiu na Lei 5.242/2011 diversas igrejas evangélicas, o Instituto "Transformar" e a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, como instituições de utilidade pública.

Como já é de amplo conhecimento, a ABP sempre foi contrária à Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, ao ideário que norteia a atual Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Sendo o atual Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, membro da ABP, não nos surpreende que na reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, realizada em agosto de 2017, o mesmo tenha desqualificado a resolutividade da RAPS com base na utilização de dados descontextualizados, propondo como solução para as dificuldades enfrentadas pela rede assistencial, a expansão de leitos psiquiátricos.

Os dados apresentados basearam-se apenas nos serviços habilitados, o que reduz drasticamente o número de serviços em efetivo funcionamento e, conseqüentemente, a sua produção. Mas, importante que se diga, ainda assim, pelos dados apresentados pelo MS, pode-se constatar uma redução de 14% do número de tentativas de suicídio nos municípios que investiram na implantação dos CAPS, o que reforça a potência desses dispositivos.

O registro da produção dos CAPS é realizado através do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS, sendo possível somente para serviços habilitados pelo Ministério da Saúde - MS. Os demais serviços que se encontram em funcionamento, porém ainda sem habilitação, não podem utilizar este sistema. Mais uma vez, diante disso, não nos surpreende que a produção dos serviços da RAPS no Brasil tenha sido um dos pontos utilizados pelo coordenador nacional para avaliar a rede como ineficaz.

Somente no estado do RJ, existem atualmente 22 CAPS, 31 SRTs, e 80 leitos de saúde mental em hospitais gerais em pleno funcionamento aguardando habilitação pelo MS.

Destacamos que se existem serviços pactuados que ainda não foram implantados, por outro lado, o Ministério da Saúde, no ano corrente, até a presente data, não cumpriu com a habilitação das propostas já aprovadas pela área técnica da

Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS/MS), o que faz com que muitos serviços estejam em funcionamento sem receber custeio federal, dificultando a implementação de novos equipamentos na medida em que os municípios se veem obrigados a assumir integralmente o custeio dos dispositivos já implantados e em funcionamento. E, cumpre dizer, dentre esses, vários já apresentam propostas aprovadas para a habilitação no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde - SAIPS/MS.

Torna-se fundamental ressaltar, também, que apesar da importância dos registros, o complexo trabalho realizado pelos CAPS não pode ser mensurado como eficaz ou ineficaz apenas por um índice de procedimentos realizados, ou não. Existe uma complexidade do cuidado, como por exemplo, a sustentação de casos graves no território por meio da articulação da rede (setorial, intersetorial e informal) que não pode ser medida objetivamente. Como mensurar o delicado trabalho da desinstitucionalização que não se restringe de forma alguma apenas à saída daquele paciente que viveu durante 20, 30 anos em um manicômio, sem nenhuma autonomia? Chama a nossa atenção que, em relação às estratégias de desinstitucionalização, a apresentação do coordenador nacional na CIT tenha se restringido a cobrar registros dos usuários inseridos no Programa "De Volta pra Casa".

Nas minutas das portarias ministeriais sobre as propostas de mudança na Política Nacional de Saúde Mental, a serem aprovadas na CIT de dezembro de 2017, observa-se recrudescimento do anacrônico modelo hospitalocêntrico/asilar que, como foi dito, tem se constituído historicamente como política pública equivocada não só para a Saúde Mental, mas para outros segmentos de atenção à saúde, tais como hansenianos, tuberculosos, deficientes, dentre outros, contrariando a diretriz de ampliação dos serviços de base comunitária e territorial como estratégia para a diminuição do número de internações, que, via de regra, impactam negativamente os gastos com a saúde pública.

O “resgate” dos ambulatórios e do hospital psiquiátrico fatalmente comprometerá o desenvolvimento e a qualificação da rede extra-hospitalar, indo na contramão do movimento de promover a integralidade do cuidado nos dispositivos de saúde geral (atenção básica, leitos em hospitais gerais). Isso acaba por discriminar os portadores de transtornos mentais, isolando-os em serviços “especializados”, afastando-os do restante das demandas de saúde, veiculando a visão de que se trata de seres cuja

assistência requer um saber específico, uma linguagem dominada por poucos, uma abordagem tutelar que acaba por negar a essas pessoas um espaço de participação social, de autonomia, responsabilidade e direitos humanos.

Com relação ao impedimento do fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos proposto, é clara essa intenção. Proibir o remanejamento das Autorizações de Internações Psiquiátricas (AIHs) de acompanharem os pacientes desinternados e, no caso de fechamento de leitos, o retorno dos valores das AIHs ao MS se opõe frontalmente à descentralização dos recursos financeiros preconizada pelo SUS. Ora, todos sabemos que o custeio de serviços e ações extra hospitalares requer investimento financeiro, que os serviços necessitam de recursos humanos e estruturas (transporte, alimentação, entre outras) que ultrapassam em muito o financiamento disponibilizado pelo MS. Que esta verba de AIHs reorientadas seja monitorada, que seu uso em saúde mental seja avaliado pelo controle social, pelos estados e pelo MS, é legítimo e necessário. Mas fazer retornar ao nível central esses recursos é negar aos municípios e estados o desenvolvimento de sua capacidade de gestão.

Nas propostas do atual Ministro, causa espanto a disparidade do orçamento previsto para CAPS e SRTs (R\$ 31 milhões), e para os leitos de saúde mental em hospitais gerais (R\$ 78 milhões) com relação ao financiamento de Comunidades Terapêuticas (R\$ 120 milhões do MS em um total de R\$ 240 milhões) e ainda para os hospitais psiquiátricos (R\$ 60 milhões). O financiamento maciço em CTs indica o claro desinvestimento nos CAPS ADIII e a indução à implantação de instituições asilares. Entre os serviços elencados na proposta, não há referência aos CAPS I nem aos CAPSi, surgindo um CAPS AD-R com função de atuação junto às cenas de uso, um trabalho territorial que já está implícito nos projetos terapêuticos dos CAPS AD e que é realizado de forma potente por esses serviços.

Além disto, a inclusão das CTs na categoria “serviços com fins à saúde”, em conjunto com os SRTs e UAs (serviços habilitados e com critérios de enquadramento técnico de instituições de saúde), abre espaço para que as CTs recebam recursos financeiros públicos sem a preocupação com um projeto técnico, como preconizava a Portaria GM/MS 131/2012. Vale dizer que a GSM/SES-RJ nunca apoiou a inclusão das CTs na RAPS.

Por fim, fica evidente que a intenção dessas propostas, trazidas sem debate amplo e apoiadas em avaliações superficiais, não é racionalizar os custos ou promover a

saúde, mas atender a interesses privados, buscando aprovação através de conchavos, de práticas antiéticas e antidemocráticas, o que, tristemente, tem caracterizado a postura do poder nacional. **NÃO PODEMOS NOS CALAR OU PERMITIR QUE ISTO ACONTEÇA.**

POR TODOS ESTES MOTIVOS, A POSIÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO FRENTE ÀS PROPOSTAS DE MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL POR PARTE DA ESFERA FEDERAL É DE REPÚDIO A ESSAS PROPOSTAS E DE DEFESA DA AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, QUE PRIORIZE O INVESTIMENTO NO FORTALECIMENTO DOS SERVIÇOS DE BASE TERRITORIAL E COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA A REDUÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES. Assim, consideramos que a RAPS precisa ser ampliada e mantida, para que seja possível superar a situação de precarização na qual se encontra grande parte dos serviços de saúde mental na atualidade, em razão, fundamentalmente, da falta de recursos públicos dispensados aos CAPS e aos demais dispositivos da RAPS, tendo em vista a garantia da integração e articulação entre os pontos de atenção das redes de saúde no território, o cuidado por meio do acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências.

Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2017.

Equipe Técnica da Gerência Estadual de Saúde Mental - GSM/SES-RJ

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Decreto nº 9197, de 14 de novembro de 2017. Institui o Programa Emergencial de Ações Sociais para o Estado do Rio de Janeiro e os seus Municípios. Disponível em: <<https://www.pondero.com.br/4373/decretos/9197-2017/>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.028, de 1º 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. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial – relatório final. Brasília: MS, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

GERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL/SES-RJ. Levantamento dos dados contextualizados da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

NOTA TÉCNICA DA OPAS/OMS NO BRASIL SOBRE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM DROGAS. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=875>. Acesso em: 09 dez. 2017.

RIO DE JANEIRO (município). Lei nº 5.242, de 18 de janeiro de 2011. Consolida a legislação municipal referente às concessões de utilidade pública. Disponível em: <<http://smaonline.rio.rj.gov.br/ConLegis/ato.asp?36130>>. Acesso em: 09 dez. 2017.