



Em Defesa da Desinstitucionalização - Não aos Manicômios

A Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas (PBPD), em parceria com as organizações da sociedade civil que subscrevem esta nota, vem a público manifestar a sua preocupação frente aos mais recentes ataques do atual governo à política de saúde mental, álcool e outras drogas. Tendo em vista a nossa atuação em defesa do direito ao cuidado em liberdade, pautado nos direitos humanos e redução de danos, nos princípios da reforma psiquiátrica, da atenção psicossocial de base territorial e comunitária, repudiamos as investidas do governo no desmonte a desinstitucionalização.

CONSIDERANDO que em 2013 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o "Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020", plano esse que é um compromisso de todos os Estados-membros da OMS na tomada de medidas específicas para melhorar a saúde mental e contribuir para a realização de um conjunto de metas globais para alcançar melhor qualidade de vida e saúde. No Plano de Ação é dada ênfase especial à proteção de direitos humanos, a Desinstitucionalização, o fortalecimento e o empoderamento da sociedade civil, centralizando e fortalecendo mais uma vez a atenção de base comunitária". Esta diretriz foi ampliada para 2030 a partir do reconhecimento desta estratégia como integrante fundamental para contribuir para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas a serem alcançados em 2030;

CONSIDERANDO em 04 de julho de 2006, foi publicada a primeira condenação do país proferida pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, relacionada a violação dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos;

CONSIDERANDO que se realizou a audiência pública na Corte Interamericana de Direitos Humanos do Caso Damião Ximenes Lopes no dia 23 de abril de 2021, às 08:00 AM (horário de San Jose da Costa Rica), onde se apresentou o contexto de regressividade nas políticas públicas de saúde mental e drogas, em especial, o retorno para o modelo hospitalocêntrico e institucionalizante;

CONSIDERANDO que o direito à saúde se estabelece como garantia fundamental no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 e como um "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 não como instrumento de controle moral e higienista do Estado contra populações já marginalizadas a perpetuar instrumentos históricos de controle, vigilância e punição sobre determinados corpos;

CONSIDERANDO que a I Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares, realizada em Brasília/DF, de 15 a 17 de outubro de 2013, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), aprovou o "Consenso de Brasília" e afirmou o desenvolvimento ou fortalecimento de ações governamentais, setoriais e intersetoriais, com a perspectiva de promover a autonomia, de ampliar o acesso ao cuidado de base comunitária e territorial e de lutar contra o estigma e o preconceito associado às pessoas com transtorno mental, e pela desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos;

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, esteve, até dezembro de 2017, afinada com o estabelecido nas principais convenções internacionais, tais como a Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, de 1991, e particularmente a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2007, depois aprovada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/09, com o mesmo status jurídico de Emenda Constitucional, e que depois foi regulamentada pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/15;

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas fundadas na desinstitucionalização e atenção psicossocial representa não apenas uma política de governo, mas uma política de Estado, consolidada em quatro conferências nacionais de saúde mental, com ampla participação social e reconhecimento pelas várias instâncias de controle social do SUS;

CONSIDERANDO a Lei 10216/2001, que institucionalizou no Brasil um novo modelo nas políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas e construiu um conjunto de estratégias e equipamentos públicos visando a desinstitucionalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos e redireciona o modelo de atenção em saúde mental no Brasil;

CONSIDERANDO a recente Lei de Drogas, LEI Nº 13.840, DE 05 DE JUNHO DE 2019, que definiu: "2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação", "6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" e 9º É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras;

CONSIDERANDO RESOLUÇÃO Nº 8, DE 14 DE AGOSTO DE 2019, do Conselho Nacional de Direitos Humanos que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas e que definiu: "Art. 11 A percepção da crise associada a transtornos mentais e/ou ao uso problemático de drogas, bem como a avaliação da possibilidade de acolhimento ou internação, não devem se restringir às alterações psicopatológicas e ao processo natural de 'doença'. Parágrafo Único. A situação de crise, expressa pelo no novo modelo social de deficiência na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), deve ser contextualizada com a rede de apoio social do usuário, sua vulnerabilidade, e com os vínculos já construídos com a rede de serviços de saúde mental, saúde e assistência social. Art. 12 A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso de exceção, como descrito na Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 4º: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, que induz à recorrência (reinternações), com pior prognóstico a longo prazo para os quadros de transtornos mentais, aumento desproporcional para o custo do sistema e da assistência, além de promoção de estigma, isolamento e fragilização das relações sociais";

CONSIDERANDO o "Seminário Saúde Mental e lei: os desafios da implantação da Lei 10.216/01 promovido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ): "O seminário teve a proposta de discutir os desafios encontrados por juízes, promotores, defensores públicos, médicos e gestores da administração pública para cumprir a Política Nacional Antimanicomial (Lei 10.216), aprovada há uma década no Brasil, na execução das medidas de segurança dos pacientes judiciários;

CONSIDERANDO o relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público Federal, PFDC e MNPCT que apontou diversas insuficiências quanto à infraestrutura dos serviços, com referência a quartos sem ventilação, uso de colchões sujos para dormir, poucos banheiros nas unidades e restrição a banhos, além de identificar boa parte das internações como involuntárias;

CONSIDERANDO o art. 198 da Constituição Federal, em seu inciso III, que determina que as ações e serviços de saúde devem observar a diretriz de participação da comunidade e que a participação social, também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90, que cria Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nas três esferas de governo, bem como colegiados de gestão nos serviços de saúde;

CONSIDERANDO a Recomendação nº 03, de 14 de março de 2019, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, enviada ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, na qual recomenda ao Ministério da Saúde suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “Nova Política de Saúde Mental”;

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental ao se constituir em uma política de Estado garantiu a ampliação e sustentabilidade de políticas públicas as quais contemplaram o pleno exercício da cidadania através de incentivos financeiros (Lei De Volta pra Casa e portarias de criação de serviços residenciais terapêuticos), incentivos a geração de trabalho e renda (Lei da Cooperativa Social) e promoção de intervenções na cultura, entre outras, desconstruindo estigmas sociais e possibilitando a reorientação do cuidado para o território onde é possível hoje observar esta clientela sendo acolhida em suas diferenças;

CONSIDERANDO a Nota Técnica do Departamento de Saúde Mental da Associação Brasileira de Enfermagem que destaca a legislação brasileira, em especial a Lei 10.216/01 e a Convenção das Pessoas com Deficiência, como os parâmetros legais e institucionais para as políticas públicas nacionais e dessa forma repudiam a Portaria 956/22 e seus ataques ao programa de Desinstitucionalização;



CONSIDERANDO a Portaria 3088 de 23 de Dezembro de 2011 que 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). A portaria institui uma complexa rede de cuidados ampliando os pontos de atenção e fortalecendo a estratégia de base territorial, a redução de danos, estratégias de desinstitucionalização e reinserção social. A portaria, prevê serviços na Atenção Primária em Saúde (APS), Consultórios na Rua, Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD / CAPS AD III/ Ambulatório), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter transitório, Programas de Redução de Danos no território, Enfermarias especializadas no cuidado em álcool e outras drogas, serviços hospitalares de referências, Centros de convivência, além de estratégias de desinstitucionalização e reinserção social.

CONSIDERANDO que a abertura de linhas de financiamento para serviços de saúde oriundas de orçamentos alheios ao SUS constituem-se como perigosos antecedentes que atacam as instâncias de fiscalização, discussão e deliberação previstas no SUS, tais como o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite, abrindo caminho para o desenvolvimento de práticas e perspectivas estranhas ao território, aos direitos humanos e ao bem-estar das pessoas a serem beneficiadas;

Recomenda-se:

1.Sustar a PORTARIA GM/MS Nº 596, DE 22 DE MARÇO DE 2022, que acaba com o Programa de Desinstitucionalização e o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

2.Cancelar o Edital de Chamamento Público nº 3/2022, que irá selecionar Organizações da Sociedade Civil (OSC) que prestem atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, hospital-dia, ambulatório e/ou pronto atendimento.



3.Criação de medidas para o fortalecimento de uma diversidade de pontos de atenção para pessoas usuárias de álcool e outras drogas, que incluam estratégias de cuidado em liberdade, atenção psicossocial, redução de danos, atenção especializada com base nas recomendações das últimas conferências de saúde mental. Denunciamos que o sucateamento via desinvestimento na rede de atenção psicossocial (RAPS) tem gerado desassistência às pessoas com problemas decorrentes do consumo abusivo de drogas. É importante ofertar uma diversidade de serviços e estratégias para o cuidado, que atualmente tem sido centralizado em estratégias de cunho religioso e pautada pela internação como ponto de partida para o tratamento.

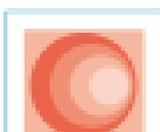
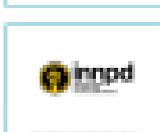
4.Criação de espaços de participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas para pessoas que usam drogas, tendo em vista que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas atualmente não tem cumprido o seu papel de promover o debate entre governo e sociedade civil na medida em que a sociedade civil foi retirada do espaço do conselho e este foi substituído por um comitê interministerial.

5.Retomar imediatamente o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) com a participação de gestoras, trabalhadoras e usuárias do serviços de saúde mental) para realizar a fiscalização dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Plataforma Brasileira de Política de Drogas



PLATAFORMA BRASILEIRA
DE POLÍTICA DE DROGAS

 <p>ALEM dos GRADIS Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>APEPM Associação Brasileira de Psicopedagogia</p>	 <p>ABSUP Associação Brasileira de Superintendentes de Polícia</p>	 <p>ABGLT Associação Brasileira de Gerontologia da LTB</p>	 <p>id dd Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>
 <p>aborda Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>ABRASCO Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>abormme Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>abramdi Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>ITTC Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>Instituto de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>LEIPSI Laboratório de Estudos em Políticas de Drogas e Sociedade</p>
 <p>ANPA Cannabis Associação Nacional de Políticas de Drogas e Sociedade</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>AMEMM Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>neip Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>neip Associação Brasileira de Gerontologia</p>
 <p>cebes Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>CEBRID Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>CDHEP Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>
 <p>cesoc Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>CCR Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>
 <p>CLADEM Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>conectas Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>CUIDAR Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>
 <p>GAJOP Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>LADIH Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>GTPACB / PROCRUZ Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>
 <p>G.M.S.P. Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>nnpd Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>ANMA Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>IBCCRIM Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>	 <p>Associação Brasileira de Gerontologia</p>
					 <p>Sapienza</p>		