

Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 - “*Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas*”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior

No dia 4 de fevereiro de 2019, o então Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro, emitiu a Nota Técnica 11/2019, intitulada “*Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas*”. Três dias depois, Quirino foi exonerado oficialmente do cargo, para ser indicado como novo Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), no Ministério da Cidadania, e houve uma suspensão de sua nota pelo Ministério da Saúde, sem uma comunicação oficial das razões desta suspensão, embora o próprio Ministro da Saúde tenha manifestado na imprensa ter dúvidas sobre alguns pontos da referida Nota. Apesar da suspensão e destas dúvidas expressas pelo ministro, várias entidades representativas de profissionais, grupos de pesquisa e núcleos do movimento antimanicomial em todo o país vêm manifestando seu repúdio às propostas colocadas nesta nota, e nós, pesquisadores e grupos de pesquisa abaixo assinados, também assumindo nossa posição de defensores do processo de reforma psiquiátrica no país, julgamos ser fundamental analisar com rigor a referida Nota, mostrando com mais detalhes suas inconsistências históricas, legais, éticas, normativas e técnicas no campo da saúde mental.

A Nota Técnica 11/2019 abrange uma série de mudanças que, a despeito de serem descritas como “processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/2001”, representam na verdade o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país. Listamos abaixo os principais pontos que sustentam esse nosso posicionamento:

1) A Nota Técnica, apesar de se posicionar pela defesa e aprimoramento da Lei 10.216 de 2001, vai de encontro a seus fundamentos, bem como de outros dispositivos legais, alguns de status constitucionais hoje vigentes no país, bem como vai na direção contrária das recomendações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Está no Art. 4º da Lei 10.216 que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra- hospitalares se mostrarem insuficientes”, e no seu § 1º, que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Embora não explicita exatamente onde a internação pode ser realizada, a direção é clara, no sentido de privilegiar os recursos extra-hospitalares, visando a reinserção social. (i - Nota adicional ao fim do

texto).

2) A Nota Técnica parece desconhecer todo o histórico do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao afirmar que “não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substituiu outro”. Parte desta inferência associa a desinstitucionalização à desospitalização, enquanto “saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos”, não reconhecendo a crítica aos danos relacionados ao isolamento, ao modelo médico-centrado e às violações de direitos humanos acumulados nesse dispositivo assistencial da psiquiatria (BIRMAN, 1978; COSTA, 1980; AMARANTE, 1998; VASCONCELOS, 2000; VASCONCELOS, 2014). Então, foi a criação de uma rede de serviços de saúde mental – CAPS, SRT’s, Cooperativas de Trabalho, Pontos de cultura, entre outros –, desde os anos 1990, tendo sua implantação ampliada e acelerada a partir dos anos 2000, e respaldada por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, que permitiu a substituição do modelo centrado quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos por um modelo de base comunitária e territorial, e que tem sido reconhecido internacionalmente. Desta forma, foram as políticas substitutivas, com serviços comunitários e territoriais, próximos ao local de moradia das pessoas, deixando de ser apenas pacientes em distantes e isolados hospitais psiquiátricos, que garantiram o respeito aos direitos dos usuários,

2

frequentemente aviltados no interior dos hospitais psiquiátricos especializados. Isso favoreceu que elas pudessem também ser cuidadas pelos seus familiares, vizinhos e amigos, de uma forma integrada a estes serviços. Também foram elementos fundamentais para essa mudança a qualidade do cuidado realizado por equipes multiprofissionais e com base em saberes múltiplos, interdisciplinares, permitindo uma relação horizontal e não hierárquica entre os vários profissionais da saúde mental e seus respectivos saberes, e também o vínculo humanizado entre trabalhadores e usuários. Na perspectiva inversa a tudo isso, a Nota Técnica 11/2019 procurar recolocar o hospital psiquiátrico e demais serviços de internação, como as comunidades terapêuticas, no centro da assistência em saúde mental, desvalorizando toda a rede de atenção psicossocial descrita acima ou atribuindo-lhe apenas o papel de auxiliar de suporte para entrada e saída das internações, como no passado.

3) Todas essas conquistas é que estão sendo revertidas pelas propostas incluídas na Nota Técnica e em algumas portarias e resoluções já emitidas desde o final de 2017, identificadas na respectiva Nota, em um **processo de decisões sucinto e autoritário**, que não abriu o debate público e que apenas incluiu de forma momentânea parte dos gestores de saúde, por meio de representantes do CONASS e do CONASEMS (conselhos nacionais representativos dos secretários estaduais e municipais de saúde, respectivamente). Assim, o processo de mudanças está ocorrendo sem qualquer respeito às vozes e interesses dos usuários e familiares da rede de saúde mental, com suas associações próprias; dos pesquisadores das variadas áreas acadêmicas que compõem o campo da saúde mental; dos quase 30.000 trabalhadores que hoje atuam nas redes municipais de saúde mental e seus respectivos movimentos sociais; dos gestores municipais e estaduais específicos das redes de saúde mental; e principalmente das instâncias de controle social do SUS, como os conselhos municipais e

estaduais de saúde, e particularmente o Conselho Nacional de Saúde e as conferências nacionais de saúde e de saúde mental, que segundo a legislação do SUS (Lei 8.080 de 1990), constituem as instâncias máximas de definição das diretrizes da política de saúde e saúde mental do país. Da mesma forma, as mudanças indicadas na Nota dizem se sustentar exclusivamente em “evidências científicas”, sem explicitar claramente o seu significado, mas deixando implícito de que se trata de uma abordagem sustentada apenas em um único modelo de saber, o biomédico reducionista, que hoje prega a “medicina baseada em evidências”, excluindo outras formas de evidências e de saber oriundos dos diversos campos científicos e profissionais que têm hoje uma larga produção acadêmica no campo, com metodologias variadas, e têm sustentado suas práticas na rede de atenção psicossocial. Vários destes modelos de saber incluem os usuários e familiares no próprio processo de pesquisa e produção de conhecimento sobre seus problemas, sejam eles psicológicos, físicos, sociais, habitacionais ou laborais. Ao contrário disso tudo, as diretrizes de ampla participação da “sociedade e das famílias” (Art. 3.o da Lei 10.216/2001), dos próprios usuários de serviços (Art. 29 do Decreto n.o 6.949, de agosto de 2009 e Art. 18 da Lei Brasileira de Inclusão, Lei n.o 13.146, de 2015), acolhimento das várias contribuições multiprofissionais, debate democrático e permanente, e geração gradual de consensos e pactos na sociedade e nas diversas instâncias de controle social, que foram utilizadas em todo o processo de reforma psiquiátrica até 2015, estão sendo revertidas radicalmente com as últimas portarias desde 2017 e a presente Nota Técnica.

4) Além do próprio processo mais amplo de desfinanciamento da saúde mental (OLIVEIRA, 2017) e das decisões na nova política, uma das maiores dificuldades adicionais para avaliar com mais solidez as mudanças implementadas nos últimos anos na política de saúde mental e drogas, agora sistematizadas na citada Nota, é a ausência de dados públicos sobre serviços e recursos destinados à área, na gestão de Quirino Cordeiro. A publicação *Saúde Mental em Dados*, que vinha sendo lançada praticamente a cada ano até 2015, passa a não ser mais produzida. Assim, os dados da política foram monopolizados por ele, e mostrados de forma seletiva apenas em tabelas, em *datashows* em suas apresentações públicas, geralmente para participantes mais identificados com sua política, impedindo assim que todos os demais atores sociais e políticos do campo pudessem se apropriar deles e produzir avaliações de perspectivas diferentes. Entre outras, uma das possíveis razões que poderiam ter levado a monopolização dos dados, foi evitar dar visibilidade para o deslocamento de recursos da atenção psicossocial para as comunidades terapêuticas. Só a Portaria Interministerial n.o 2, de 21/12/2017, que instituiu o Comitê Gestor Interministerial para atuar na área de drogas, destinou 120 milhões

3

para o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), cuja principal destinação foi criar 12.000 vagas em comunidades terapêuticas. No entanto, não teve a mesma visibilidade um novo repasse dos recursos para a FUNAD, em fevereiro de 2018, dos quais 40 milhões saíram dos recursos originalmente destinados à RAPS (processo SEI 08129.001885/2018-67). Essa monopolização dos dados, que foi estendida para todo o período de Quirino Cordeiro no cargo, constitui, portanto mais um traço autoritário da gestão de uma política que deveria ser pública e transparente.

5) Em sintonia com os todos os pontos já destacados acima, a Nota anuncia a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, com reajuste da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financiamento para a compra de aparelho de eletroconvulsoterapia – estratégia terapêutica que, a despeito de sua reabilitação na literatura psiquiátrica nas últimas décadas, foi utilizada de modo indiscriminado e punitivo durante os anos de domínio dos manicômios no cenário assistencial brasileiro, e mesmo hoje é tida como estratégia rara e excepcional, devido a seus efeitos colaterais. Além disso, ao distinguir as modalidades de curta e longa permanência, descreve que as curtas podem chegar a 90 dias, mesmo havendo evidências de que as internações, quando indicadas, devam durar períodos bem menores do que isso. Adicionalmente, a literatura mundial tem mostrado que as internações de longa permanência têm efeitos iatrogênicos importantes, pois desenvolvem a cronificação dos internos, o estigma, a perda de vínculos sociais e as múltiplas violações dos direitos dos internados, com tendência a repetir o longo histórico de atrocidades perpetradas nos hospícios brasileiros e em todo o mundo, o que levou as entidades internacionais de direitos humanos e de saúde pública e saúde mental a proporem os processos de reforma psiquiátrica, como já indicado acima.

6) A questão da carência de leitos integrais de saúde mental – chamado pela Nota de “leitos psiquiátricos especializados” – deveria ser atacada a partir da ampliação de leitos em CAPS III, permitindo a permanência- noite do usuário no mesmo serviço e com a mesma equipe em que ele já se trata cotidianamente, e com o avanço na instalação de leitos em Hospitais Gerais, de modo integrado às demais especialidades. A Nota, além de dar destaque aos hospitais psiquiátricos, defende a instalação de “Unidades Psiquiátricas Especializadas” de até 30 leitos nos Hospitais Gerais, devendo obrigatoriamente estar sempre com 80% desses leitos ocupados. Isso, sem dúvida alguma, estimulará toda a rede do RAPS a produzir permanentemente novas internações, desmobilizando o esforço necessário para manter os usuários nos serviços comunitários com acolhimento noturno, desestimulando a criação destes serviços e induzindo ao conhecido fenômeno da porta giratória (internações sucessivas), extremamente comum no país quando estes serviços constituíam o centro de referência da assistência. Além disso, o número elevado de leitos por unidade promove o grande risco de tais unidades se transformarem rapidamente em mini-hospícios, com todos os efeitos iatrogênicos já indicados acima.

7) A Nota, como já indicado por seu título, oficializa a dissociação da política de saúde mental e a de álcool e outras drogas, sendo que esta, a partir de 2019, já está sob a responsabilidade do Ministério da Cidadania, por meio da recém-criada Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), exatamente aquela em que Quirino foi indicado para ser o titular, a fim de aprofundar a articulação desta política aos interesses de associações de comunidades terapêuticas que oferecem um modelo assistencial monoterapêutico fincado no isolamento, em práticas majoritariamente religiosas e na abstinência total (IPEA, 2017). Assumindo o novo posto, em fevereiro corrente, Quirino já teve reunião com representantes das comunidades terapêuticas e alguns deputados, no sentido de montarem uma Frente Parlamentar na Câmara dos Deputados para fomentar os seus interesses e as estratégias de “guerra às drogas”. Esta separação entre as duas políticas tem também a clara

intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado realizado em liberdade, na comunidade, envolvendo a participação dos usuários na elaboração de seu projeto terapêutico singular, sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas. A Nota confirma o abandono da estratégia de Redução de Danos, uma abordagem utilizada em diversos países, como Canadá, Portugal, Espanha, Holanda e alguns estados dentro dos Estados Unidos, e aposta, como única perspectiva de tratamento, na abstinência total, a ser alcançada por meio de modelos com alta exigência contratual, como a internação de longo prazo em Comunidades Terapêuticas, as quais também têm sido alvo

4

de inúmeras denúncias, inclusive de violação de direitos no Brasil (CFP, 2011; MPF, 2018). Essa escolha política do governo reedita a expectativa de um mundo sem drogas (Escotado, 1989; Koutouzis; Perez, 1997; McAllister, 2000), posição que contraria todas as evidências de uso de drogas em toda a história do gênero humano e que provoca a grave consequência de promover o deslocamento da “guerra às drogas” para o plano assistencial, ou seja, para o dia a dia dos serviços (BRITES, 2017).

(ⁱⁱ - Nota adicional ao fim do texto)

8) Poucas referências são feitas, na nota, à saúde mental de crianças e adolescentes. O único tópico dedicado exclusivamente a essa faixa etária é curto e *surpreendentemente, apenas defende a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes!* Esta orientação se confronta com o espírito mais geral do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei 8069, de 1990), particularmente em seus artigos 18, 18A e 18B, e com as recomendações explícitas (de números 173 e 174) da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de negação de internações deste grupo etário em instituições de características manicomial, bem como de desinstitucionalização das crianças e adolescentes ainda remanescentes em instituições deste tipo.

9) A nota também inclui na RAPS as “Unidades Ambulatoriais Especializadas”. O atendimento ambulatorial pode ter protagonismo em serviços universitários, associado à pesquisa e ao treinamento de graduandos e pós-graduandos. Contudo, a ênfase no ambulatório sempre esteve majoritariamente associada à reprodução de práticas muito especializadas e fragmentadas associadas à clínica privada nos consultórios particulares para as classes médias e alta, ou aos planos de medicina privada, à desconsideração de aspectos associados à cultura própria das classes populares, à cronificação do cuidado, à baixa frequência das consultas, ao uso excessivo de psicofármacos, à pouca resolutividade em situações de crise e pouca relação com os demais equipamentos territoriais e com os projetos de vida de seus usuários. Se o objetivo, como afirma a nota, é aumentar o acesso ao tratamento por pessoas com “transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada”, a prioridade deveria ser a ampliação e qualificação do trabalho de matriciamento em saúde mental das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm grande capilaridade nas comunidades na maior parte do país, podendo oferecer ações, serviços e

cuidado adequado e resolutivo, próximo ao local onde os indivíduos moram. De toda forma, qualquer possibilidade responsável de incluir experiências piloto de ambulatórios na RAPS deveria ser precedida de uma avaliação mais sistemática das experiências anteriores, particularmente as da década de 1980, que apresentaram inúmeros problemas, bem como das possibilidades de uma integração efetivamente orgânica com os CAPS e equipes da ESF, como por exemplo, a participação obrigatória dos profissionais dos ambulatórios nesses serviços, com parte de sua carga horária semanal, bem como na direção inversa, para garantir a orientação da atenção psicossocial nestes novos dispositivos. Da mesma forma, tais experiências piloto deveriam incluir os dispositivos grupais e comunitários que hoje estão sendo utilizados na RAPS e na Atenção Básica, como a Terapia Comunitária, grupos de ajuda e suporte mútuos, e vários outros, como aqueles desenvolvidos pelo Movimento de Educação Popular em Saúde e na própria rede de atenção psicossocial. A Nota parece se esforçar em reduzir o papel do CAPS na RAPS, ao descrever o ambulatório especializado como local de tratamento de moradores de residências terapêuticas e ao estimular “municípios de pequeno porte” com “dificuldades na implantação e manutenção” de um CAPS I que optem por uma Unidade Ambulatorial Especializada em seu lugar, diminuindo a capacidade de abordagem para casos locais de pessoas com transtornos mais severos, e ignorando as dificuldades estruturais de se mobilizar psiquiatras para este tipo de cidades.

Pelas inúmeras razões acima descritas, e por sabermos que a Reforma Psiquiátrica é hoje uma política de Estado, patrimônio do povo brasileiro, que não pode ser desfigurada por interesses econômicos, pressões corporativas ou por interesses de gestões governamentais específicas, desconsiderando todo o processo anterior de construção democrática desta política, é que **nos manifestamos frontalmente contrários às diretrizes indicadas nesta Nota Técnica 11/2019, bem como às portarias e resoluções já emanadas no sentido de implementá-las.** E assim, convocamos usuários, familiares, trabalhadores, acadêmicos e

5

pesquisadores, gestores e toda a população atendida pelo SUS, a discuti-la e avaliá-la criticamente, e para lutar pela continuidade do processo de reforma psiquiátrica, como principal fundamento da política de saúde mental, consolidando assim o modelo comunitário e territorial de atenção psicossocial. Temos plena consciência de isso será parte de um esforço mais amplo na sociedade brasileira, de restituição da democracia plena, das políticas sociais e dos direitos civis, sociais e políticos, em uma conjuntura de tempos sombrios e retrocessos, mas que é parte integral na luta pelos interesses históricos da maioria dos brasileiros.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de
2019

Assinam esta nota:

Ana Paula Guljor, psiquiatra, doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, pesquisadora do

Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/LAPS - ENSP/FIOCRUZ, professora do curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e do curso de mestrado e doutorado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, primeira secretária da atual diretoria da Associação Brasileira de Saúde Mental/ABRASME (2018-2020), e membro do GT de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Eduardo Mourão Vasconcelos, psicólogo, cientista político, doutor pela London School of Economics and Political Science, pós doutor pela Anglia Ruskin University (Cambridge, Reino Unido), pesquisador I-B de produtividade científica do CNPq, professor associado da Escola de Serviço Social da UFRJ e co- coordenador do Projeto Transversões/ESS/UFRJ (Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais - Escola de Serviço Social da UFRJ)

Maria Cristina Ventura Couto, psicóloga e psicanalista, doutora pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPSAM - IPUB – UFRJ), e professora. do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ.

Martinho Braga Batista e Silva, psicólogo, doutor em Antropologia Social pela UFRJ, professor adjunto do Instituto de Medicina Social (IMS- UERJ), e hoje coordenador da Comissão de Ciências sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO

Pedro Gabriel Godinho Delgado, psiquiatra, doutor em medicina preventiva pela USP, pós-doutor pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres, professor adjunto da Instituto de Psiquiatria da UFRJ e coordenador do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPSAM - IPUB – UFRJ), Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (2000-2010), e presidente das III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Rita Cavalcante, assistente social, doutora em serviço social pela UFRJ, professora da Escola de Serviço Social – UFRJ, hoje participante da Diretoria Regional Leste da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e co-coordenadora do Projeto Transversões/ESS/UFRJ (Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais - Escola de Serviço Social da UFRJ)

Rossano Cabral Lima, psiquiatra, doutor pelo Instituto de Medicina Social (IMS- UERJ), com doutorado sanduíche no Instituto Max Planck da Ciência (Berlim); professor adjunto e hoje vice-diretor do IMS-UERJ.

Apoiam esta nota:

6

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. RJ, Ed. Graal, 1978

BRITES, C. *Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo*. SP: Cortez Editora, 2017.

COSTA, J.F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. RJ: Campus, 1980

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

ESCOHOTADO, A. *Historia de las drogas*. Espanha: Ed. Alianza, 1989..

IPEA. Nota Técnica no 21. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, IPEA, março de 2017

KOUTOUZIS, M. & PEREZ, P. *Atlas Mondial des Drogues*. Paris, Presses Universitaires de France, 1997.

McALLISTER, W. *Drug Diplomacy in the Twentieth Century*. Nova York: Routledge, 2000

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/inspecao-nacional-aponta-graves-violacoes-de-direitos-humanos-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 19 jul 2018

OLIVEIRA, E.F.A. *Gastos da Política de Saúde Mental e os rumos da Reforma Psiquiátrica*. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017

VASCONCELOS, E.M. (org.) *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. SP, Cortez, 2000.

VASCONCELOS, E.M. (coord) *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*. Brasília e Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde e Projeto Transversões/ESS/UFRJ, 2014.

Notas

(ⁱ) As entidades internacionais de direitos humanos têm se manifestado há décadas e inspiraram a própria perspectiva da reforma psiquiátrica exposta na Lei 10.216. Para dar um exemplo mais recente, temos a convenção da ONU intitulada *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, de 2006, na qual as pessoas com transtornos mentais estão incluídas, e que estabelece fundamentos similares. Ela foi ratificada por 161 países, incluindo o Brasil, bem como por diversas entidades internacionais regionais. Esta convenção foi assumida pelo Congresso Brasileiro com o status jurídico de emenda constitucional, e promulgada pela Presidência da República pelo Decreto n.o 6.949, de 2009, tendo, portanto, o mesmo status de norma constitucional. Embora a tradução de *disability*, em inglês, por deficiência, em português, seja questionável e em vários casos redutora, o texto legal mantém a inclusão dos transtornos mentais como deficiência mental, que se diferencia no texto da deficiência intelectual. Em seu Art 14, estabelece que as pessoas com deficiência “não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”. No Art. 19, reza que “os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que: [...] (b) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em

7

instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio.” A Lei Brasileira de Inclusão (Lei n.o 13.146, de 2015), que regulamenta o Decreto 6.949, de 2009, reitera esses mesmos termos.

Ainda em relação à ONU, em sua perspectiva de assegurar os direitos humanos nos serviços de saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica, além da convenção já citada acima, recomendamos enfaticamente a leitura do último relatório sobre a situação das políticas de saúde mental, promovido pela área de Direitos Humanos das Nações Unidas, intitulado *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, de 2017, disponível em várias línguas, inclusive espanhol, em:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement>

Em relação às orientações da OMS que recomendam a continuidade das políticas de reforma psiquiátrica nos países membros, indicamos o documento *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*, disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1.

(ⁱⁱ) As comunidades terapêuticas foram avaliadas em publicação recente patrocinada pelo Ministério da Saúde (Vasconcelos, EM [coord], 2014: 156-7), nos seguintes termos: “a) Parte significativa das comunidades terapêuticas são serviços com *registro não sistemático e regular de documentação institucional e dos prontuários* de seus usuários, geralmente inspirados por uma iniciativa pessoal de reabilitação do uso nocivo de drogas, a partir da qual se deseja replicar seu modelo de recuperação a outras pessoas. b) As comunidades terapêuticas se dividem em religiosas e leigas. As primeiras tomam o uso nocivo de drogas como um *problema individual, de natureza moral, espiritual e religiosa*, condicionado pelo afastamento do usuário da “graça de Deus”. O tratamento, então, é orientado a corrigir esse desvio, afastando o usuário do “mundo” a partir de uma hospedagem de médio a longo prazo, e enfatizando no cotidiano, várias vezes por dia, as *práticas religiosas*

confessionais, isto é, ligadas a uma denominação religiosa específica. Assim, nem sempre respeitam a escolha religiosa/espiritual original e as formas anteriores de prática da pessoa, quase sempre sem possibilidades de levar à instituição outro tipo de assistência religiosa. Mesmo aquelas ditas “*leigas*”, com práticas consideradas não confessionais, assumem esta mesma abordagem individualizadora, centrada na *reforma moral e espiritual da pessoa*, e que geralmente incluem a realização de atos devocionais e orações em diversos momentos do dia. c) *Pouquíssimas comunidades oferecem condições sanitárias e serviços de saúde, de saúde mental e de atenção psicossocial*, e quando o fazem, nem sempre são adequados ou estão de acordo com as normas técnicas vigentes. Isso acontece por considerarem o uso abusivo de drogas como um problema prioritário de natureza individual, moral e religiosa/espiritual, bem como pelo custo destes serviços e da devida adequação às normas sanitárias. d) Muitas comunidades são localizadas em *locais de difícil acesso*, distantes das cidades, e *não possuem um serviço de transporte de prontidão* para os usuários, o que pode dificultar a assistência em casos de imprevistos e situações de emergência, bem como para permitir diversificar as atividades sociais, de esporte, lazer e de convivência com as comunidades vizinhas. d) Todas *elas trabalham unicamente com a estratégia de abstinência total de uso de drogas, sem considerar outras alternativas*, como a redução de danos (estímulo a cuidados gerais com a saúde da pessoa, mesmo com uso contínuo de drogas), o uso mais cuidadoso e funcional das drogas, ou o uso de drogas mais leves para substituir outras com riscos mais elevados. Existem pessoas que efetivamente não se adaptam à abstinência total das drogas. e) Várias comunidades foram flagradas utilizando *métodos violentos ou que desrespeitam os direitos humanos*. Isto pode acontecer como prática cotidiana, como no desrespeito à privacidade, na violação de correspondências, na guarda dos documentos pessoais do usuário, nas dificuldades de comunicação com pessoas de referência, na impossibilidade de visitas íntimas, ou de acesso à educação de adolescentes etc. Outras vezes ocorrem para impor disciplina e trabalho, ou para punir usuários que eventualmente não obedeceram às regras da casa. Geralmente, as comunidades possuem normas muito restritivas de comportamento moral, afetivo e sexual, ou de abstinência total, ou de um uso eventual de drogas, eventos que podem inclusive gerar desligamento unilateral do serviço. No entanto, é importante reconhecer que há algumas exceções a serem consideradas, de comunidades que tratam seus clientes com consideração, respeito e humanidade. f) As características de fechamento destas instituições e o tempo de acolhimento ou internação mais prolongado podem provocar os já conhecidos *efeitos das instituições com características manicomiais*. g) Se o acolhimento é realizado de forma não integrada com a rede de atenção psicossocial, o retorno à vida comum, após a alta, geralmente ocorre sem um projeto terapêutico individualizado e integrado com os serviços externos, ou sem a elaboração, junto com a pessoa, de um novo projeto de vida na comunidade. Isto *aumenta muito as chances de reincidência nos mesmos tipos de problemas sociais, existenciais e de relação anterior com as drogas.*”