

CARTA TÉCNICA

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau), por meio da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) e as entidades da sociedade civil, abaixo subscritas, apresentam essa CARTA TÉCNICA em defesa da manutenção e melhoria da Política Nacional de Saúde Mental, instituída por meio da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 a partir de conquistas e lutas dos movimentos sociais de usuários, trabalhadores e cientistas do campo da Saúde Mental no país no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Dentre outras coisas, essa lei ordena uma política que busca garantir a gradativa diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, responsáveis por um modelo de atenção asilar, acompanhada de serviços substitutivos, os quais por sua vez orientam um cuidado de base territorial e comunitária pautado na liberdade e autonomia (BRASIL, 2001). Contudo, desde a sua promulgação e da instituição de seu marco legal, nossa política vem sendo gradativamente desmontada em um movimento de contrarreforma e mais uma vez é alvo de ataques e ameaças.

Assim, se apresenta este documento à sociedade de forma a trazer apontamentos com relação às propostas anunciadas, bem como chamar a atenção das diversas instâncias responsáveis pela proteção dos direitos sociais, sobre uma atenção em saúde mental de base comunitária e territorial, constituída em evidências técnicas e que respeite os direitos humanos dos brasileiros, sobretudo na garantia de atenção em suas necessidades de saúde conforme os preceitos doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída atualmente por serviços que compõem a Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial, os quais devem convergir com as necessidades apresentadas pelos usuários em seus territórios, pautando-se no princípio da integralidade (BRASIL, 2011; 2017). Portanto, qualquer variação sobre algum desses pontos de atenção com fins de redução ou privação do acesso de usuários aos serviços, violam-se

direitos, afeta a qualidade da assistência prestada e fragiliza a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No dia 03 de dezembro de 2020 ocorreu reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) com gestores dos estados, onde uma das pautas foi a proposta trazida pelo Grupo de Trabalho (GT), coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) do Ministério da Saúde (MS), sobre a proposta de um novo modelo assistencial para a RAPS baseada no documento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e outras entidades médicas: *Diretrizes para um novo modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil* (ABP et. al, 2020)

Diante disso, o Ministério da Saúde propõe rever e revogar uma série de Portarias que integram a atual Política de Saúde Mental e estão alocadas nas Portarias de Consolidação nº 2, 3 e 6 e outras que restam editadas de 1991 a 2014, pondo fim a importantes programas da Política de Saúde Mental, tais como o Programa de Volta pra Casa, que integra o componente de Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS. Cabe destacar que a chamada *Nova Política de Saúde Mental* supracitada, que já trazia em seu bojo documentos normativos editados, despontava, estrategicamente, como uma configuração de um plano de desmonte e retrocessos em curso no âmbito dos princípios da reforma psiquiátrica, anunciando um processo de remanicomialização do cuidado (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Nos últimos anos vem se observando um progressivo desmonte das políticas públicas, inclusive no campo da saúde, revelando disputas entre projetos distintos e antagônicos já presentes na sociedade brasileira. São práticas de aniquilamento caracterizadas principalmente pelo desfinanciamento e que foram fortalecidas e aprofundadas na gestão do governo federal compreendida entre 2016 e 2017, tendo como estratégias o congelamento de recursos orçamentários para políticas sociais por vinte anos (PEC 95/2016), propostas de planos de saúde acessíveis fomentando a saúde privada, alterações na Política Nacional de Atenção Básica e retrocessos na saúde mental (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Por quase duas décadas de legislação específica para a área da saúde mental e com o advento da Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, foi possível estruturar um conjunto de serviços instituindo a RAPS, com definição e atualização de sua composição respaldadas nas Portaria

3088/2011 e a Portaria 3588/2017, porém, em meio às mudanças dentro de um movimento de contrarreforma, a atenção em saúde mental vem sofrendo impactos significativos que afetam diretamente os avanços conquistados com o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nesse sentido, destacamos que a crise vivenciada atualmente no campo da atenção psicossocial, agravou-se com o surgimento de propostas apontadas em 2019 como *Nova Política de Saúde Mental*, materializada, principalmente, pelo incentivo ao retorno das internações em Hospitais Psiquiátricos e o financiamento das Comunidades Terapêuticas, indo na contramão do modelo de cuidado em saúde mental defendido por diversas entidades da sociedade civil organizada, e pautadas em estudos e evidências científicas, tendo na liberdade, respeito e autonomia, princípios basilares em consonância com as concepções da Reforma Psiquiátrica brasileira (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Vale ressaltar que, no Brasil, as duas instituições responsáveis por atuar em caráter de centralidade neste modelo obsoleto de característica asilar proposto a partir do incentivo a internações, o Hospital Psiquiátrico e as Comunidades Terapêuticas, são conhecidos por uma série de violações de direitos e violências diversas, as quais restam documentadas a partir de inspeções nacionais em publicações que apresentam denso levantamento e análise de dados e evidências técnicas: **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e Ministério Público Federal (MPF), de 173 páginas; e **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**, do CFP, MNPCT, MPF, Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e Ministério Público do Trabalho (MPT), de 558 páginas (CFP et al., 2020; 2018).

Abaixo seguem as propostas levadas pelo GT do Ministério da Saúde e ABP e a devida legislação que ampara, justifica e fundamenta a necessidade da assistência à Saúde Mental com dispositivos de base territorial, pautada na clínica ampliada. Ressalta-se que a composição de um GT para discutir rumos da saúde mental no Brasil sem a presença de representantes das diversas categorias que trabalham no cuidado em saúde mental, por si só já representa uma visão limitadora do que seja saúde mental e dos cuidados ampliados que esse setor demanda, além de estar completamente fora dos princípios organizativos do SUS no que diz respeito ao controle social na gestão e avaliação de programas e políticas de saúde.

Como resultado, temos uma sequência de equívocos referentes a revogação das portarias, decretos e resoluções abaixo citados:

1. Revogação dos marcos legais que criam equipes de Consultórios na Rua, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Unidade de acolhimento (UA) - Afirma que é “serviço social”

1. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
2. Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de cuidados de saúde mental 2011;
3. Portaria nº 1.028/GM/MS, de 1º de julho de 2005, que regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
4. Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011;
5. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;
6. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;
7. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
8. Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
9. Lei nº- 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;
10. Portaria nº- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS;

11. Portarias nº- 52/GM/MS, e nº- 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país;
12. Portaria nº 3090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destinem recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.
13. Resolução da CIT nº 32 (2017), que a ABP fundamenta para embasar a “Nova Política de Saúde Mental”

2 . Propõe revogar portarias que estabelecem procedimentos ambulatoriais e rever o financiamento dos CAPS. Justificativa: “não deveria estar dentro da tabela de órteses e próteses”.

1. Portaria nº 3089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
2. Portaria nº 854/GM/MS, de 22 de agosto de 2012, que altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço.

3. Criação de Unidades Especializadas em Emergências Psiquiátricas.

1. Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de cuidados de saúde mental 2011;
2. Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Essas mudanças que operam o reordenamento da Política Nacional de Saúde Mental descritas acima embasaram-se no documento *Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil*, lançado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com outras entidades médicas:

Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp), no final do ano de 2020 (ABP et al., 2020).

Assim, se apresenta brevemente o quadro a seguir no qual constam significativos equívocos técnicos anunciados no documento, os quais precisam ser melhor discutidos:

Diretrizes (ABP et al., 2020)	página	Discussão
Fala da discordância do modelo de assistência a saúde mental pautado em um único serviço	5	A rede de atenção à saúde mental apresenta na sua composição uma diversidade de equipamentos atendendo ao princípio da hierarquização. Cabe, portanto, um fortalecimento da RAPS para que todos os serviços funcionem de modo integrado e resolutivo e não um desmonte dela.
Diz que o profissional de psiquiatria é considerado prescindível.	5	O profissional psiquiatra é considerado obrigatório em todas as portarias que designam composição de equipes componentes da RAPS, fazendo com que a afirmação seja infundada. Contudo, as práticas médicas, no cotidiano dos serviços não devem ser exclusivamente médicas, devem ser centradas nas demandas de cuidado das pessoas atendidas e não nos profissionais.

<p>Advoga a existência de hospitais psiquiátricos enquanto mais resolutivos e mais econômicos para o SUS.</p>	<p>6 12</p>	<p>Criar hospitais psiquiátricos é segregador e gerará um custo muito mais elevado ao Sistema de Saúde do que efetivar leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Evidências constituídas a partir de estudos realizados no Brasil, nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais, e ao redor do mundo, em países como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Itália, Japão e outros países asiáticos, apontam benefícios acerca da produção e gestão do cuidado em saúde mental com a estratégia de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais em detrimento do manejo em hospitais psiquiátricos especializados, uma vez que a implementação desses leitos em HG tendem a ter um bom resultado técnico em termos de resolutividade e incremento da qualidade da assistência por promoverem o desenvolvimento de novos modelos integrais de atenção psicossocial em rede, melhora significativa dos custos para o sistema de saúde, redução do tempo de permanência e da</p>
---	-----------------	---

		<p>quantidade de reinternações, redução do estigma, melhor resposta no tratamento de transtornos depressivos, esquizofrenia, uso abusivo de substâncias e até mesmo no tratamento de intercorrências clínicas em saúde mental. Já a experiência que temos de hospitais psiquiátricos é a institucionalização e não efetividade do cuidado aos usuários em todas as suas dimensões. Sobram pesquisas científicas em relação a estes pontos (BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018; CHEN et al., 2017; WANG et al., 2017; MAGIDSON et al., 2015; SILVA et al., 2014; MAGNEZI et al., 2007; JONES; TODMAN; HUSAIN, 2019; MUSKIN; SKOMOROWSKY; SHAH, 2016; WAND et al., 2016; GRASSI et al., 2015; ZANARDO et al., 2017).</p>
<p>Alega que os serviços de saúde mental não são avaliados e que portanto a sua eficácia não é garantida.</p>	<p>6</p>	<p>Os dados de acompanhamento do MS são atualizados constantemente, além de existirem pesquisas específicas sobre o funcionamento dos serviços. As fiscalizações e</p>

	<p>8</p> <p>9</p>	<p>relatórios técnicos fazem parte dos protocolos para manutenção do funcionamento dos serviços.</p> <p>Os projetos terapêuticos singulares trazem no seu bojo os resultados e as metas para cada família e para cada usuário. A baliza de resultados em saúde mental não pode ser externa ao sujeito sob pena de ser violenta e devastadora das formas de existir e das suas subjetividades.</p> <p>Ademais, se a alegação é que não há avaliação dos serviços, portanto, com quais dados se propõe a extinção e se apresenta uma ineficácia dos mesmos?</p>
<p>Refere-se ao fato das profissões de saúde precisarem receber formação específica em técnicas de intervenções de eficácia comprovadas</p>	<p>6</p>	<p>As diversas áreas da saúde estudam e têm técnicas diversificadas e comprovadas cientificamente para intervenções em situações de crise e de cuidado em Saúde Mental e que não demandam do saber da psiquiatria.</p> <p>Nesse sentido, todas têm o seu</p>

		saber específico com o seu próprio arcabouço teórico e técnico, bem como têm os seus órgãos reguladores, representativos das categorias em termos de fiscalização e orientação.
Sugere a articulação de referência e contra-referência como modelo de integração entre serviços de saúde;	8	Um modelo de referência e contra-referência molda um atendimento em estações no qual cada ponto de atenção não conhece a demanda dos assistidos como um todo e cuidam da parte que lhe compete como se o usuário pudesse ser fatiado. Evidências científicas mostram que esse modelo é pouco resolutivo e mais caro aos cofres públicos. Esse modelo de referência e contra-referência deve ser suplantado para que as redes de atenção à saúde funcionem de modo cada vez mais resolutivo. Enquanto estivermos dentro do SUS, categorias profissionais que defendem modelos fragmentados, o princípio da integralidade não será atingido plenamente.
Apresenta como deve ser o funcionamento da atenção primária à	9	Esse tópico trata como se esse trabalho da Atenção Primária à

<p>saúde e discute a assistência ao “portador de transtornos mentais”.</p>		<p>Saúde já não tivesse os objetivos da promoção, prevenção e reabilitação. Ressalta-se que o componente fortalecedor dessas ações na APS não recebe mais financiamento federal, no caso o NASF. Há vasta literatura, inclusive no campo da avaliação em saúde acerca das experiências de saúde mental na APS, seus limites e possibilidades. Demonstra-se, portanto, desconhecimento sobre a literatura científica e sobre os elementos atuais de política de saúde no país.</p> <p>Trata a pessoa com transtorno mental como portador, como se o transtorno fosse algo que a pessoa leva e deixa onde e como quiser, demonstrando desconhecimento da conceituação científica de transtorno mental.</p>
<p>Refere-se a necessidade de prevenção ao suicídio sem fazer recortes de determinantes e condicionantes de saúde.</p>	<p>9</p>	<p>A análise dos indicadores de mortalidade pro suicídio demonstram uma diferença alarmante entre segmentos populacionais diversos. Portanto, as condições de vida e de exclusão e discriminação social</p>

		<p>são determinantes nesse processo. As questões do racismo estrutural determinam que a maioria das pessoas que se matam são negras.</p> <p>Ao não discutir com profundidade o fenômeno com base em dados, demonstra-se desconhecimento em Vigilância em Saúde e Epidemiologia.</p> <p>Ressalta-se a necessidade de desenvolvimento de políticas, programas e ações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial a partir de Inteligência Epidemiológica com dados agregados e pesquisas que deem conta do cenário de extrema desigualdade social e regional do país, a fim de não tratar os indicadores relacionados ao suicídio de forma leviana e descontextualizada, como se faz no documento.</p>
<p>Refere-se a necessidade de capacitação continuada dos profissionais da medicina na Atenção Primária;</p>	<p>9</p>	<p>O papel de matriciamento dos CAPS prever articulação de apoio técnico-pedagógico às equipes de atenção primária e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde prevê estratégias de processos</p>

		<p>educativos constantes e pautados na realidade de cada serviço. A capacitação continuada é um modelo verticalizado de ensino incapaz de gerar mudanças efetivas nas práticas cotidianas. Existem diversos estudos que tratam desses dados. Demonstra-se, portanto, desconhecimento das boas práticas em Educação Permanente em Saúde.</p>
<p>Aponta que os cuidados em saúde mental devem ter diretrizes pautadas pela AMB/CFM ;</p>	<p>9</p>	<p>Os projetos da AMB/CFM não podem pautar a prática da saúde mental como um todo, uma vez que o campo não é formado somente por profissionais psiquiatras e sim por profissionais de diversas áreas, os quais possuem, cada um, regulamentação e diretrizes de atuação. Estamos falando de uma política pública de saúde e não de um consultório particular de um médico. Dessa forma, a diretriz de atuação médica diz respeito ao profissional médico e, assim, não tem possibilidade técnica e legal de pautar e nem se sobrepor ao saber de outros profissionais.</p> <p>Dessa maneira, diretrizes</p>

		<p>pautadas pela AMB/CFM, desde que pautadas na constituição de referências e evidências técnicas no campo da atenção psicossocial, são bem-vindas a fim de orientar a atuação profissional dos médicos psiquiatras, os quais compõem as equipes.</p>
<p>Propõe a jornada semanal de médicos psiquiatras em ambulatórios especializados com uma distribuição ínfima em relação a outras categorias</p>	10	<p>O texto advoga a necessidade de valorização da prática da psiquiatria em todos os cenários de cuidado dos pacientes. Entretanto, na disposição da jornada semanal essa necessidade tão intensa do profissional é reduzida ao considerar ser necessária, em média, apenas 1/3 da jornada semanal em comparação a outros profissionais.</p> <p>Dessa forma, estimula o cuidado desintegrado indo na contramão do cuidado em rede e intervenção integral direcionado às necessidades do paciente.</p>
<p>Faz uma lista de profissionais que devem compor os ambulatórios sendo: psiquiatra, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo</p>	10	<p>Existem outros profissionais que desenvolvem atividades no cuidado em saúde mental, tais como profissionais de educação física e enfermagem.</p>

		<p>O princípio da regionalização e da descentralização é desrespeitado, quando a composição é totalmente determinada pelo Ministério da Saúde sem consideração das especificidades de cada localidade.</p>
<p>Compara os Serviços de Residência Terapêutica com os serviços de assistência social do Reino Unido.</p>	13	<p>O contexto de construção de políticas públicas no Brasil é diverso do Reino Unido, não cabendo comparações entre serviços.</p> <p>A análise comparativa de serviços em saúde se justifica quando se há parâmetros que o possibilitem, o que não é o caso, uma vez que não se apresentam de forma discutida e referenciada estes parâmetros, demonstrando profundo desconhecimento não só da característica e tipificação dos serviços da RAPS como também dos serviços socioassistenciais no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).</p>
<p>Propõe que os Serviços de Residência Terapêutica sejam financiados pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social).</p>		<p>Os serviços de acolhimento e cuidado à população em situação de rua já são ordenados e tipificados através de Norma Operacional Básica na Política</p>

<p>refere-se às pessoas em situação de rua como moradores de rua, termo inadequado.</p>		<p>Nacional de Assistência Social, a saber: acolhimento institucional, casas de passagens, repúblicas, dentre outras situações emergenciais (BRASIL, 2009).</p> <p>As SRT têm objetivos diversos dos propostos na política de assistência social, requerendo um saber e uma atuação específica das políticas de saúde. Ademais, com os cortes de verbas na PNAS seria inviável a implementação de novos equipamentos. Esses equipamentos na assistência desvirtuam o papel da PNAS.</p> <p>Demonstra-se, assim, profundo desconhecimento da situação das políticas públicas de assistência social, bem como de suas funções, diretrizes e tipificação dos serviços socioassistenciais.</p>
<p>Apresenta uma tabela de tratamentos a serem ofertados nos serviços de saúde;</p>	<p>22</p>	<p>A tabela apresenta uma série de indicações de procedimentos terapêuticos relativos ao saber a prática de outras profissões. Essa escrita é no mínimo desrespeitosa com o fazer das outras categorias profissionais,</p>

		além de demonstrar profundo desconhecimento das regulamentações e legislações nacionais que orientam as práticas profissionais de áreas diversas no campo da saúde mental no Brasil.
A Associação Brasileira de Psiquiatria se apresenta enquanto representante dos psiquiatras;	5 28	Enquanto representante da categoria psiquiatra, o documento discorre sobre o fazer de diversos profissionais de saúde considerando o saber médico como central.
Recomenda a utilização de eletroconvulsoterapia nos procedimentos do SUS	29	O que se observou da ECT foi um uso punitivo, indiscriminado e violento.
Afirma que não houve nenhum estudo técnico de eficiência para o fechamento de hospitais psiquiátricos;	29	Existem diversos estudos que comprovam a ineficácia de cuidados em saúde mental no Brasil nos Hospitais Psiquiátricos. Esses foram sempre verdadeiros manicômios e espaços de exclusão social. Para citar somente um documento consolidado se lança mão do documento Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional, o qual apresenta robusta discussão de dados e evidências técnicas que corroboram a ineficiência dos

		<p>Hospitais Psiquiátricos, devendo-se tomar providências urgentes quanto aos restantes (CFP et al., 2020).</p> <p>É consenso na literatura científica especializada que o tratamento especializado em Unidades de Enfermaria em Hospitais Gerais oferta melhores condições de tratamento, eficácia e custos ao sistema de saúde (BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018; CHEN et al., 2017; WANG et al., 2017; MAGIDSON et al., 2015; CHAN; CARVALHAL, 2015; SILVA et al., 2014; MAGNEZI et al., 2007; JONES; TODMAN; HUSAIN, 2019; MUSKIN; SKOMOROWSKY; SHAH, 2016; WAND et al., 2016; GRASSI et al., 2015; ZANARDO et al., 2017).</p>
--	--	---

Enfatizamos que toda e qualquer mudança, avanços, nas políticas Públicas de nosso país necessitam ser construídas coletivamente de forma a estar condizente com a Constituição Brasileira e com o histórico de conquistas já alcançadas provenientes de Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental, bem como, diversos manifestos, eventos, audiências públicas, da luta antimanicomial em prol da implantação da Reforma Psiquiátrica.

Portanto tem-se que esta proposta, a qual vem sendo pautado pela ABP e diversas entidades, na intenção de revogação de marcos legais que sustentam e

conduzem a política é inconstitucional, imoral, irresponsável e desrespeitosa para com a população brasileira, sobretudo porque nos encontramos em meio a uma pandemia a qual vem acarretando uma incidência de novos casos de transtornos mentais e milhares de agravos psíquicos e emocionais aos já usuários assistidos, fazendo-se necessário a gestão territorial do cuidado em saúde mental a fim de garantir o direito à saúde, posto que somente o modelo fortalecido de atenção psicossocial de base territorial e comunitária com serviços bem estruturados em rede pode responder efetivamente aos agravos nos territórios através do cuidado em liberdade em uma ética responsiva constituída em evidências técnicas à guisa da integralidade.

Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau

Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negros(as) e Pesquisadores(as) - ANPSINEP

Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais - ABRATO

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO/06

Conselho Regional de Educação Física da 5ª Região/CE - CREF5

Conselho Regional de Serviço Social da 3ª região - CRESS-CE

Conselho Regional de Psicologia da 11ª Região – CRP/11

Conselho Regional de Enfermagem do Ceará - COREN

Fórum Cearense da Luta Antimanicomial - FCLA

Sindicato dos(as) Assistentes Sociais do Estado do Ceará - SASEC

Sociedade Cearense de Psiquiatria - SOCEP

Observatório de Políticas Públicas em Saúde - FAMED/UFC

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA et al. **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2020. Disponível em: https://e0f08232-817d-4a27-b142-af438c0f6699.usrfiles.com/ugd/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/aa_ppd_saude/Diretrizes%20para%20um%20Modelo%20de%20Assist%C3%Aancia%20Integral%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2006. Disponível em: http://periciamedicadf.com.br/publicacoes/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

BAEZA, F. L.; ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 4, n. 1, p. 89-96, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v40n1/1516-4446-rbp-1516444620162155.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 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 assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2009c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As Contrarreformas na Política de Saúde do Governo Temer. **Argum.**, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/19139/13218/56545>. Acesso em: 14 dez. 2020.

CHEN, S. et al. Patient Characteristics, Length of Stay, and Functional Improvement for Schizophrenia Spectrum Disorders: A Population Study of Inpatient Care in Ontario 2005 to 2015. **Can J Psychiatry**, v. 62, n. 12, p. 854-63, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29194005>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. Brasil: CFP, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasil: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-e-m-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00285117.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

GRASSI, L. et al. Consultation-Liaison Psychiatry in the General Hospital: the Experience of UK, Italy, and Japan. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 17, n. 6, p. 44-53, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25894355>. Acesso em: 13 dez. 2020.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.

JONES, A.; TODMAN, H.; HUSAIN, M. Mental health in South East London general hospitals: using electronic patient records to explore associations between psychiatric diagnoses and length of stay in a patient cohort receiving liaison psychiatry input. **BJPsych Open**, v. 5, n. 6, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/mental-health-in-south->

east-london-general-hospitals-using-electronic-patient-records-to-explore-associations-between-psychiatric-diagnoses-and-length-of-stay-in-a-patient-cohort-receiving-liaison-psychiatry-input/49FD6E19F8E997287CBF6173E061CD43. Acesso em: 13 dez. 2020.

LIMA, F. A. C. et al. Saúde Mental na Policlínica: regionalização da Atenção Psicossocial em uma Área Descentralizada de Saúde. In: SENHORAS, Elói Martins (Org.). **As Políticas Públicas Frente a Transformação da Sociedade 2**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020. p. 182-190.

MAGIDSON, J. F. et al. Massachusetts General Hospital Global Psychiatric Clinical Research Training Program: A New Fellowship in Global Mental Health. **Acad Psychiatry**, v. 40, n. 4, p. 695-97, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26108399>. Acesso em: 14 dez. 2020.

MAGNEZI, R. et al. The cost of preventing stigma by hospitalizing soldiers in a general hospital instead of a psychiatric hospital. **Mil Med.**, v. 172, n. 7, p. 686-89, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17691679> . Acesso em: 14 dez. 2020.

MUSKIN, P. R.; SKOMOROWSKY, A.; SHAH, R. N. Co-managed Care for Medical Inpatients, C-L vs C/L Psychiatry. **Psychosomatics**, v. 57, n. 3, p. 258-63, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27039157>. Acesso em: 13 dez. 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria Executiva de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 06, de 05 de agosto de 2020**: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT / EMAESM. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_06_2020_AMENT_06_08_20.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

SILVA, T. L. et al. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 644-51, 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/exportar-pdf/952/v18n3a10.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.

WAND, A. P. F. et al. Comparison of consultation-liaison psychiatry services for inner-city, district or regional general hospitals using a common tool: Does one size fit all? **J Psychosom Res.**, n. 84, p. 13-21, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27095154>. Acesso em: 13 dez. 2020.

WANG, Y. Y. et al. A comparison of clinical characteristics of older adults treated with antidepressants in general and psychiatric hospitals in Asia. **Psychogeriatrics**, v. 17, n. 6, p. 348-55, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28429844> . Acesso em: 13 dez. 2020.

ZANARDO, G. L. P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 20, n. 3, p. 460-74, 2017.