

INDICAÇÃO Nº 356/2024

ALLAN JOSÉ QUINTÃO; Vereador, legalmente amparado pelo Regimento Interno desta Casa Legislativa e depois de ouvido o Plenário, requer de Vossa Excelência remeter proposição indicativa ao Executivo Municipal e Secretaria Municipal de Saúde, sugerindo-lhes:

INDICA A CRIAÇÃO DE LEITOS DE RESTAGUARDA EM HOSPITAL DESTINADO A PACIENTES EM CRISE E SOFRIMENTO MENTAL.

JUSTIFICATIVA: De acordo com notícia do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais – Sinmed-MG, é crescente as admissões de usuários nos chamados leitos de retaguarda em hospitais em Minas Gerais por conta de condições primordialmente mentais (capítulo F do CID-10). Os usuários que acessam esses leitos estão passando por graves crises mentais, uma vez que só são encaminhados a esses leitos aqueles que carecem de assistência 24h/dia, impossível de ser realizada na maior parte dos serviços de saúde mental disponíveis em Minas Gerais (Unidades Básicas de Saúde, bem como Centros de Atenção Psicossociais, os Caps, I e II), pois que estes só abrem por até 12h/dia. Isso não seria um problema, se os leitos de retaguarda em hospitais gerais fossem adequados ao atendimento à crise mental. Contudo, esse não é o caso. Como consequência, esses usuários, ainda segundo a referida notícia, estão sendo submetidos a condições terapêuticas inadequadas às particularidades de suas pessoas e de suas condições mentais, ferindo os princípios preconizados pela política brasileira de saúde mental, pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelas melhores práticas adotadas internacionalmente.

A política de saúde mental nacional, em linha com as melhores práticas internacionais, adotou os princípios de cuidado desenvolvidos a partir do movimento global de desinstitucionalização, aqui no país conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre esses princípios, destacam-se o cuidado em liberdade, com veemente recusa à exclusão social daqueles usuários em sofrimento mental; o cuidado ampliado, com o reconhecimento da importância de que uma verdadeira recuperação no campo da saúde mental envolve não apenas a libertação dos sintomas, mas a busca pela realização de uma vida que valha a pena ser vivida por aqueles que sofrem mentalmente; além de um ambiente de cuidado que possa estar o mais



próximo possível de onde os usuários vivem e que conte, para que o último ponto possa ser melhor alcançado, com equipes ampliadas, em que existam não apenas médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc., mas também pares (usuários que estão em estágio mais adiantado da recuperação e que são capazes de acolher e aconselhar outros usuários), artistas, membros da sociedade interessados em auxiliar com seus saberes próprios etc.

Nessa linha, muitas medidas coercitivas foram abolidas e outras, desencorajadas. Notoriamente, a medida de contenção mecânica (procedimento que envolve prender os usuários agitados ou agressivos ao leito por meio de amarras) foi densamente regulada, tanto por legislação nacional e estadual. A Organização Mundial da Saúde – OMS – recomenda, contudo, que os serviços busquem, ao máximo, adotar medidas para prevenir o uso da contenção mecânica, o que é alcançado, segundo as melhores evidências disponíveis, por meio de adequações estruturais e de treinamento de pessoal. Além disso, o atendimento à crise, segundo referências de instituições respeitadíssimas, deve seguir o princípio de menor invasividade: medidas comportamentais (descalonamento verbal, mudança de ambiente, redução de estressores etc.) ganham precedência sobre medidas químicas (medicações), que ganham precedência sobre medidas mecânicas (contenção mecânica).

Infelizmente, as vagas de retaguarda em hospitais estão em completo desacordo com o que vem sendo adotado mundo afora e com o que, historicamente, a política de saúde mental brasileira e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira preconizam, bem como estão em desacordo com as recomendações da OMS e das melhores evidências disponíveis ao atendimento à crise mental. Ainda segundo a denúncia supramencionada, os usuários da saúde mental encaminhados para esses leitos não estão recebendo o devido cuidado. O motivo: ambientes inadequados e pessoal destreinado para o atendimento à crise mental, decorrentes de aspectos normativos equivocados da política nacional de saúde mental (o que será mais bem-visto adiante por meio da análise da portaria nº 148/2012, do Ministério da Saúde).

A portaria nº 148/2012, é aquela que “define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de



investimento e de custeio”. Infelizmente, conforme se verá, ela conta com alguns equívocos que levam aos problemas supramencionados.

No seu capítulo I, seção II, art. 6º, a portaria nº 148/2012, determina que, somente “no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados”, “o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”. Quando são menos de 10 (dez) leitos implantados, não há, portanto, necessidade de enfermaria especializada. Isso não é adequado, pois que os usuários da saúde mental que necessitam desses leitos são costumeiramente agitados, desorganizados, delirantes etc., logo precisam de um ambiente especializado. Do contrário, o risco de incidentes graves à saúde dos usuários assistidos é muito grande, uma vez que, além das equipes serem destreinadas, o ambiente inadequado às obriga a adotar medidas heroicas para preservar os pacientes circunjacentes, muitas vezes instáveis clinicamente, invadidos por sondas, cateteres, entre outros.

Logo, não se pode esperar que médicos clínicos despendam a mesma qualidade de atenção aos usuários da saúde mental do que médicos psiquiatras. A habilidade destes, nessa seara, supera em muito a dos clínicos e, portanto, impacta diretamente em resultados e custos. Nessa perspectiva, o citado dispositivo fere princípios constitucionais fundamentais, seja a integralidade e a equidade da assistência, seja a economicidade e a eficiência do investimento público.

Em suma, os leitos de retaguarda em hospital, por vícios da portaria nº 148/2012, são inadequados à atenção à crise mental, contrapondo-se aos princípios preconizados, historicamente, pela política brasileira de saúde mental, e também contrariando os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelas melhores práticas adotadas internacionalmente. Ademais, minam as principais medidas baseadas em evidências científicas para prevenir o uso da contenção mecânica, uma vez que tais leitos são assistidos por equipes destreinadas e não possuem, em sua grande maioria, nenhuma adequação ambiental à prática em saúde mental, em especial à atenção à crise mental.



Felizmente, existem hoje vários pontos de atenção adequados ao atendimento à crise mental na Rede de Atenção Psicossocial – Raps –, são estes: os Caps III, Caps III AD e Caps IV, bem como os leitos de retaguarda em hospital com adequações estruturais (as chamadas enfermarias especializadas). Destes, os mais abundantes (que mais existem em Minas Gerais) são os Caps III, Caps III AD e Caps IV.

Assim sendo, seria de se esperar que os usuários em crise mental fossem preferencialmente encaminhados aos referidos serviços. Entretanto, de modo completamente ininteligível, os leitos destes equipamentos não estão cadastrados no SUSFácil, portanto, estão desconectados da rede regulação em saúde da SES-MG.

Com isso, o acesso a eles é extremamente comprometido, levando a dificuldades desnecessárias e facilmente evitáveis na transferência dos usuários em crise mental.

Finalmente, para além da questão propriamente voltada à pasta da saúde, essa impossibilidade de acesso a equipamentos adequados ao atendimento à saúde mental, como os Caps III, Caps III AD e Caps IV, se caracteriza como um impasse à plena efetivação do pacto federativo, em especial no nível intermunicipal e entre estados e municípios, uma vez que estes equipamentos, conforme o estabelecido pela política nacional de saúde mental, só são cabíveis em cidades maiores do que 70.000 habitantes (Caps III e Caps III AD) ou do que 200.000 habitantes (Caps IV) 10. Portanto, caso a regulação em saúde mental do estado de Minas Gerais permaneça inalterada, a sua resultante infelizmente seguirá sendo a manutenção de “cidadãos de duas categorias”, isto é, daqueles que acessam equipamentos que ofertam hospitalidade integral (municípios de cidades maiores) e daqueles que não (municípios de cidades menores). Urge que assistência à saúde mental do SUS também se organize em rede, a exemplo das experiências bem-sucedidas em áreas como urgência-emergência e materno-infantil, com a devida pactuação de referências e contra referências entre os entes, para o cumprimento do dever estatal para com o direito desses usuários conforme expresso na Constituição Federal.

Desse modo, no intuito de contornar a precedência indevida que se vem dando aos leitos de retaguarda em hospital sobre os pontos de atenção verdadeiramente adequados ao atendimento à crise mental na Raps, bem como no intuito de melhorar a atenção, quando necessária,



CÂMARA LEGISLATIVA DE
MANHUAÇU
Harmonia e Progresso

naqueles leitos, garantindo os direitos constitucionais dos usuários e otimizando os investimentos públicos na área, é mister aprovar a seguinte legislação ordinária.

De acordo com denúncia do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais – Sinmed-MG, crescem as admissões de usuários nos chamados leitos de retaguarda em hospitais gerais por conta de condições primordialmente mentais (capítulo F do CID-10). Os usuários que acessam esses leitos estão passando por graves crises mentais, uma vez que só são encaminhados a esses leitos aqueles que carecem de assistência 24h/dia, impossível de ser realizada na maior parte dos serviços de saúde mental disponíveis em Minas Gerais (Unidades Básicas de Saúde, bem como Centros de Atenção Psicossociais, os Caps, I e II), pois que estes só abrem por até 12h/dia. Isso não seria um problema, se os leitos de retaguarda em hospitais gerais fossem adequados ao atendimento à crise mental. Contudo, esse não é o caso. Como consequência, esses usuários, ainda segundo a referida denúncia, estão sendo submetidos a condições terapêuticas inadequadas às particularidades de suas pessoas e de suas condições mentais, ferindo os princípios preconizados pela política brasileira de saúde mental, pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelas melhores práticas adotadas internacionalmente.

A política de saúde mental nacional, em linha com as melhores práticas internacionais, adotou os princípios de cuidado desenvolvidos a partir do movimento global de desinstitucionalização, aqui no país conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre esses princípios, destacam-se o cuidado em liberdade, com veemente recusa à exclusão social daqueles usuários em sofrimento mental; o cuidado ampliado, com o reconhecimento da importância de que uma verdadeira recuperação no campo da saúde mental envolve não apenas a libertação dos sintomas, mas a busca pela realização de uma vida que valha a pena ser vivida por aqueles que sofrem mentalmente; além de um ambiente de cuidado que possa estar o mais próximo possível de onde os usuários vivem e que conte, para que o último ponto possa ser melhor alcançado, com equipes ampliadas, em que existam não apenas médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc., mas também pares (usuários que estão em estágio mais adiantado da recuperação e que são capazes de acolher e aconselhar outros usuários), artistas, membros da sociedade interessados em auxiliar com seus saberes próprios etc.



Nessa linha, muitas medidas coercitivas foram abolidas e outras, desencorajadas. Notoriamente, a medida de contenção mecânica (procedimento que envolve prender os usuários agitados ou agressivos ao leito por meio de amarras) foi densamente regulada, tanto por legislação nacional quanto estadual. A Organização Mundial da Saúde – OMS – recomenda, contudo, que os serviços busquem, ao máximo, adotar medidas para prevenir o uso da contenção mecânica, o que é alcançado, segundo as melhores evidências disponíveis 5,6, por meio de adequações estruturais e de treinamento de pessoal. Além disso, o atendimento à crise, segundo referências de instituições respeitadíssimas, deve seguir o princípio de menor invasividade: medidas comportamentais (descalonamento verbal, mudança de ambiente, redução de estressores etc.) ganham precedência sobre medidas químicas (medicações), que ganham precedência sobre medidas mecânicas (contenção mecânica).

Infelizmente, as vagas de retaguarda em hospitais gerais estão em completo desacordo com o que vem sendo adotado mundo afora e com o que, historicamente, a política de saúde mental brasileira e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira preconizam, bem como estão em desacordo com as recomendações da OMS e das melhores evidências disponíveis ao atendimento à crise mental. Ainda segundo a denúncia supramencionada, os usuários da saúde mental encaminhados para esses leitos não estão recebendo o devido cuidado. O motivo: ambientes inadequados e pessoal destreinado para o atendimento à crise mental, decorrentes de aspectos normativos equivocados da política nacional de saúde mental (o que será mais bem-visto adiante por meio da análise da portaria nº 148/2012, do Ministério da Saúde).

A portaria nº 148/2012 é aquela que “define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio”. Infelizmente, conforme se verá, ela conta com alguns equívocos que levam aos problemas supramencionados.

No seu capítulo I, seção II, art. 6º, a portaria nº 148/2012 determina que, somente “no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados”, “o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,



álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”. Quando são menos de 10 (dez) leitos implantados, não há, portanto, necessidade de enfermaria especializada. Isso não é adequado, pois que os usuários da saúde mental que necessitam desses leitos são costumeiramente agitados, desorganizados, delirantes etc., logo precisam de um ambiente especializado. Do contrário, o risco de incidentes graves à saúde dos usuários assistidos é muito grande, uma vez que, além das equipes serem destreinadas, o ambiente inadequado às obriga a adotar medidas heroicas para preservar os pacientes circunjacentes, muitas vezes instáveis clinicamente, invadidos por sondas, cateteres, entre outros.

Cabe mencionar que, em Minas Gerais, segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, a maioria (mais de 70%) dos leitos de retaguarda em hospitais gerais estão em hospitais de pequeno porte, portanto, desobrigados pela portaria a criarem enfermarias especializadas.

No seu capítulo I, seção III, art. 7º, a portaria nº 148/2012, determina que apenas “quando para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima” contará obrigatoriamente “com 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos”. Isso não é adequado, pois além de o número ser excessivamente grande (normalmente, os médicos psiquiatras são responsáveis por 5 a 15 leitos, segundo a referida denúncia), a saúde mental, em seu braço médico (a psiquiatria), é uma área complexa da medicina, que carece de atenção especializada.

Logo, não se pode esperar que médicos clínicos despendam a mesma qualidade de atenção aos usuários da saúde mental do que médicos psiquiatras. A habilidade destes, nessa seara, supera em muito a dos clínicos e, portanto, impacta diretamente em resultados e custos. Nessa perspectiva, o citado dispositivo fere princípios constitucionais fundamentais, seja a integralidade e a equidade da assistência, seja a economicidade e a eficiência do investimento público.

Em suma, os leitos de retaguarda em hospital geral, por vícios da portaria nº 148/2012, são inadequados à atenção à crise mental, contrapondo-se aos princípios preconizados,



historicamente, pela política brasileira de saúde mental, e também contrariando os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelas melhores práticas adotadas internacionalmente. Ademais, minam as principais medidas baseadas em evidências científicas para prevenir o uso da contenção mecânica, uma vez que tais leitos são assistidos por equipes destreinadas e não possuem, em sua grande maioria, nenhuma adequação ambiental à prática em saúde mental, em especial à atenção à crise mental.

Felizmente, existem hoje vários pontos de atenção adequados ao atendimento à crise mental na Rede de Atenção Psicossocial – Raps –, são estes: os Caps III, Caps III AD e Caps IV, bem como os leitos de retaguarda em hospital geral com adequações estruturais (as chamadas enfermarias especializadas). Destes, os mais abundantes (que mais existem em Minas Gerais) são os Caps III, Caps III AD e Caps IV.

Assim sendo, seria de se esperar que os usuários em crise mental fossem preferencialmente encaminhados aos referidos serviços. Entretanto, de modo completamente ininteligível, os leitos destes equipamentos não estão cadastrados no SUSFácil, portanto, estão desconectados da rede regulação em saúde da SES-MG.

Com isso, o acesso a eles é extremamente comprometido, levando a dificuldades desnecessárias e facilmente evitáveis na transferência dos usuários em crise mental.

Finalmente, para além da questão propriamente voltada à pasta da saúde, essa impossibilidade de acesso a equipamentos adequados ao atendimento à saúde mental, como os Caps III, Caps III AD e Caps IV, se caracteriza como um impasse à plena efetivação do pacto federativo, em especial no nível intermunicipal e entre estados e municípios, uma vez que estes equipamentos, conforme o estabelecido pela política nacional de saúde mental, só são cabíveis em cidades maiores do que 70.000 habitantes (Caps III e Caps III AD) ou do que 200.000 habitantes (Caps IV). Portanto, caso a regulação em saúde mental do estado de Minas Gerais permaneça inalterada, a sua resultante infelizmente seguirá sendo a manutenção de “cidadãos de duas categorias”, isto é, daqueles que acessam equipamentos que ofertam hospitalidade integral (municípios de cidades maiores) e daqueles que não (municípios de cidades menores). Urge que assistência à saúde mental do SUS também se organize em rede, a exemplo das experiências bem-sucedidas em áreas como urgência-emergência e materno-infantil, com a devida



CÂMARA LEGISLATIVA DE
MANHUAÇU
Harmonia e Progresso

pactuação de referências e contra referências entre os entes, para o cumprimento do dever estatal para com o direito desses usuários conforme expresso na Constituição Federal.

Desse modo, no intuito de contornar a precedência indevida que se vem dando aos leitos de retaguarda em hospital sobre os pontos de atenção verdadeiramente adequados ao atendimento à crise mental na Raps, bem como no intuito de melhorar a atenção, quando necessária, naqueles leitos, garantindo os direitos constitucionais dos usuários e otimizando os investimentos públicos na área, é mister aprovar a presente indicação.

INDICAÇÃO APRESENTADA EM 02 DE DEZEMBRO 2024.

Plenário, 05 de dezembro de 2024.

ALLAN JOSÉ QUINTÃO
(Vereador – Allan do Alaor)