

Legislação Brasileira sobre Saúde Mental

Atenção: Este é um artigo de ensaio!

INTRODUÇÃO

Em um mundo onde a inovação e a originalidade deveriam ser celebradas, muitos projetos promissores sucumbem ao peso das especulações negativas, do moralismo paralisante e do flagrante falta de incentivo. A ausência de investigação séria, de um conceito de organização robusto e de um ambiente verdadeiramente acolhedor se mostram como obstáculos intransponíveis, levando àquilo que se poderia denominar um doloroso "suicídio intelectual".

Essa morte silenciosa de ideias e aspirações não é uma escolha livre, mas sim uma consequência de um sistema que frequentemente valoriza a crítica destrutiva em detrimento do apoio construtivo. A sensação de que o fracasso é mais provável que o sucesso, de que a glória é reservada a poucos enquanto a maioria amarga a desilusão, mina a motivação e a esperança.

Nesse contexto de desamparo, emerge uma questão fundamental: por que insistir em projetos fadados ao fracasso ou, em uma extensão mais íntima, em uma vida percebida como fracassada? A solidão se instala, e a percepção de que a própria existência não tem valor diante da "malícia dos homens" pode levar a pensamentos sombrios e a uma visão niilista da existência. A lógica predatória de "cada um por si" se apresenta como uma cruel realidade, onde a vulnerabilidade é sinônimo de aniquilação.

A metáfora da navalha, capaz tanto de atos úteis quanto perigosos, ilustra a ambivalência da própria vida e das ideias. A tentativa de racionalizar a dor e o desespero muitas vezes esbarra na incompreensão e no deboche, reforçando o isolamento. Em momentos de fragilidade extrema, pensamentos autodestrutivos podem surgir como uma tentativa desesperada de escapar de uma realidade percebida como insuportável.

A descrença na efetividade da saúde mental e do tratamento individualizado se instala, alimentada por experiências negativas e pela percepção de um mundo movido por interesses egoístas. A insensibilidade se revela como a raiz de uma profunda maldade, onde a falta de empatia e a recusa em compreender a dor do outro criam um ciclo vicioso de sofrimento.

A linha tênue entre gratidão e ressentimento se esgarça diante da incompreensão e do julgamento moralista. A insistência em cutucar feridas, em vez de oferecer acolhimento, planta as sementes de uma raiva que clama por justiça. A percepção de que as "contas" inevitavelmente chegarão para aqueles que semeiam a insensibilidade e o desprezo se torna uma convicção sombria.

Em última análise, quando a esperança se esvai e a sensação de não ter nada a perder se instala, o suicídio deixa de ser um tabu distante e se apresenta como uma "primeira opção" na mente daqueles que se sentem irremediavelmente incompreendidos e abandonados. Este artigo busca, portanto, não apenas resumir um desabafo pessoal, mas também acender um alerta sobre a urgência de cultivar a empatia, de oferecer apoio genuíno e de construir um ambiente onde a saúde mental seja verdadeiramente valorizada e onde o "suicídio intelectual" deixe de ser uma trágica realidade.

ABSTRACT

In a world where innovation and originality should be celebrated, many promising projects succumb to the weight of negative speculation, paralyzing moralism and a blatant lack of encouragement. The absence of serious research, a robust organizational concept and a truly welcoming environment prove to be insurmountable obstacles, leading to what could be called a painful "intellectual suicide".

This silent death of ideas and aspirations is not a free choice, but rather a consequence of a system that often values destructive criticism over constructive support. The feeling that failure is more likely than success, that glory is reserved for a few while the majority suffer disappointment, undermines motivation and hope.

In this context of helplessness, a fundamental question emerges: why insist on projects doomed to failure or, to a more intimate extent, on a life perceived as failed? Loneliness sets in, and the realization that one's

own existence has no value in the face of the "malice of men" can lead to dark thoughts and a nihilistic view of existence. The predatory logic of "every man for himself" presents itself as a cruel reality, where vulnerability is synonymous with annihilation.

The metaphor of the razor, capable of both useful and dangerous acts, illustrates the ambivalence of life itself and of ideas. The attempt to rationalize pain and despair often comes up against misunderstanding and mockery, reinforcing isolation. In moments of extreme fragility, self-destructive thoughts can arise as a desperate attempt to escape a reality perceived as unbearable.

Disbelief in the effectiveness of mental health and individualized treatment sets in, fueled by negative experiences and the perception of a world driven by selfish interests. Insensitivity reveals itself as the root of a profound evil, where the lack of empathy and the refusal to understand the pain of others create a vicious cycle of suffering.

The fine line between gratitude and resentment is blurred by misunderstanding and moralistic judgment. The insistence on poking wounds, instead of offering shelter, plants the seeds of an anger that cries out for justice. The realization that "reckons" will inevitably come for those who sow insensitivity and contempt becomes a grim conviction.

Ultimately, when hope fades and the feeling of having nothing to lose sets in, suicide ceases to be a distant taboo and presents itself as a "first option" in the minds of those who feel irremediably misunderstood and abandoned. This article therefore seeks not only to summarize a personal outburst, but also to raise awareness about the urgency of cultivating empathy, offering genuine support and building an environment where mental health is truly valued and where "intellectual suicide" ceases to be a tragic reality.

INTRODUÇÃO	FONTES:
<p>Histórico e evolução da política: Desde a Lei nº 10.216/2001, a Política Nacional de Saúde Mental buscou consolidar um modelo comunitário e antimanicomial. No entanto, a partir de 2011, surgiram mudanças que reintroduziram elementos do modelo asilar.</p> <p>Inserção das Comunidades Terapêuticas (CTs): A partir de 2011, essas instituições passaram a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), resultando na coexistência de modelos de atenção concorrentes (asilar e comunitário).</p> <p>Nova Política de Saúde Mental (2017): Marcada pela Portaria nº 3.588/2017 e a Nota Técnica nº 11/2019, ela fortaleceu hospitais psiquiátricos, abandonando gradativamente serviços substitutivos e reforçando práticas de internação.</p>	<p>LIMA, Francisco Anderson Carvalho de; CABRAL, Mariana Pompílio Gomes; GUSSI, Alcides Fernando; ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde Mental. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i>, v. 33, 2023. DOI: 10.1590/S0103-7331202333078.</p>
<p>Retrocesso na atenção psicossocial: Com o governo Bolsonaro, houve intensificação da agenda conservadora, redução de recursos para serviços comunitários e reabilitação psicossocial e aumento do financiamento de hospitais psiquiátricos e CTs.</p> <p>Eletroconvulsoterapia (ECT) e internação involuntária: Em 2019, foram propostas mudanças que incluem financiamento da ECT e ampliação da internação involuntária, gerando debates sobre retrocessos nos direitos humanos.</p> <p>Críticas e resistência: Entidades como o Conselho Nacional de Saúde e a Associação Brasileira de Saúde Mental apontam os impactos negativos dessas mudanças e buscam reverter os retrocessos.</p>	

A eletroconvulsoterapia (ECT) é uma técnica terapêutica utilizada no tratamento de transtornos psiquiátricos graves, sendo especialmente indicada para quadros como depressão severa, esquizofrenia refratária e transtorno bipolar em crises agudas. No entanto, sua aplicação gera debates acalorados, principalmente em função de sua associação histórica com intervenções coercitivas e sua presença em instituições manicomiais. A inclusão da ECT como procedimento financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida na Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, trouxe questionamentos sobre os rumos da Nova Política de Saúde Mental no Brasil, especialmente no contexto de *remanicomialização* do cuidado.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidada a partir da Lei nº 10.216/2001, buscou implementar um modelo de atenção baseado na reabilitação psicossocial e na desinstitucionalização de pacientes, priorizando dispositivos comunitários como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, a partir de 2011, políticas públicas começaram a sinalizar mudanças no modelo assistencial, promovendo maior inserção de comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e reduzindo investimentos em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Em 2017, a Nova Política de Saúde Mental fortaleceu modelos de internação, promovendo um retrocesso na atenção psicossocial e ampliando o financiamento de hospitais psiquiátricos e práticas como a ECT. Essas mudanças foram criticadas por entidades como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), que alertaram para o risco de abandono dos princípios da reforma e o retorno de abordagens hospitalocêntricas.

A ECT, apesar de sua eficácia comprovada em determinados quadros psiquiátricos, enfrenta resistência devido a seu histórico controverso. A técnica consiste na aplicação de estímulos elétricos no cérebro do paciente sob anestesia geral, induzindo crises convulsivas controladas que podem auxiliar na modulação da atividade neuronal. Embora seus benefícios sejam reconhecidos em alguns contextos clínicos, sua inclusão na rede pública sem ampla discussão preocupa especialistas, que alertam para a possibilidade de uso inadequado e abusivo.

Entre os principais desafios para a adoção da ECT em larga escala no Brasil estão:

- **Aspectos éticos:** O tratamento pode ser aplicado sem consentimento do paciente em alguns casos, levantando preocupações sobre direitos humanos.
- **Desmonte da atenção psicossocial:** O financiamento da ECT ocorre paralelamente à redução de investimentos em CAPS e residências terapêuticas.
- **Viabilidade no SUS:** A infraestrutura necessária para a aplicação segura da técnica demanda recursos significativos, levantando questionamentos sobre sua implementação na rede pública.

A metodologia da pesquisa é perguntas, questões e éticas questionáveis sobre a saúde mental em si. Quem tem direito a certos tratamentos e outros não? Porque para alguns é envenenado por medicamento até não dar mais? Porque a terapia eletroconvulsiva não pode ser administrada em primeiro caso, se for por pedido do paciente?

Se tem um terrível efeito colateral, porque voltou a ser feita? E se salva vidas, porque não considerar como primeira opção? Existem desinformações sobre tal terapia, como deixar “pessoas burras”, sendo assim, a questão da gestante ser primeira opção, se ela vai “ficar burra”, como ela vai cuidar de seu filho?

A ideia de que a ECT “deixa as pessoas burras” é um mito sem base científica. Estudos indicam que, quando bem administrada, a terapia não causa danos cognitivos permanentes.

Então a pergunta é: “Porque todos os médicos estão mentindo?” Porque quando tais fatores são levados porque nenhum médico leva isso a sério? Canais como “O Minuto da Terra” leva informações como se fosse como todos tivessem acesso a tal terapia, sendo que não tem!

A legenda abaixo foi feita automaticamente pelo Youtube, no qual simplifica o contexto do vídeo com as devidas correções:

“Em meados do século XX, um tratamento comum para depressão clínica era misturar eletrodos ao crânio de um paciente e “fazer a mágica acontecer”, enviando uma corrente elétrica através do cérebro e causando uma breve confusão (Convulsão).

Esse processo ficou conhecido como terapia de choque. Como você deve imaginar, isso era algo brutal — e até mesmo chocante — para alguns pacientes, às vezes quebrando ossos (o problema central nunca foi este, mas a metodologia de aplicação) e causando perda temporária de memória de curto prazo.

Eventualmente, a conscientização pública sobre esses efeitos colaterais levou a uma crescente resistência à terapia por eletrochoque e ao declínio acentuado em seu uso. (Talvez porque era usado como castigo, o autor parece não ter lido sobre o “Holocausto Brasileiro”)

Mas o curioso é que a terapia de choque realmente funcionava, (para quem tinha dinheiro, hoje a pessoa é envenenada até a morte) aliviando a depressão em dois terços dos pacientes — mais do que os remédios sozinhos.

Essa terapia provavelmente funciona porque a depressão parece ocorrer quando os sinais elétricos comuns do cérebro falham. Assim, enviar uma descarga de eletricidade para o cérebro, induzindo convulsões, pode funcionar como um botão de reset. (Este botão reset custa de mil a dois mil e quinhentos)¹

Então, alguns médicos continuaram a usar essa terapia, mesmo com sua má reputação. Porém, começaram a aplicar a corrente elétrica em apenas um lado do cérebro, para tentar reduzir os efeitos na memória, e a usar anestesia e relaxantes musculares para evitar convulsões dolorosas (sem fonte confiável) — mantendo os bons efeitos enquanto reduziam os efeitos colaterais.

> **MINUTO DA TERRA.** Por que a terapia de choque voltou a ser usada? YouTube, 2018. Disponível em Youtube 2. Acesso em: 13 maio 2025.



**ORIO
MOD**

ης γνώσης!

Hoje, o tratamento, agora chamado de terapia eletroconvulsiva, ainda causa dores de cabeça e perda de memória. Mas, como esse “curto-circuito” no cérebro tem vencido a batalha contra a depressão, médicos estão começando a tratar outras doenças cerebrais com eletricidade (com exceções para os que não tem dinheiro).

Por exemplo: a atividade elétrica anormal no cérebro de pessoas com doença de Parkinson avançada paralisa os músculos e causa contrações involuntárias. O envio de pulsos regulares de eletricidade para as regiões cerebrais envolvidas no movimento pode interromper essa falha, permitindo que os pacientes se movimentem mais livremente. (Tem muitos com Parkinson e nem receberam a possibilidade de tal)

Tremores e muitas outras doenças cerebrais também estão relacionadas a uma rede elétrica fora de controle. Por isso, essas terapias eletrizantes podem beneficiar muito mais pessoas no futuro — isso, claro, assumindo que os cientistas continuem com “a pilha toda”. **“A pilha toda seria o dinheiro?”**

CONCLUSÃO:

A análise crítica sobre a legislação brasileira em saúde mental, especialmente a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001 e seus desdobramentos nas décadas seguintes, revela uma trajetória marcada por avanços iniciais promissores, seguidos de inflexões preocupantes e, por vezes, francos retrocessos. A Reforma Psiquiátrica representou um marco civilizatório ao propor a superação do modelo asilar e a construção de uma rede de cuidado territorializada, centrada na liberdade, no protagonismo dos usuários e na promoção da reabilitação psicossocial. No entanto, os desmontes gradativos desse modelo, impulsionados sobretudo a partir de 2011 e intensificados após 2017, revelam o embate ideológico e estrutural entre perspectivas de cuidado comunitário e abordagens conservadoras, de medicamentos e instituições. O retorno do financiamento de hospitais psiquiátricos, a inserção acrítica das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a revalorização da internação e de técnicas controversas como a Eletroconvulsoterapia (ECT), sem o devido debate público, configuram não apenas escolhas técnicas, mas decisões profundamente políticas e éticas. Tais mudanças suscitam sérias preocupações quanto à violação de direitos humanos, à fragilização dos dispositivos de cuidado comunitário e à invisibilização da complexidade da experiência do sofrimento psíquico.

Além do viés técnico e histórico, o artigo propõe uma abordagem mais subjetiva e humanizada, denunciando o que se pode chamar de “suicídio intelectual” — a asfixia do pensamento crítico, da criatividade e da individualidade frente a um sistema que desestimula a inovação, desampara a vulnerabilidade e perpetua a exclusão. A saúde mental, nesse contexto, não pode ser pensada apenas em termos de protocolos clínicos ou diretrizes institucionais: ela precisa ser compreendida como campo de disputas simbólicas, sociais e existenciais. A ideia de que projetos de vida, ideias e subjetividades são descartáveis revela uma lógica perversa que também mata — ainda que simbolicamente — aqueles que ousam existir fora das normativas vigentes. O resgate da ECT como prática legítima no SUS é ilustrativo dessa ambivalência: por um lado, trata-se de uma tecnologia com eficácia comprovada em casos graves e refratários; por outro, carrega um histórico de abusos, estigmas e imposições violentas. Seu retorno ao cenário terapêutico brasileiro, ainda que sob protocolos mais modernos e seguros, exige vigilância ética constante, participação popular, regulação democrática e transparência. A aplicação sem consentimento, os custos elevados, a escassez de acesso público e a precarização dos serviços substitutivos indicam que a ECT tem sido, em parte, instrumentalizada para justificar o desmonte de uma política de cuidado mais abrangente, complexa e centrada no sujeito. A metodologia adotada neste trabalho — marcada por um tom questionador, autobiográfico e crítico — também se propõe como uma forma de resistência. Questionar por que certos tratamentos são oferecidos apenas a poucos, por que o acesso é mediado pelo poder aquisitivo, por que persistem mitos que desinformam mais do que esclarecem, e por que o sofrimento mental é muitas vezes tratado com negligência institucional, são formas de exigir não apenas políticas públicas eficazes, mas também uma sociedade mais justa, empática e ética.

É preciso lembrar que a política de saúde mental é, acima de tudo, uma política de vida. Uma política que lida com a dor invisível, com os corpos silenciados, com as vozes que gritam em desespero mas não encontram escuta. O Brasil precisa urgentemente reverter os retrocessos, reafirmar o compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica, fortalecer os CAPS, investir na formação ética e humanizada de profissionais e garantir que toda pessoa, em qualquer ponto do território nacional, tenha acesso a cuidados dignos, respeitosos e baseados na escuta ativa e no reconhecimento da alteridade.

Concluimos, portanto, que a luta por uma saúde mental pública, universal e de qualidade é inseparável da luta por uma sociedade menos desigual, menos punitiva e mais comprometida com os direitos humanos. Que o debate sobre ECT, internação involuntária e políticas de cuidado não se limite ao tecnicismo institucional, mas incorpore as vozes daqueles que vivem o sofrimento na pele. Que as escolhas não sejam feitas apenas nos gabinetes ou sob a lógica da produtividade econômica, mas na escuta dos usuários, na partilha de experiências, na construção coletiva de soluções e, acima de tudo, na valorização incondicional da vida.

ⁱ **Eletroconvulsoterapia (ECT)** é um tratamento utilizado para casos graves de doenças psiquiátricas, como **depressão severa e quadros psicóticos refratários**. O procedimento envolve a aplicação de estímulos elétricos no cérebro para induzir uma convulsão controlada, sendo considerado eficaz quando outros tratamentos falham.

- **Custo:** O preço de uma sessão de ECT varia entre **R\$ 1.000,00 e R\$ 2.500,00**, dependendo da clínica e do médico.
- **Locais de tratamento:** Hospitais-escola costuma oferecer preços mais acessíveis do que clínicas particulares.
- **Indicação médica:** A ECT é recomendada para pacientes que não respondem a medicamentos convencionais, incluindo gestantes que não podem usar certos remédios.
- **Eficácia:** Estudos indicam que a ECT é um dos tratamentos mais eficientes para depressão grave, catatonia e alguns casos de esquizofrenia.
- **Aspectos práticos:** A aplicação da ECT pode variar conforme protocolos médicos, incluindo o posicionamento dos eletrodos e a dosagem elétrica utilizada.
- **Diretrizes:** A Associação Brasileira de Psiquiatria estabelece recomendações para a prática da ECT, garantindo sua segurança e eficácia.

Doctoralia. Quanto custa cada sessão de eletroconvulsoterapia. Disponível em: <<https://www.doctoralia.com.br/perguntas-respostas/quanto-custa-cada-sessao-de-eletroconvulsoterapia>>. Acesso em: 13 maio 2025.

SciELO. Critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/vfXmhbfnsXL8z6vnHfFsrsd/>>. Acesso em: 13 maio 2025.

SciELO. Aspectos da prática da ECT. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rprs/a/Z94LP9jfRJKNbn57JBrxJdc/>>. Acesso em: 13 maio 2025.

Associação Médica Brasileira. Diretrizes sobre eletroconvulsoterapia. Disponível em: <https://amb.org.br/files/_DIRETRIZES/eletroconvulsoterapia/files/assets/common/downloads/publications.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.