

FACULDADE PERSEU ABRAMO DE SANTO ANDRÉ

LOURDES APARECIDA PRUDÊNCIO DE PAULA

VANILDA LACERDA BORGES DOS REIS

**IMPLANTAÇÃO DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE
DIADEMA**

SANTO ANDRÉ

2016

FACULDADE DE SANTO ANDRÉ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS GESTÃO DE ENTIDADES DA
SOCIEDADE CIVIL

**IMPLANTAÇÃO DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE
DIADEMA**

PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão Avaliadora como exigência parcial para obtenção do certificado de conclusão do curso de Especialização Estado, Políticas Públicas e Gestão de Entidades da Sociedade Civil, pela Fundação Santo André.

Monitora: Natália Fingermann

SANTO ANDRÉ
2016

POEMA

18 de maio,

Dia de Luta Antimanicomial

*A pessoa em sofrimento
Já foi muito excluída
Torturada, isolada
Por tempos foi esquecida
Mas hoje tem assistência
É ouvida em sua essência
Pra que seja acolhida.*

*Chamar de louco, maluco?
Hoje não é desse jeito
Quem tem transtorno mental
Precisa de mais respeito.
O sofrimento que for
Só precisa de amor
E também de ser aceito.*

*Segregar não é o caminho
Mas acolher e escutar
Promovem a inclusão
Pra ressocializar.
Quem sofre, quer mais carinho
Este sim é o caminho:
Incluir, ouvir, cuidar.*

Anne Karolynne S. Negreiros
Enfermeira especialista em saúde mental
Neurocientista
Cordelista

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo de estudo retratar um pouco sobre a questão da Saúde Mental na região de São Paulo, ABC e Brasil, identificando as políticas públicas já existentes à população que sofre distúrbios mentais. Pode-se observar no livro “O Holocausto” de Daniela Arbex, em que a autora relata como eram os manicômios por meio de depoimentos de pessoas que ainda estão vivas e contam a forma desumana que viviam, sendo maltratados e sem nenhum pudor. Ressaltando o processo histórico no Brasil, através de vários profissionais que se uniram durante todos esses anos incansavelmente para obter resultados na certeza de que é possível tratá-las de forma humana, respeitando suas origens, suas particularidades e especificidades. Depois de muita insistência e persistência, estes profissionais conseguiram uma grande conquista e vitória que foi a Luta Antimanicomial e se comemora e faz referência no dia 18 de maio. Diante desses estudos é possível mudar a realidade e a forma dessa população proporcionando à eles mais recursos e fomentando as políticas públicas já existentes na cidade, e de forma particular, descobrimos através de pesquisas e conversas com profissionais, que o Município de São Bernardo-SP é referência para várias cidades e também no Brasil. E o que nos chama mais a atenção é o compromisso que se tem à essa população através dos serviços de implantação de Residências Terapêuticas, que, resumidamente, significa moradia aos pacientes que não as possuem, ou que já foram abandonados por seus familiares. Os serviços oferecidos a eles dentro da moradia são os cuidados e a atenção dos profissionais da área. Conhecendo a fundo este projeto, nosso intuito é estudarmos as possibilidades de o implantarmos no município de Diadema SP. Tendo em vista que já existem políticas públicas para essas pessoas, esse projeto somaria e proporcionaria à todos uma melhor qualidade de vida, e acima de tudo, encontraria sua autonomia, o tornando protagonista da sua própria história.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde Mental. Implantação de Residências Terapêuticas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

STR	Serviço Residencial Terapêutico
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS AD	Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
IFB	Instituto Franco Basaglia
OPAS	Organização Permanente de Saúde
RTS	Residências Terapêuticas
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégias da Secretaria á Saúde
FNS	Fundo Nacional da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SDSC	Secretaria da Defesa Social e Cidadania
COMAD	Conselho Municipal de Prevenção e Controle de Álcool e Drogas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
AA	Alcoólicos Anônimos
NA	Narcóticos Anônimos
UBS	Unidade Básica de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UPAS	Unidade de Pronto Atendimentos
PPI	Programação pactuada e integrada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL TRAJETORIA, AVANÇOS E DESAFIOS.....	9
1.1 Como era a realidade dos Manicômios	11
1.2 Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica 12	
1.3 Os avanços da Saúde Mental hoje e depois das Lutas da Reforma Psiquiátrica.....	14
2. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	17
2.1 Avanços e conquistas dos programas e Residências Terapêuticas como exemplo de outras cidades.....	18
2.2 Os desafios da Implantação da Residência Terapêutica no Município de Diadema.....	21
FLUXOGRAMA EXPLICATIVO.....	24
PAINEL 1 - ÁRVORE DE PROBLEMAS	25
PAINEL 2 - PLANO DE AÇÃO	26
PAINEL 3 - ANÁLISE DE ATORES.....	27
PAINEL 4 - ANÁLISE DE RISCO E FRAGILIDADES.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
ANEXOS.....	31
ANEXO I.....	32
ANEXO II.....	33
ANEXO III.....	38
ANEXO IV	39
ANEXO V	40
ANEXO VI	41
BIBLIOGRAFIAS/ REFERÊNCIAS.....	43

INTRODUÇÃO

A Questão da Saúde Mental é uma questão perene na história do Brasil, contextualizar essa temática é uma forma de apropriar-se de um conhecimento cultural diversificado, aprofundar-se a um debate que exige a compreensão de cada profissional e também do Estado que garanta políticas públicas capazes de assegurar o acesso à esse direito.

A motivação para a investigação acerca do presente tema deve-se a uma inquietação e preocupação com o público alvo existente na sociedade e a decorrência das várias possibilidades e situações que o leva a se encontrar com essa doença.

Antigamente os pacientes eram internados nos Manicômios como pessoas sem identidade e sem valor nenhum, tendo origens, culturas e seus motivos desrespeitados, sendo abandonados e esquecidos por sua família, e justamente por denúncias de maus tratos, o assunto Saúde Mental no Brasil, nos anos 70 foram marcados com o movimento da Reforma Psiquiátrica, com discussões e debates sobre os direitos humanos dos reclusos em manicômios.

Trabalharam incessantemente para o rompimento do paradigma de que a loucura é sinônimo de incapacidade e periculosidade, e também a fim da desconstrução de um pensamento de que é comum o tratamento carcerário, priorizando o isolamento do paciente com problema mental.

Destaca-se também a importância que teve a Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado ou lei da Reforma Psiquiátrica, que rege a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa Lei trata de assegurar sem qualquer forma de discriminação quanto á raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, levando em consideração a não exclusão em nenhum critério tais como a idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra, pois a não exclusão de nenhuma pessoa com essa patologia, garante os direitos de todos, indiferentemente de qualquer posição social. Neste sentido, a reforma psiquiátrica tende atingir outro

campo ideológico, transformando a relação da sociedade com a loucura, de forma a combater o preconceito e a exclusão social.

Devido às conquistas geradas mediante essa Lei, que considera os direitos humanos dos pacientes, percebe-se a necessidade de ampliar o atendimento psicossocial e fomentar a implantação de novos recursos para as residências terapêuticas, uma vez que temos informação que existem verbas destinadas para esse projeto.

Esse projeto seria de extrema importância no Município de Diadema, pois viria como um importante dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. O objetivo central é caracterizar-se como moradias inseridas na comunidade destinadas às pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do (STR) Serviço Residencial Terapêutico é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços efetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

A implantação desse módulo proporcionaria às pessoas qualidade de vida e autonomia. Tendo em vista que a situação em que se encontram as torna ainda mais psicologicamente frágeis e vulneráveis. Assim, o tratamento visa lhes garantir uma evolução no quadro clínico, pois o paciente com acompanhamento torna-se pacífico tanto em sua vida pessoal e coletiva.

1. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL TRAJETORIA, AVANÇOS E DESAFIOS

O objetivo desse trabalho vem abordar a trajetória do movimento da luta antimanicomial mostrando a realidade de algumas ações que eram desenvolvidas nos manicômios. Ações essas que jamais deveriam acontecer, pois o indivíduo com esta patologia não é considerado incapaz, mas sim alguém que precisa de tratamento. Embora o maior desafio para essa mudança de olhar à questão tratada está relacionado à participação de toda a rede de saúde e familiares no momento do tratamento.

Para colocar estas ações em prática, hoje o movimento de luta antimanicomial busca incansavelmente beneficiar os direitos do usuário para garantir uma atenção digna e merecedora no serviço da saúde, para que minimamente apresente para a sociedade estes indivíduos que os mesmo sempre foram rotulado como loucos.

O movimento da luta antimanicomial traz em sua concepção os princípios de Honneth quando busca, de forma ativa, a conscientização da população para o descaso e a injustiças que os portadores de transtorno mentais eram tratados, e não da para ignorar que isso acontece em uma sociedade imposta de direito e que se diz ter democracia.

E essa luta durante vinte e cinco anos tem sido muito desafiadora para os profissionais que vem se articulando e se mobilizando para garantir este direito. Foram muitos debates realizados e movimentos de organização, tendo em vista que a reivindicação era muito grande pois estava diante de uma saúde com péssima condição, principalmente referente á essa patologia que para muitos não eram visto como doença.

Ao reconstruir a trajetória dos movimentos é importante mencionar a organização dos trabalhadores mental, que faz uma reflexão crítica sobre a questão (epistemológica) do saber psiquiátrico, e qual a estratégia e função social da psiquiatria de repressão e ordem social enquanto ao caráter de instituição total do hospital psiquiátrico (AMARANTE 2008, p739).

Vários eventos entre 1978 e 1987 foram realizados com o objetivo de fortalecer o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e também pela luta da transformação do Sistema de Saúde. Após estes, eventos em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental respondendo a uma indicação da 8ª Conferência da Saúde realizada em 1986, que a princípio essa Conferência teve um caráter técnico, mas após a modificação do regulamento foi dada a garantia de um caráter participativo, e assim foi acontecendo os Congressos que aos poucos foi se tornando um momento de renovação teórica e política marcada pela participação de associações na luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas.

Amarante (2008) aponta para duas rupturas importantes que aconteceram dentro do movimento dos trabalhadores de saúde. A primeira ruptura foi marcada por sua composição, que havia o predomínio dos profissionais de saúde mental, que passam a serem considerados atores sociais e entendem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda ruptura teve como objetivo influenciar não só no serviço de Saúde Mental, mas também a transformação de caráter social e cultural da sociedade.

De acordo com (GRADELHA JUNIOR, 2002), o manifesto de Bauru foi um documento fundamental do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais para que possam trabalhar o enfrentamento da questão de como a sociedade entende a pessoa que precisa de tratamento psicológico. Pois, percebe-se que muitos membros da sociedade rotulam esses indivíduos de “loucos” sem respeitar a sua realidade. Assim instalou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, tornando o dia 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Em 1993, aconteceu o Encontro Nacional na cidade de Salvador (BA), os debates incluíram a questão do reconhecimento da situação dos portadores de transtorno mental, as práticas e seus direitos. De acordo com essas discussões e debates, foi apontada a necessidade das mudanças simbólicas dos conceitos existente na sociedade sobre a doença mental (MAIA FERNANDES, 2002).

Ressaltando que os encontros aconteciam em biênios até o ano de 2001, tendo em anos intercalados os Encontros de usuários e familiares vinculados aos

movimentos (LOBOSQUE, 2003). Segundo Lobosque (2003), no V Encontro deflagrou a crise do movimento, devido a um crescimento numérico dos participantes, sem à devida preparação política para uma reflexão necessária para as deliberações e proposta para os debates.

1.1 Como era a realidade dos Manicômios

Diante de alguns estudos empíricos, em que vários especialistas e estudiosos relatam a verdadeira história dos manicômios e de que forma eram tratados os pacientes sendo ignorados como se não fosse ninguém, ou melhor, um não ser, e totalmente despojado de sua identidade, sendo chamados por outros nomes, roubados literalmente seu sentido, sua cultura, sua vida e suas crenças, eram internados a força sem nenhum pudor. Automaticamente eram raspados seus cabelos principalmente os homens semelhantes á dos prisioneiros de guerra, e suas roupas eram arrancadas deixando-os totalmente nus, perdendo totalmente sua liberdade.

70% daqueles pacientes direcionados aos manicômios não tinham como diagnóstico a questão da saúde mental. Havia casos de epilepsia, alcoolistas, homossexuais e prostitutas, que eram encaminhados ao manicômio de forma indevida pelos seus familiares ou médicos.

Assim como chegavam meninas grávidas, que foram abusadas pelo patrão; esposas que os maridos queriam morar com a amante, vinham também filhas de fazendeiros aos quais perderam a virgindade antes do casamento, pois isso jamais poderia ser aceito naquela época, e por incrível que pareça chegavam crianças também que tinha algum tipo de patologia e a família não aceitava e abandonava no manicômio e ali ficavam até morrerem de frio, doentes e desprezados.

Enfim foram homens, mulheres e crianças, mendigos, negros, pessoas sem documento que iam chegando ao manicômio com intuito de fazer uma limpeza social na sociedade, que por muitas vezes eles precisavam se unir para se aquecerem nas noites frias, pois não havia lugar para dormir, dormiam sobre os capins, que logo depois de muito tempo foram sendo substituídos por camas, muitos morriam antes

de amanhecerem devido ao frio. Morriam também de choques, uma técnica que usavam e eram tão fortes os eletrochoques que muitos deles morriam eletrificados. Seus corpos não valiam nada, eram vendidos para faculdades de medicina do país, sem nenhum questionamento, infelizmente só para obter lucro.

Um depoimento dado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia em 1979 ao visitar um manicômio no Brasil afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista, em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta”. Na concepção desse especialista, o manicômio representava o verdadeiro holocausto, pois presenciou trabalhos escravos, em que os pacientes trabalhavam capinando os matos das praças, sem qualquer tipo de remuneração.

Para mudar essa realidade foi preciso muita luta, especialistas e profissionais na área se sensibilizaram e se uniram através de um movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, particularmente dentro do movimento antimanicomial, propondo um trabalho de resgate à cidadania, através de políticas públicas e Residência Terapêutica.

1.2 Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica

No entanto, focaliza-se a emergência dos movimentos sociais na reforma psiquiátrica, um fato novo na história contemporânea da psiquiatria brasileira que trabalhou-se com o testemunho oral dos usuários de serviços de saúde mental, privilegiando e enfatizando a trajetória de militância nos movimentos sociais através das mudanças na sensibilidade coletiva, que é permeada pela seguinte interrogação que surgem através dos movimentos sociais que diante das transformações evidentes e claras no campo da assistência em saúde mental, como interpretar e analisar a mentalidade manicomial ainda fortemente arraigada e culturada no ser humano.

Os movimentos sociais surgem como uma tendência contra hegemonia que politiza as desigualdades sociais moldadas por práticas sociais e culturais, como uma concepção alternativa à cidadania desengajada justamente por politizar

questões sociais, os movimentos retomem as fronteiras da política e da democracia indo além do modelo representativo, com seus partidos, instituições e Estado.

No Brasil, os movimentos sociais originam-se da resistência ao regime autoritário desde os anos 1970, e sua construção coletiva se fez na forma de teia ou rede, articulando-se com outras organizações, tais como sindicatos e partidos políticos.

Maria Célia Paoli e Vera da Silva Telles (2000) enfatizam a importância e a consolidação dos movimentos sociais no cenário político nacional e na construção de espaços plurais de representação dos sujeitos coletivos a partir da década de 1980, a autora ressalta que quanto mais a ordem legal promete igualdade, mais a realidade se mostra desigual.

No Brasil o diferencial da redemocratização foi à inserção de novos atores no cenário político aumentando diversos grupos sociais nas instituições, o Artigo XIV da Constituição deixa claro a participação das associações civis na implantação das políticas de saúde e assistência social, podendo assim os movimentos introduzir na agenda política a luta de grupos subalternos, integrados e unidos pelo modo como são excluídos, oprimidos, descaracterizados e marginalizados.

A exclusão e a crise econômica ao mesmo tempo em que tenta garantir os direitos políticos democráticos, o Estado mostra-se ineficaz na garantia dos direitos sociais, segundo Marilena Chauí (SADER, 1995) aponta a emergência dos movimentos sociais como um fenômeno paradoxal para a ciência política, já que a tese hegemônica era a de que o sucesso das democracias modernas não dava importância para a política dos cidadãos, que delegavam aos técnicos e políticos profissionais as decisões concernentes à existência social no seu todo, cada um desses movimentos sociais revela o esforço de parte da sociedade para se emancipar de um mal social considerado repugnante para os que estão engajados, passando por pequenos grupos a discussões públicas mais amplas, estendendo o espaço da sociabilidade e da ação.

Segundo o Autor Alberto Melucci (1999) ele concorda com Marilena Chauí quando afirma que os movimentos contemporâneos possuem uma orientação

antagônica que surge e altera a lógica das sociedades complexas, mas relativiza a confrontação com o sistema político e o Estado, considerando-a como uma perspectiva difícil de evitar um sistema que é limitado.

No caso dos movimentos contemporâneos, como o conflito afeta a vida cotidiana das pessoas, a construção de categorias analíticas que demonstram suas identidades coletivas e a solidariedade é tão importante quanto à análise do confronto dos movimentos sociais com as representações políticas formais. Com isso, demarca-se que esses movimentos sociais incidem tanto na lógica política quanto no sistema cultural e na vida cotidiana das pessoas.

E quando se refere aos Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica, se depara com uma realidade que tem despertado reações e a atenção da sociedade. O campo da saúde mental no Brasil passa por uma transformação, no sentido formulado segundo Robert Castel (1991) frisando que tais transformações estão relacionadas na desinstitucionalização como uma nova tecnologia. Diante de tais transformações, a sociedade coloca em questão o conceito de alienado, privando os indivíduos de exercer a cidadania dizendo que é necessário o isolamento para o tratamento dos pacientes.

De acordo com a política pública do Estado, a reforma psiquiátrica brasileira é garantida pela Lei nº 10.216 06 DE Abril de 2001 (Lei Paulo Delgado) e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde, ressaltando que o projeto em expansão constitui-se pelo modelo comunitário com seus diversos dispositivos institucionais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da rede.

1.3 Os avanços da Saúde Mental hoje e depois das Lutas da Reforma Psiquiátrica

De acordo com Foucault (1972), no século XVII ocorreu a chamada grande internação, quando o mundo da loucura se tornou o mundo da exclusão social, com a construção, sendo instalado por toda a Europa, sendo várias casas de internação,

mas que havia formas diferentes de tratar, as vezes com acolhimento, outras vezes com correção e reclusão. Eram casas destinadas a receber não só os loucos, mas também várias pessoas considerados prostitutas ou ladrões, identificando como um problema social. De acordo com Foucault a internação do louco era um instrumento político-social, e que não tinha nenhum critério médico. Alguns especialistas na área isolava o doente do seu convívio familiar e da sociedade com argumentos de que seu isolamento era necessário para a sua própria proteção e para a proteção da sociedade.

Somente depois da Segunda Guerra Mundial, através de vários profissionais chegaram à conclusão de que os hospitais psiquiátricos deveria ser transformado ou abolido da sociedade, pois consideravam a forma desumana de serem tratados os pacientes, muitos profissionais na época foram criticados por terem essa forma de pensamento, pois, queriam que a medicina olhasse de forma preventiva e que estas se articulassem para uma possível transformação promovendo a saúde do cidadão de forma ampla e humana, respeitando suas subjetividades e particularidades.

Foi através dessa forma de pensar diferente por vários profissionais é que foi criado a Organização Mundial da Saúde (OMS), pois foram definindo uma nova forma de reflexão sobre essa questão. Passou assim a ser vista a saúde mental não apenas como a inexistência de patologia, mas de uma forma abrangente. Nas palavras da própria Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS, 2001) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade.

Portanto a reforma psiquiátrica é um processo em construção no Brasil e no mundo, teve início nos anos 1970, onde foram marcados por debates sobre os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos reclusos em manicômios, diante de várias denúncias sobre maus-tratos e abandonos. Surgiu assim no sentido de questionar esses maus-tratos e humanizar a assistência oferecida aos pacientes, articulando a noção de multiplicidade dos problemas e a necessidade de diferentes terapias, inserindo também o apoio e a orientação à família, levando em consideração que as famílias também precisam de apoio e orientação para cuidar, pois nem sempre estão preparados para essa missão.

A vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária, solidária e produtiva, e a descoberta da psicanálise e da subjetividade foi elemento primordial desse novo olhar sobre o doente de saúde mental e a psiquiatria que se praticava nos manicômios.

A reforma psiquiátrica brasileira é respaldada pela política do Estado através da Lei nº 10.216 e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde. Oferecendo projetos como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); o programa de Volta para Casa, que reinsere usuários de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos na sociedade; os leitos psiquiátricos em hospital geral; a construção de uma política pública intersetorial para álcool e drogas, e também para crianças e adolescentes; a articulação com a rede básica de saúde; e a consequente redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos.

Percebe-se que houve um avanço considerável relevante em relação as políticas que precisa avançar ainda mais, devido a necessidade e as demandas, atualmente cerca de 400 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de perturbações mentais ou neurológicas, ou problemas psicossociais, como o uso abusivo de álcool e drogas. A grande maioria sofre silenciosamente com a sua doença, e também com a exclusão social que a doença provoca. Pois essa exclusão é o resultado dos preconceitos da sociedade que rótula negativamente essas pessoas que sofrem de doenças mentais, e com essa atitude acaba criando barreiras que impedem os indivíduos e suas famílias de buscar ajuda, e com medo de serem excluídos, abre mão de seus direitos, contribuindo assim para os baixos índices de busca por tratamentos adequados, que no entanto está vulnerável a sofrer de problemas mentais, que são diagnosticáveis, que pode ser tratado e ser prevenidos a tempo.

Ressaltando um dos avanços importante que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2001 a campanha “Cuidar, sim Discriminar não” com o objetivo de provocar um impacto na opinião pública e estimular o debate sobre como melhorar as condições atuais de saúde mental no mundo todo e diminuir a discriminação em relação ao doente mental.

2. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O objetivo da Desinstitucionalização é a reinserção social dos pacientes, as Residências Terapêuticas, uma vez que o Ministério da Saúde, pela portaria nº 106/2000 introduziu o Serviço de Residência Terapêutica no âmbito do SUS. Portanto, o suporte interdisciplinar deve considerar a singularidade de cada morador, e não apenas os projetos e ações baseados no coletivo (BRASIL, 2004).

Quando os profissionais falam em desinstitucionalizar, os mesmo reforça a descaracterização de uma política pública que tem uma forte resistência imposta pela sociedade que acaba desenvolvendo uma ideologia que reproduz uma segregação a transformação ao modelo de saúde mental, que julgam ser ultrapassada e que não tem quem os defenda, pois essa não é a realidade da reforma psiquiátrica brasileira, suas mudanças vem trazendo muitos questionamentos e forte embate para os grupos .

Houve uma preocupação dos profissionais em relação as políticas públicas que vem sendo implantada diante dos movimentos sociais, que lutam a favor da legalização de um direito legítimo, enquanto outros grupos lutam contra a essa ideologia. Para articular esse grupos escolheram trabalhar com Pesquisa , sobre os militantes relatando sua historia de vida e as lutas nos movimentos sociais, entrevistas que foram fundamentais para fortalecer as famílias e dar continuidade a esse grupo que precisa se fortalecer.

Considerando que a nossa sociedade é hierárquica, e de um capitalismo periférico e devastador, foi preciso um segmento que reivindicasse junto as políticas sociais um serviços de atendimento psicossocial, que pudesse suprir as necessidades dos usuários, uma vez que estão na linha de frente para direcionar alguns encaminhamento na efetivação das política para uma organização centralizada mais precisa e eficaz.

O instituto Franco Basaglia (IFB) também se destaca nesse campo, sendo uma organização não governamental que visa a incentivar a formulação de políticas públicas e assessorar a implantação e a consolidação de serviços municipais.

Diante de vários movimentos e conquista com a Luta Antimanicomial temos um fator de suma importância que é o Ator Coletivo que se forma na dimensão para compreender a constituição e a interseção entre a história de militância pessoal e a instituição das associações onde está inserido, pois trouxeram experiências de muitas lutas sobre a saúde mental.

Essa luta vem desde 1960 com os movimentos estudantil e cultural, que através deste movimento surge a (SOSINTRA) Sociedade de Serviços Gerais por Integração Social pelo Trabalho que foi fundada por amigos e trabalhadores que tinha na família pessoas com problemas mentais que surgiu em meados de 70, assim é reconhecida como a mais antiga associação de família no campo da saúde mental.

Muitos dos militantes têm a sua experiência traumática de internação psiquiátrica, após algum tempo de efetivação no grupo os mesmos são convidados a participar como palestrante e dar seu depoimento as conferências sobre saúde mental, mas só foi possível porque este usuário tem acompanhamento nos (CAPS).

É importante lembrar que toda estratégia de movimentos sociais tem que estar articulado com sistema político representativo, pois de fato temos exemplo de como esta articulação é feita entre os movimentos sociais e os sistema para a efetivação e garantia dos direitos.

2.1 Avanços e conquistas dos programas e Residências Terapêuticas como exemplo de outras cidades

Diante do propósito de conhecer a realidade de outros municípios, alguns profissionais da área nos fala sobre a importância e os resultados adquiridos à essa população de saúde mental que necessitam dos serviços prestados e a implantação dessa política pública.

E através da experiência existentes menciona-se a possibilidade de uma implantação de Residência Terapêutica no município de Diadema. E de acordo com a conversa foi sugerido à entrevista com o secretário de saúde que se destaca a

experiência do município de São Bernardo do Campo com Arthur Chioro, que relata como está sendo estruturada a rede de saúde mental, e como São Bernardo se tornou referência em vários países.

Diante deste relato do Secretário a Cidade de São Bernardo do Campo, na região da Grande São Paulo, encontra-se em fase avançada de construção da rede de atendimento para a Saúde Mental. Prova disso é a inauguração de mais uma Residência Terapêutica e mais dois Centros de Atenção Psicossocial em 2012, e já aprovado mais duas construções para 2013. No total, serão cinco CAPS funcionando em todas as regiões do município, para atender à demanda de 4.500 pacientes. A pressa se explica para que o único hospital psiquiátrico que existe em São Bernardo seja desativado de vez, ainda é preciso fechar 120 dos 380 leitos do prédio. Sem contar dos usuários que vem da grande São Paulo para serem atendidos.

Segundo o Secretário, as vias contra a territorialização das drogas não são no sentido da repressão, mas do reforço de uma rede integrada capaz de abrir as portas do atendimento para o usuário. Chioro foi secretário de Saúde de São Vicente, diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde e consultor da Organização Pan-Americana de Saúde. Ao dar entrevista para o site Brasileiro (2012), Chioro falou sobre a atual situação da reforma psiquiátrica em São Bernardo, cujas políticas para saúde mental se tornaram referência no país.

Podemos citar o exemplo prático e a importância do atendimento básico e Móvel de Urgência (SAMU), que também atende a emergências psiquiátricas. Quando alguém tem um surto psicótico grave, ou é pego usando drogas, a polícia pode até ser acionada, para a contenção, mas em seguida é o SAMU que assume o comando.

Um pronto-socorro psiquiátrico, dentro de um hospital-geral, é mantido 24h, ao lado de uma das unidades do CAPS. Isso porque boa parte das emergências psiquiátricas, principalmente ligadas a álcool e drogas, são síndromes clínicas, como de abstinência, e que precisam do manejo clínico.

Contudo, Chioro destaca a necessidade dos leitos de internação, tem paciente que vai precisar ficar internado durante um período curto, por conta de uma

síndrome de abstinência pesada, o que exige uma retaguarda clínica, pois ele pode ter outra enfermidade. Para isso, será inaugurado um hospital que contará com 20 leitos para desintoxicação. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) também contam com leitos especializados e dão retaguarda no primeiro atendimento.

Outro dispositivo da rede é o Consultório de Rua, formado por equipes da Saúde da Família e baseado na redução de danos, fundamental para o primeiro contato com os usuários de drogas que estão na rua.

No entanto para se realizar esses projetos de política pública levando em consideração a desativação do hospital e a migração dos recursos de leitos para o novo modelo, assim a gestão se baseia na Programação Pactuada e Integrada (PPI) definindo os recursos para o município e para atender a população que vem de outra cidade, inclusive há especificações de quanto é destinado para internação psiquiátrica, para cirurgia cardíaca, cirurgia de urgência, tomografia etc.

DATASUS é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre a Saúde, através desse órgão pode constatar a relação entre duas cidades, por exemplo, São Bernardo e São Caetano. Ressalta-se também a experiência que fizeram e que tem dado resultados positivos como um programa de volta pra casa citado a baixo:

O programa de volta para casa foi instituído pelo Presidente Lula por meio da assinatura da lei federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada ou reabilitação psicossocial assistida, com o objetivo de reinserir e incluir o usuário de longa permanência internados nos hospitais psiquiátricos, com intuito de construir na sociedade uma política pública Inter setorial, que venha atender pacientes com dependência de álcool e drogas, incluindo crianças e adolescente, assegurando o bem-estar e estimulando o exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Para efetivar este programa local foi necessário a parceria com a Caixa Econômica Federal, tendo em vista que mais de 2600 beneficiários em todo o

território nacional recebem mensalmente em suas próprias contas bancárias o valor de R\$240,00.

O Programa de Redução de Leitos Hospitalares e os Serviços Residências Terapêuticas, junto com o Programa de Volta para Casa, forma o tripé essencial para o efetivo do processo de desinstitucionalização, e o resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, sendo privadas da sua liberdade nos hospitais psiquiátricos.

Mediante a experiência do município de São Bernardo do Campo, os resultados positivos e a equação dos serviços prestados foram de suma importância conhecer esta realidade, em seus desafios e vitórias, no entanto é um desafio levar esta experiência para o município de Diadema e uma possível implantação e efetivação desta Residência Terapêutica.

2.2 Os desafios da Implantação da Residência Terapêutica no Município de Diadema

Devido as experiência dos programas voltados para a população de saúde mental, o município de São Bernardo do Campo foi considerado um exemplo para outros municípios e países enfatizando a implantação das políticas publica voltado para Residências Terapêuticas.

De acordo a essa experiência, o desafio de implantar esse projeto no Município de Diadema, mas sabemos que a burocracia encontrada para esse projeto será grande, pois envolvem vários atores e com isso cria-se uma resistência que levam a dificultar a implantação não só desse, mas como vários projetos no município.

Tendo em vista que a transição para obter o primeiro passo é necessária uma apresentação coerente, esclarecedora e objetiva do projeto elaborado para os gestores que estão na governabilidade exercida do momento. No entanto serão encontradas muitas barreiras tentando impedi-la, tanto no nível de gestores quanto a

sociedade que não compreende a realidade e as necessidades dessa população tão discriminada e sofrida.

A partir do momento que se pensa em um projeto que venha atender algum segmento, naturalmente surge grupos que pensam diferentes e com ideologias contrárias para a questão desejada. Sendo assim será preciso um apoio da secretaria de saúde e da prefeitura, pois esse apoio é um ponto chave para iniciação desta implantação e para a sua efetivação.

Naturalmente o projeto não é só acumular papeis e sim enfatizar o projeto que minimamente vai dar continuidade a um tratamento que esses usuários necessitam, garantindo seu atendimento, levando em consideração que qualquer projeto deve ser muito bem analisado, tendo uma projeção de médio e longo prazo a serem cumpridos, obtendo informações mais precisas de elaboração, estratégias e metas a serem apurado visando o cronograma e a metodologia aplicada.

Com as gestões em exercício e as redes existentes, pode-se avaliar a estrutura e os próximos passos a serem seguidas, vivenciados as barreiras encontradas no inicio. Tendo em vista que precisará de recursos propriamente ditos do Governo Federal que colaboram com a maior parte em dinheiro e novos rumos para a implantação desses projetos.

Uma vez que é repassada a verba destinada ao município e a Secretaria da Saúde, se o Prefeito não investe em contra partida, que seria de direito de cada município fica difícil a implantação do projeto, correndo o risco de não ser implantado devido o não repasse.

Uma ordem do Prefeito e junto a Câmara Municipal dos vereadores, após serem aprovadas e sancionada como lei, é direcionados à Secretaria de Assistência Social e Cidadania e ao setor de finanças que serão avaliados para uma possível aplicação e implantação do projeto que será um ganho imensurável para a cidade e beneficiará os pacientes e familiares, de um modo geral diminuiria a questão da violência pois estão expostos a uma vulnerabilidade social.

Não descartando o surgimento de resistência dos opositores que poderão ser contrário à deliberação da emenda votada, apresentando a não importância e a valorização do projeto. Pensando nessa hipótese nós faz refletir o porquê da não implantação da Residência Terapêutica ainda no município.

É notório que a aplicação da prática do projeto no município de Diadema vai trazer vários benefícios moldando a realidade encontrada na própria cidade, assim diminuiria o fluxo de atendimento nas cidades vizinhas. Com a possível implantação do SRT no Município de Diadema é necessário ter uma parceria com a secretaria Federal e Municipal de Saúde, com o apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecendo rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade.

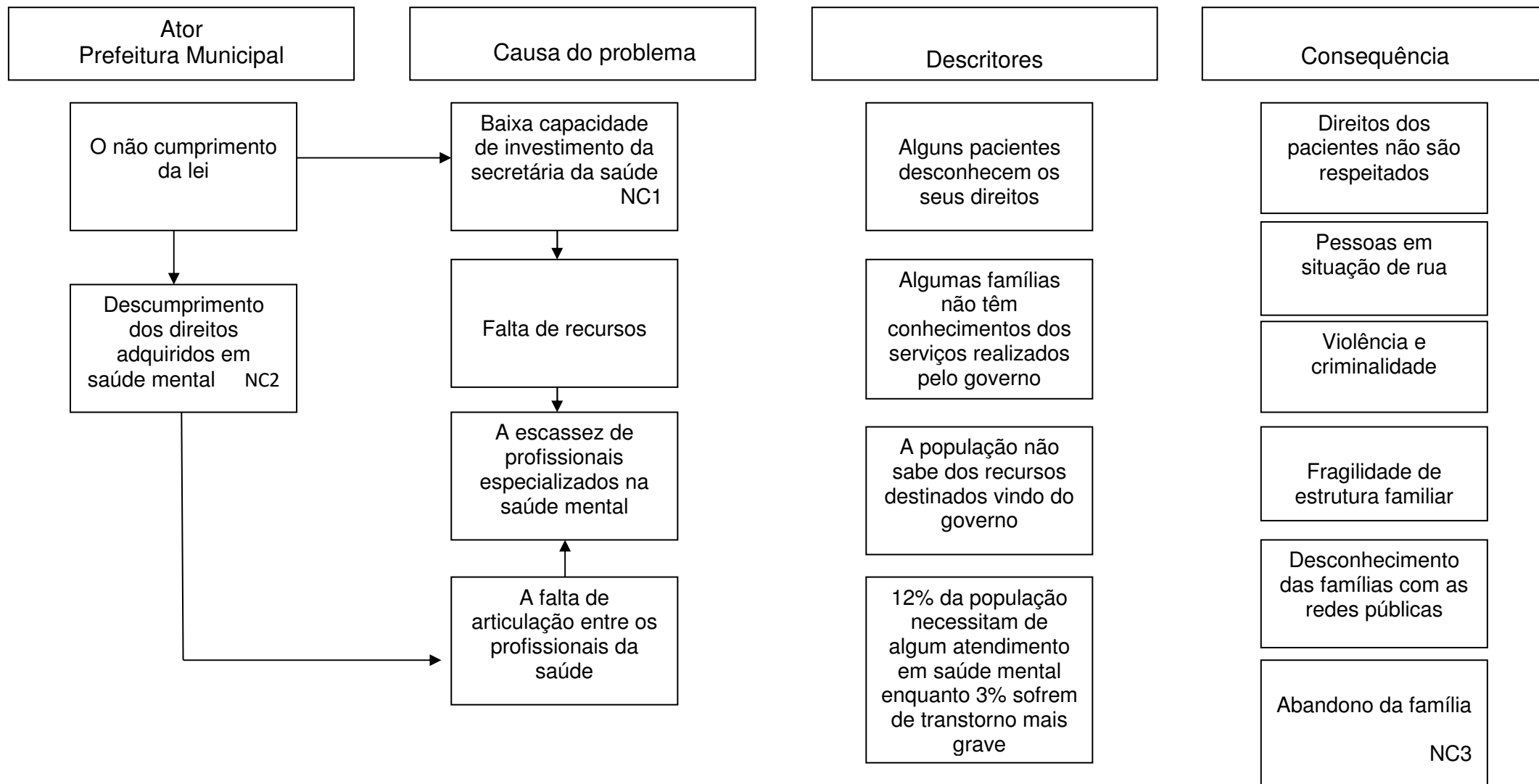
Essa foi a ideia da reforma psiquiátrica, que teve como o objetivo substituir o modo manicomial que apresentava de forma sub-humana com os pacientes, assim dando início a ruptura aos manicômios. Ressaltando o que a autora (Daniela Arbex) descreve em seu livro Holocausto Brasileiro o sofrimento das pessoas que antes viviam no manicômio presos e sofrendo maus tratos.

Se existe o recurso que o Governo Federal oferece para as cidades, não tem nada que se impeça de também implantar nos municípios é só ter vontade política, pois os pacientes só precisam de oportunidades de ser olhados sem preconceito e sem discriminação, podendo encontrar sua autonomia sendo protagonista de sua história na sociedade.

Então, é preciso dar continuidade a esse modelo, que venha a garantir o tratamento digno e humano, e se existe essa possibilidade de implantar a residência terapêutica, vale o esforço em se buscar o recurso que já existe, para que esse serviço seja implementado na Cidade de Diadema.

FLUXOGRAMA EXPLICATIVO

Implantação de Residência Terapêutica



PAINEL 1 - ÁRVORE DE PROBLEMAS

Nó Estratégico	Ações	Resultado das ações
NE 1 – Desinteresse do Governo Local e Secretária da Saúde	Apresentar o Projeto com metas e estratégias e a sua importância para o município	Implantação do projeto e os benefícios para o público de saúde mental
NE 2 – Descumprimento dos Direitos Adquiridos	Reconhecer as Políticas Públicas como direito e efetivá-las	Satisfação dos pacientes
NE 3 – Abandono da Família	Proporcionar grupos interdisciplinares	Fazer parte de um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos

PAINEL 2 - PLANO DE AÇÃO

NC 1- Baixa capacidade de investimento da Secretaria da Saúde em Políticas Públicas no Âmbito da Saúde Mental.

Ação	Tarefa	Recursos Necessários	Prazos	Responsável
A. 1.1 Realizar um levantamento sobre o público alvo a ser atendido.	Produzir um estudo com o público alvo	Recursos humanos	Segundo semestre de 2016	Secretaria da Saúde de Diadema

NC 2- Descumprimento dos direitos adquiridos em Saúde Mental

Ação	Tarefa	Recursos Necessários	Prazos	Responsável
A. 2.1 - Descumprimentos dos direitos adquiridos em Saúde Mental	Efetivar a Lei	Garantir o direito que este escrito na Constituição Federal de 88	Segundo semestre de 2016	Prefeitura do Município

NC 3- Abandono da Família

Ação	Tarefa	Recursos Necessários	Prazos	Responsável
A. 3.1 Investir em Grupos Sócios Educativos	Capacitação de recursos e fortalecimentos das secretarias	Recursos humanos e financeiros	Segundo semestre de 2016	Prefeitura do Município

PAINEL 3 - ANÁLISE DE ATORES

Ação 1 - Plano que oriente e organize as ações dos gestores do Município de Diadema, diante dos desafios enfrentados para o serviço implantação da Residência Terapêutica.

ATOR	RECURSO QUE CONTROLA	LIMITAÇÕES/ VULNERABILIDADE	COMO PODE CONTRIBUIR?	COMO PODE PREJUDICAR?	COMO ATUAR EM RELAÇÃO A ESTE ATOR?
Prefeitura	Verba destinada do governo Federal	Cumprir as documentações necessárias com metas e estratégias	Proporcionando encontros e reuniões com as secretarias juntamente com a sociedade civil para juntos estrutura a construção do projeto.	Sem o apoio das secretarias e entidades	Informa-lo das atividades em andamento
	Repasse da contra partida da Prefeitura para o Governo	Um governo que não garanta as Políticas Publica	Atribuir demandas para a secretaria de assistência	Não ter recurso suficiente para a implantação e a realização do projeto	Convocar a sua participação nas reuniões apresentado proposta objetivas a serem cumpridas
	Benefícios direcionados aos pacientes de saúde mental	O impedimento de dialogo entre as secretarias e profissionais na área de saúde	Proporcionar atos e audiências publicas na Câmara Municipal e a audiência publica se necessário.	Não tendo o respaldo da lei poderá colocar em risco todo o projeto	Posicionando sempre das metas e objetivos a serem cumpridos.

PAINEL 4 - ANÁLISE DE RISCO E FRAGILIDADES

PERGUNTAS	ANÁLISE
1- As ações propostas para equacionar os Nós Críticos podem gerar efeitos indesejáveis (por ex.: efeitos sociais ou ambientais)?	Sim, pois a é possível que não haja adesão da sociedade civil na resolução da questão.
2- Existem aspectos técnicos, jurídicos ou políticos nas ações propostas que podem resultar em efeitos negativos? Quais?	A equipe deve estar atenta a esta possibilidade e cobrar do jurídico uma maior agilidade para cumprir as documentações necessárias o quanto antes.
3- Qual o principal ponto fraco do projeto? E o que pode ser feito para prevenir ou corrigir?	Diante de tantas promessas feitas e não cumpridas conquistar a confiança da população não é uma tarefa fácil, vai precisar de uma dinâmica e conduta que esteja á altura dos desejos propostos pela comunidade, assim será possível garantir uma maior governabilidade.
4- O que pode ser feito para garantir a implementação das ações propostas?	A comunidade não deve abrir mão do tempo determinado que foi proposto para as autoridades competentes, acompanhando de perto as questões fiscalizado e acompanhando o desenvolvimento do projeto.
5 - Os recursos disponíveis são suficientes para realizar o projeto?	Caso aconteça devem ir em busca de mais verbas com os representantes competentes para tal cumprimento, efetivando de fato políticas públicas que venha atender as necessidades do município .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática de Saúde Mental, no contexto geral é um trabalho desafiador, pois exige desempenho tanto dos profissionais quanto da sociedade, unindo forças cada qual fazendo sua parte em prol do fortalecimento das políticas e de um trabalho intersetorial.

As reivindicações dos movimentos são justas, pois se fundamenta nos direitos que possuem, como cidadãos que sofrem discriminação e preconceitos diante da sociedade, como em todos os segmentos menos favorecidos da sociedade, as políticas públicas precisa melhorar muito, visando a necessidade e particularidade e voltar-se para resolução dos problemas que nos afligem e não somente tratar do assunto de forma paliativa e temporal.

Ressaltando que as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

O fato de um portador de transtorno mental habitar uma casa, sem conotação hospitalar, desvincula a imagem de que o mesmo precisa viver isolado da sociedade e possibilita a prática de seus direitos, garantido na Constituição Federal respaldado por lei como cidadão, favorecendo a reaproximação com seus familiares, pois será evidenciado que aquele usuário tem capacidade de viver em um lar e que os cuidados familiares poderão ser suficientes.

Com o suporte oferecidos através dos profissionais, enfermeiros técnicos de enfermagem que atuam diretamente nas Residências, favorece a consolidação da rede de atenção a saúde mental, além de ser fundamental para a reinserção dos usuários na sociedade, o trabalho de reabilitação social passa a orientar o atendimento nesses serviços.

O trabalho realizado no município, em prol da assistência ao portador de transtorno mental, busca atender as novas condições de tratamento que possui como meta o desenvolvimento de autonomia e a integração desses usuários no território, como cidadãos. Isso depende tanto de interesses políticos quanto de uma equipe multidisciplinar que estejam com o propósito de promover melhorias com condições de vida de qualidade aos pacientes.

O suporte de caráter interdisciplinar seja o CAPS de referência ou de uma equipe da atenção básica, ou outros profissionais deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo . O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial inserindo e incluindo o usuário na rede de serviços SRT , dando inicio ao longo processo de reabilitação.

ANEXOS**ANEXO I****Ministério da Saúde****Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)**

Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 10.216, de Paulo Delgado 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a 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;

Considerando a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 52/GM/MS e 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando que os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia; e

Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental em todas as unidades da Federação, com a implementação de diretrizes de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, resolve:

Art. 1º A Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 2º A e 2º B e do anexo I desta Portaria:

“Art. 2º A Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.”

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.

Art. 2º B Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no anexo I desta Portaria.

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

§ 3º Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT.

§ 4º Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria.

§ 5º As duas modalidades de SRT se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde.

ANEXO II

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser

previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção deles na rede social existente. O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. "Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência."

Art. 2º Fica estabelecido incentivo financeiro de custeio, no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), para implantação de SRT Tipo I e Tipo II, observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM/MS, de 2000.

§ 1º Para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, o gestor responsável pelo SRT deverá encaminhar à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) os documentos descritos no Anexo I desta Portaria.

§ 2º O incentivo financeiro para implantação de que trata o caput deste artigo será transferido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), em parcela única, aos respectivos fundos de saúde dos Estados, dos Municípios e Distrito Federal, devendo ser aplicados na implantação e/ou implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

§ 3º Após o recebimento dos recursos de que trata o caput deste artigo, o gestor local deverá implantar o SRT no prazo de três meses, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período, conforme Termo de Compromisso do gestor local descrito no anexo I desta Portaria.

§ 4º Caso haja o descumprimento do prazo de implantação do SRT referido no § 3º deste artigo, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 5º Os recursos de que trata o caput deste artigo não serão aplicados nos SRT existentes que já tenham recebido recursos para implantação nos termos da Portaria nº 246/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2005.

Art. 3º Fica estabelecido recurso financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada grupo de oito moradores de SRT Tipo I e R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada grupo de dez moradores de SRT Tipo II, conforme aplicação de gastos descritos na Tabela 1 constante do anexo II desta Portaria.

§ 1º Os repasses não serão destinados a módulos residenciais, mas a grupos de moradores.

§ 2º Nos casos em que não houver possibilidade de formação de grupos com oito moradores para SRT Tipo I e dez moradores para SRT Tipo II, o repasse do recurso de custeio mensal poderá ocorrer observando as orientações descritas nas Tabelas 2 e 3 do anexo III desta Portaria.

§ 3º Os recursos descritos no caput deste artigo serão incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos Estados, Municípios e do Distrito Federal para o custeio do procedimento realizado pelo SRT, com redução das AIHs previstas no teto referente a cada grupo de moradores que receberão custeio mensal.

§ 4º Os SRT existentes, bem como os novos SRT, deverão ser cadastrados na modalidade Tipo I ou II junto ao Ministério da Saúde mediante apresentação da documentação especificada nos Anexos IV e V desta Portaria.

§ 5º A habilitação dos serviços já existentes, bem como dos novos serviços, será objeto de Portaria específica a ser publicada no Diário Oficial da União após análise da documentação enviada ao Ministério da Saúde.

§ 6º Os repasses dos recursos de que trata o caput deste artigo será realizada a contar da habilitação do serviço pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º Caberá às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos SRT.

Art. 5º Os recursos financeiros para o custeio das atividades de que trata esta Portaria são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade para os repasses referentes ao custeio mensal; e

II - 10.302.1220.20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental, para o repasse referente ao incentivo de implantação/implementação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Fica revogada a Portaria nº 246/GM/MS, de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia 18 seguinte, página 51.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO III**REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS TIPO I E II**

Documentação necessária para fins de repasse do incentivo:

I) Ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de Residências que pretende implantar, bem como o tipo (I ou II) e situação de cada serviço (se estão em implantação ou funcionamento). Para os serviços em funcionamento o anexo IV deverá ser preenchido;

II) Termos de Compromisso de gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até 3 (três) meses a partir da data de recebimento do recurso, podendo esse prazo ser prorrogado uma única vez por igual período;

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa.

IV) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT;

V) Proposta Técnica de aplicação do recurso.

ANEXO IV

Tabela 1

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Tabela 2

Nº de Moradores	SRT tipo I		
	Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00

Tabela 3

Nº de Moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total
4	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9	10.000,00	8.000,00	18.000,00
10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

ANEXO V

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo I deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

- I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado/Distrito Federal;
- II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço (Conforme a Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);
- III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;
- IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico.

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO II

Os SRTs tipo II deverão seguir as diretrizes estabelecidas nesta portaria no que tange ao repasse do incentivo financeiro para implantação.

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo II novos deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

- I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado / Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com a apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço, (Conforme Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (Anexo V);

V) Envio de relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores.

ANEXO VI

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO		
MUNICÍPIO:	UF:	() TIPO I () TIPO II
Nome do Gestor responsável pelo SRT:		
Endereço Completo do SRT:		
Telefone:		
Número de moradores:		
Nome do técnico responsável:		
Telefone:	E-mail:	
Serviço de Saúde Mental de Referência:		
CNES		
DADOS PESSOAIS DOS MORADORES		

Nº	Nome do morador	Data de nascimento	Sexo	CPF	Data de entrada no S RT	Procedência	Benefícios que possui		
1							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
2							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
3							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
4							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
5							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
6							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
7							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
8							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
9							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria
10							()	()	()
							PVC	BPC	Aposentadoria

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 233/234, com incorreção no original.

BIBLIOGRAFIAS/ REFERÊNCIAS

- Cadernos Brasileiros de Saúde Mental: Rio de Janeiro. V.4.n.8.jan/jun.2012
- ARBEX, DANIELA: Livro Holocausto Brasileiro.
- Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. 2.ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao Tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003 – 2006. Brasília: Ministério de Saúde, 2007
- Ministério de Saúde: Portaria n 154 de 24/01/2008, cria os núcleos de apoio á saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde 2008
- BRASIL. Ministério da saúde mental em dados 2002: disponível em [WWW.saude.gov.br.aceso](http://WWW.saude.gov.br/aceso) em 10 de março de 2012
- AMARANTE: P, Brasil, L. Mental, Formação e Crítica. Rio de Janeiro. CAPS 2008
- Entidades e Movimentos Sociais: Organizar Frente Nacional pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas 2012. Disponível em [http://.WWW.pol/cms/pol/noticias120201001hotmail#eightbox3aceso.5](http://WWW.pol/cms/pol/noticias120201001hotmail#eightbox3aceso.5) de fevereiro 2012
- Conferencia Nacional de Saúde Mental 1988
- AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil 2 ed. Rio de Janeiro Fiocruz, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe de Referencia e apoio Matricial. Brasília. Ministério da Saúde, 2004 (textos básicos de saúde. Série B)
- BRASIL. Lei. 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde.
- Fonte: Experiência de São Bernardo: Entrevista Bruno de Pierro/no

Brasiliانا.org Agência Dinheiro Vivo

- Relatório de Gestão 2003 – 2006. Brasília: Ministério de Saúde, 2007
- Franco Basiglia¹ “Psiquiatra pioneiro da luta pelo fim dos manicômios, foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) referência mundial para a formulação da assistência á saúde mental.”