

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA DE SÃO PAULO
ESCOLA PÓS-GRADUADA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

MARISA SCAURI

Saúde Mental em Sorocaba

Quebra de um Paradigma

São Paulo

2014

MARISA SCAURI

Saúde Mental em Sorocaba

Quebra de um Paradigma

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Comissão Avaliadora como exigência parcial para obtenção do certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão e Políticas Públicas, pela Escola Pós-Graduada de Ciências Sociais, da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo.

Orientador: Eduardo José Grin

São Paulo

Abril de 2014

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais Sebastiana Messias Scauri e Rubens Brasil Scauri que, mesmo diante de inúmeras dificuldades sempre me impulsionou à vida acadêmica e como fruto deste apoio agradeço aos meus filhos, Leandro Scauri e Fernanda Scauri que, como meus pais, tudo fizeram como facilitadores para conclusão de mais esta jornada.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| QUESTÃO | 5 |
| HIPÓTESE | 5 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 5 |
| JUSTIFICATIVA | 6 |
| MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL | 7 |
| DESCRIÇÃO DO PROBLEMA | 10 |
| EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA | 11 |
| DESCRITORES DOS RESULTADOS ESPERADOS | 12 |
| PROPOSTAS E AÇÕES PARA EQUACIONAR O PROBLEMA | 14 |
| ANÁLISE DE VIABILIDADE E PLANO DE AÇÃO | 14 |
| ANÁLISE DE ATORES ENVOLVIDOS E INTERESSES..... | 15 |
| ANÁLISE DE RISCOS..... | 16 |
| BALANÇO DO PROJETO | 17 |
| RESUMO | 18 |
| ANEXOS | 19 |
| BIBLIOGRAFIA | 31 |

Questão

É legítimo o debate, no município de Sorocaba, sobre a reforma psiquiátrica de forma efetiva que justifique avaliação da urgente aplicabilidade da política nacional de Saúde mental?

Hipótese

A violação de direitos humanos dentro das unidades psiquiátricas de Sorocaba que decorre em um elevado número de óbitos garante a necessidade de tal debate.

Mais de dez anos após a formulação de legislação e regulamentação para a prestação de serviços em saúde mental, a realidade a que os pacientes psiquiátricos de Sorocaba estavam sujeitos denunciava total desserviço e de assistência.

O processo histórico de formação de uma rede hospitais psiquiátricos particulares em Sorocaba tornou o município um polo de saúde mental particular no Brasil, com os denominados manicômios.

Já no século XIX no município de Sorocaba foi instalada uma colônia agrícola, e nas décadas de 60 e 70, oito hospitais psiquiátricos. Assim, consolidou-se não apenas uma visão de saúde mental no município, como interesses políticos e econômicos, que inclusive tem força junto aos poder executivo do município.

Objetivos Específicos

- ✓ Descrever de forma sintética os princípios e os instrumentos da política nacional de saúde mental e seu aparelhamento.
- ✓ Discutir o atual quadro da saúde mental de Sorocaba frente a política nacional de saúde mental.
- ✓ Identificar os principais entraves para a plena efetivação da política nacional de saúde mental Sorocaba.
- ✓ Debater as alternativas para plena efetivação da política de saúde mental em Sorocaba.

A problemática do caso estudado se materializa com a desassistência ao paciente com transtornos mentais no município de Sorocaba, interior de São Paulo, em especial aos que estão internados nas instituições psiquiátricas mesmo com a existente política nacional de saúde mental.

Não bastasse a desassistência o elevado número de óbitos destes pacientes internados revelava uma situação muito grave que exigia ações urgentes por parte do poder público que por sua vez não reconhecia a situação como um problema de saúde pública e de violação de direitos humanos.

Justificativa

No Brasil, as políticas públicas estruturadas como sistema, a Saúde (SUS) e Assistência (SUAS) e a Educação, já contam com um modelo definido de pacto federativo. No qual as responsabilidades de cada ente federativo já estão relativamente bem definidas, ao Governo Federal cabe a formulação da política nacional e a estruturação de programas, ao Estado a coordenação territorial e apoio, e aos municípios a implementação via projetos e execução nos equipamentos, no caso da saúde mental a Rede Substitutiva com seus equipamentos. Desta forma, a efetivação da política pública, depende do município, o que vai desde sua adesão a política nacional, sua capacidade técnica e financeira ou até pela sua capacidade de mobilização social.

Ao pensarmos a política nacional de saúde mental, inclusa no SUS, ou seja, no sistema de saúde como um todo, ela deve ser norteadas pelos mesmos princípios gerais. A universalidade da política pública, a descentralização, e o atendimento humanitário. Impossível estudar a saúde mental em determinado município sem pelo menos ter uma noção geral do SUS como um todo, até por conta de toda integração do sistema.

Outro ponto importante ao estudar a saúde mental e, no caso do município de Sorocaba, é a relevância do aspecto político. Como a implementação de determinada política pública pode ter como obstáculo interesse políticos e econômicos consolidados, que podem ter interesses particulares prejudicados por uma política pública. O estudo do caso de Sorocaba pode revelar como esses interesses se manifestam, como estão enraizados na mentalidade social, a interface com os poderes instituídos, e como se dá na prática a obstrução da implementação da política pública em seu *locus*.

No caso específico da saúde mental é importante destacar a mudança de paradigma por parte da política nacional. Anteriormente, a pessoa com sofrimento mental era tratada como louco, e segregado do convívio social, e tendo como argumento a preservação de sua própria vida e bem estar, como também da sociedade, e o local de

reclusão eram os manicômios. A política nacional de saúde mental busca romper com esse paradigma, muito consolidado nas décadas de 70 e 80.

Hoje, busca-se a inclusão social e formas de não segregação, na qual o indivíduo tem acesso ao tratamento e, ao mesmo tempo preserva a relação com a família e a sociedade. Mas tal mudança ainda tem muita resistência por parte de parcela da sociedade. Portanto é importante o estudo da política nacional de saúde mental, sua capacidade de atendimento, e seus resultados.

Marco de referência conceitual

Um dos precursores do movimento de reforma psiquiátrica foi o psiquiatra italiano Franco Basaglia, após a 2ª Guerra Mundial. Em 1961, Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia e iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica e a primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aqueles internos, mas entendia que as mudanças deveriam ser mais profundas.

Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica e assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco, a internação como modelo de tratamento, sendo excludente e repressora.

Influenciado após a leitura da obra do filósofo francês Michel Foucault "História da Loucura na Idade Clássica", Basaglia formulou a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônicos sobre a loucura, considerava que apenas a psiquiatria não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura.

Defendia, Basaglia que o sujeito acometido da loucura possuía outras necessidades além da assistência psiquiátrica, denunciou o que seria o "duplo da doença mental", ou seja, tudo o que se sobrepunha à doença propriamente dita, como resultado do processo de institucionalização a que eram submetidos os loucos no manicômio.

Em 1970, nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Promoveu a substituição do

tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os loucos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1973 credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. O hospital fora fechado oficialmente e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Tal medida culminou na lei 180 ou “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Franco Basaglia esteve diversas vezes no Brasil e consiste até hoje numa das principais influências para o movimento da reforma psiquiátrica no país.

Pinel levou-o logo para a seção dos agitados, onde a visão dos alojamentos impressionou-o de modo penoso. Quis interrogar todos os doentes. Da maioria deles, recolheu apenas injúrias e palavras grosseiras. Era inútil prolongar por mais tempo o inquérito. Virando-se para Pinel: "Cidadão, seráque você mesmo não é um louco, por querer libertar semelhantes animais?" Pinel respondeu com calma: "Cidadão, tenho certeza de que esses alienados são tão intratáveis somente porque são privados de ar e liberdade". — "Pois bem, faça como quiser, mas receio que você acabará sendo vítima de sua própria presunção". E com isso Couthon é conduzido à sua viatura. Sua partida foi um alívio; o grande filantropo logo pôs mãos a obra. Trecho do livro História da Loucura, Michel Foucault, que influenciou Basaglia.

No Brasil, seguidores destas idéias de Basaglia destacaram-se em Santos, entre 1989 e 1992, o médico sanitário David Capistrano que comandava a implantação das políticas pioneiras na área de saúde mental juntamente com Arthur Chioro, Roberto Tykanori Kinoshita e Cláudio Maierovitch.

Importante esclarecer que o primeiro dispositivo no Brasil contra a hegemonia que iniciou a disputa pela reforma psiquiátrica foi numa unidade psiquiátrica em Bauru denominado NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial que visava a constituição de uma alternativa a internação.

O NAPS de Bauru teve como sustentação a II Conferência Nacional do Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), marco da proposta que transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial com o slogan “Por uma sociedade sem manicômios”, hoje movimento com representantes por todo o país.

Imperioso mencionar o teor do art. 7º da Lei 8080/90 que detalha os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a saber:

Art. 7º.-As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Os princípios do SUS consistem na Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Esta Política busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Indissociabilidade entre atenção e gestão, outro princípio do Sistema Único de Saúde que traduz que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão

nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Outro princípio do SUS incentiva o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, sendo que qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Descrição do problema

Com frequência pacientes com transtornos mentais são protagonizados pela mídia como autores das piores atrocidades e a cultura hospitalocêntrica é capilarizada na sociedade de forma quase absoluta, portanto a desinstitucionalização consiste numa prática impensável pelo senso comum.

Em Sorocaba a realidade não é diferente, pois em 2009, diante de uma nova proposta, a de humanização do tratamento a estes internos, a resposta da sociedade foi retumbante quanto a inviabilidade da prática de desinstitucionalização.

Mesmo após a publicação de legislação nacional que trata da reforma psiquiátrica em 2001 e, em 2006 do Brasil ter sido condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (OEA) pela morte de Damião Ximenes Lopes, paciente psiquiátrico da Clínica de Repouso Guararapes, no município de Sobral do interior do estado do Ceará pouco avançamos no tratamento aos pacientes de saúde mental.

A Corte Interamericana concluiu que o Estado não proporcionou aos familiares de Ximenes Lopes um recurso efetivo para garantir acesso à justiça, a determinação da verdade dos fatos, a investigação, identificação, o processo e, (...), a

punição dos responsáveis pela violação dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial, abrindo assim um novo capítulo na história da saúde mental no Brasil.

A reprimenda do órgão internacional expôs mundialmente a condição desumana que os pacientes psiquiátricos do Brasil estavam sujeitas, porém não foi o suficiente para que houvesse impacto nas instituições psiquiátricas brasileiras, sequer por parte dos gestores públicos na implantação da reforma psiquiátrica.

Explicação do Problema

Sorocaba foi um dos municípios pioneiros na implantação das chamadas Colônias Agrícolas, com a instituição de lei municipal que criava três colônias sob a égide da psiquiatria com o pretexto que o labor fazia parte do tratamento dos então denominados loucos no ano de 1891. Sete anos depois os alienados de Sorocaba foram transferidos para o Juquery em Franco da Rocha e as Colônias de Sorocaba foram fechadas.

Em meados do século XX a região de Sorocaba contava com quase uma dezena de hospitais psiquiátricos chegando a 2,3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes do aglomerado populacional que contava com pouco mais de 1.200 milhão de habitantes no ano de 2010. A concentração de leitos na região traduziu um cenário preocupante, pois se tratava do maior polo manicomial do país com 2792 pacientes internados.

A lei 10216/2001 vigente preconiza em 0,45 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes e a população de pacientes com transtornos mentais internadas na região ultrapassava em mais de cinco vezes o estabelecido.

Com a divulgação de uma pesquisa de discente da UFSCar-Sorocaba que apresentou elevado número de mortes de pacientes dentro dos hospitais psiquiátricos a discussão foi lançada a sociedade, pois em Sorocaba a cada mês três pacientes morriam dentro dos hospitais e na região o número subia para cinco mortes a cada trinta dias.

Os donos de hospitais que mantinham os serviços através de convênios alimentavam a opinião pública com o forte argumento da falta de recursos para sustentar o engessado e ultrapassado modelo de serviços em saúde mental. Mesmo com a resistência do poder público o debate ganhou maiores proporções na sociedade e no Legislativo de

Sorocaba. O tensionamento passou a ser mais intenso e o envolvimento do Executivo foi inevitável, a resistência e a negação do Executivo são demonstradas na entrevista de 20 de junho de 2011.

O prefeito de Sorocaba, Vitor Lippi, se exaltou ao comentar o caso dos Hospitais Psiquiátricos da cidade na entrevista ao Jornal da Manhã da rádio Jovem Pan nesta quarta-feira (20). “Crítico é fácil, eu quero saber qual é a solução, mas isso nós não temos [sic]. Bom, então isso é uma piada, disparou.

Lippi frisou ainda que nunca houveram denúncias de maus-tratos ou mortes devido a falta de cuidado com os pacientes. “Eu acho estranho de uma hora para outra, quando o PSDB aqui tem uma das melhores avaliações do Brasil, tenha uma denúncia, afirmou.

O prefeito classificou a atitude do grupo como lamentável e inconsequente. “A maioria das pessoas que vieram aqui para fazer essa grave denúncia mundial a toda a comunidade não tem vivência nenhuma. Não conhecem hospital nenhum. Nunca entraram [num hospital]. Não são especialistas. Não tem tratamento e não sabem como resolver. <http://jornalipanema.com.br/noticias/sorocaba/14405-hospital-psiquiatrico-denuncias-tem-conotacao-politica-diz-lippi>

Descritores dos resultados esperados

Em 2011, a rede de assistência hospitalar à saúde mental contava com 32.735 leitos disponíveis somados a outros 2.000 leitos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Casas de Acolhimento Transitório (CATs) e nas Comunidades Terapêuticas.

Para aperfeiçoar a assistência aos brasileiros com transtornos mentais atendidos na rede pública, o Ministério da Saúde instituiu no mesmo ano uma força-tarefa para avaliar o funcionamento dos 201 hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS, em 123 municípios, 23 estados, coordenada pelo DENASUS-Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

A proposta do ex-ministro da saúde, Alexandre Padilha, o modelo de assistência precisa garantir aos pacientes o exercício dos direitos civis e de uma vida mais plena. “O governo brasileiro tem apoiado a luta antimanicomial e mostrado avanços no setor e com o levantamento será possível ampliar acesso a tratamentos e a melhorar as condições de assistência.

Atualmente, a rede de assistência hospitalar à saúde mental conta com 32.735 leitos disponíveis. A eles, serão somados outros 2.000 leitos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Casas de Acolhimento Transitório (CATs) e nas Comunidades Terapêuticas.

A força-tarefa foi idealizada ainda nos primeiros meses de 2011, em abril, o Ministério da Saúde iniciou esta análise numa auditoria no Hospital Vera Cruz, em Sorocaba, e visitas técnicas em outros seis hospitais psiquiátricos da região. As unidades foram escolhidas devido ao histórico de mortes e concentração de pacientes e resultou em recomendação ao município na implantação da rede substitutiva.

Após dois anos de debates e vistorias nas unidades hospitalares psiquiátricas de Sorocaba em meados de 2011 algumas ações para a reforma psiquiátrica tem início, após o envolvimento no caso dos governos do estado de São Paulo e do governo federal, ministério público do estado de São Paulo, Defensoria Pública de São Paulo, Conselhos de Saúde e outros órgãos.

Nesta segunda-feira (20), ativistas da Luta Antimanicomial se reúnem com órgãos Federais, na Prefeitura de Sorocaba/SP, para construir uma reorientação da política de atenção à saúde mental do Município. O assunto está sendo discutido após denúncias do Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas), recebidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República que apontam 459 mortes em hospitais psiquiátricos da região de 2006 a 2009.

Na reunião, serão discutidas questões como o número de usuários internados judicialmente, levantamento de adolescentes internados e de moradores que estão em Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba e Região por questão social. <http://osm.org.br/osm/saude-mental-e-tema-em-reuniao-na-prefeitura-de-sorocaba/>

Em 2014 o município de Sorocaba encontra-se em plena implantação da Rede Substitutiva de Saúde Mental. A desinstitucionalização tem avançado dentro do que foi estabelecido, com dificuldades, mas dentro do cronograma.

Os equipamentos estão em estruturação e os pacientes contam com dois centros de atenção psicossocial públicos e um do tipo 3, que atende 24 horas, isso garante que os pacientes que entrem em crise não sejam mais internados nos hospitais. Há uma equipe multidisciplinar que acolhe este paciente e se for o caso, a internação não ultrapassa 15 dias, prazo máximo de internação legalmente permitido.

Os pacientes contam com residências terapêuticas, participam de oficinas que fazem parte do tratamento. Vislumbra-se a criação de cooperativas que possibilitem a geração de renda a estes pacientes com o resultado de suas produções terapêuticas, inobstante o ingresso da grande maioria no programa federal De Volta Pra Casa que garante renda assistencial para os mesmos.

Propostas e ações para equacionar o problema.

No primeiro momento o município passou a discutir a instituição da Rede de Atenção Psicossocial disciplinada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que versa sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Foi necessária a celebração de um Termo de Ajustamento de Conduta entre União, Estado e Municípios em dezembro de 2013 para que no decorrer de três anos a reforma psiquiátrica fosse implantada e gradualmente os hospitais psiquiátricos fossem fechados, com total assistência aos pacientes internados, estabelecendo o prazo de noventa dias para apresentação do Plano de Trabalho.

A realização de um censo nos hospitais psiquiátricos foi fundamental para o levantamento de dados oficiais quanto ao número de pacientes, diagnósticos, número residentes e permanência, documentação dos indocumentados 32% dos pacientes, procedência e localização das famílias, oferta de tratamento terapêutico, número de profissionais em cada unidade, etc.

A partir destas informações foi feita a verificação de quais e quantos equipamentos o município necessitaria e comportaria para depois celebrar convênios com o governo federal, responsável pelo custeio dos serviços em saúde e foi então elaborada a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS-Sorocaba.

Análise de viabilidade e plano de ação

Tratando-se de uma política pública permeada por leis federais e, inobstante a autonomia entre os entes federados ser garantida constitucionalmente, a situação já não dependia de vontade política, mas sim da administração de uma crise no governo que tomou proporções internacionais.

Havia o risco de o governo brasileiro ser, novamente, submetido a nova condenação internacional e isso colocou em cheque a administração de Sorocaba e a

União, daí a única alternativa era adoção de medidas práticas que conduzissem a inevitável reforma psiquiátrica.

Com o binômio da necessidade e possibilidade, respectivamente por parte do município em colocar em prática a RAPS e por parte da União quanto a recursos disponíveis foi questão de meses de trabalho para elaboração do plano de trabalho ao qual não tivemos acesso, porém o início do funcionamento dos primeiros equipamentos da Rede se deu em fevereiro de 2014.

Os recursos do governo federal para o RAPS custeavam toda a estrutura e profissionais que a Rede absorve desde medicação a alimentação dos pacientes internados e que passam por tratamento fora das instituições psiquiátricas, quer seja nos CAPS, Residências Terapêuticas, entre outros.

Análise de atores envolvidos e interesses

Inicialmente toda a discussão em Sorocaba se deu por conta de um grupo de profissionais da área de saúde mental criou um fórum de discussões, o FLAMAS-Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba que engrossou o movimento nacional existente em várias cidades como Bauru, Santos, Campinas, Araras entre outras.

Dada a resistência do poder público em reconhecer como sérias as denúncias de que Sorocaba era o maior, senão um dos maiores polos manicomiais do Brasil e que o número de óbitos dos pacientes era elevado, a participação do Legislativo foi de extrema importância, pois institucionalizou o debate tendo visibilidade junto a sociedade, através da criação da Comissão Especial de Acompanhamento do Atendimento e das Condições dos internos nos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba.

Em contrapartida os donos dos hospitais psiquiátricos formaram um bloco de resistência a proposta da reforma e, apesar de tais unidades serem custeadas com recursos do SUS com aporte, em 2010 no montante equivalente a mais de R\$ 16 milhões, e na região ultrapassou R\$ 39 milhões alegavam ser insuficientes para oferecer serviços de acordo com a legislação vigente.

Foi apresentada ao Ministério Público de Sorocaba representação formal para que os serviços fossem oferecidos de forma a garantir aplicabilidade da lei e cessassem as mortes e a violação de direitos humanos. A representação foi arquivada pelo promotor sob a alegação de que as denúncias tinham cunho político.

Outro ator que, curiosamente ofereceu muita resistência promovendo a mobilização de seus associados foi a Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais de Sorocaba e Região, que mesmo com a realização dos depoimentos de vários familiares que declararam ter perdido seus parentes dentro dos hospitais psiquiátricos, além dos maus tratos relatados não foi em defesa dos pacientes.

Maria Aparecida Rodrigues, mãe de Rodrigo, paciente portador de esquizofrenia, após ter desaparecido de dentro do Hospital Psiquiátrico Santa Cruz em Salto de Pirapora, foi encontrado morto num açude, depois de mais de 15 internações em quase todos os hospitais mentais da região, relatou a Comissão do Legislativo de Sorocaba em sua oitava algumas passagens de seu filho pelos hospitais psiquiátricos da região, o seguinte

No Teixeira Lima, ele...queimaram os dedos da mão dele direita os 5 dedos e colocaram uma bituca de cigarro acesa na palma da mão, virou uma ferida profunda na mão dele, teve que levar para o hospital lá de Salto pra fazer curativo; no Vera Cruz, eu fui visitar ele, era uma quinta-feira, a Lucélia, era assistente social, falou para mim que não dava para mim ver ele que estava muito agitado, aquele dia não tinha condições de eu ver ele, daí eu voltei na outra quinta-feira, ele não conseguia nem abrir a boca, estava todo inchado, ele falou que foi o enfermeiro que deu um soco na boca dele, quase quebrou o maxilar, não conseguia comer, dentro de 8 dias, no Santa Cruz aconteceu isso, não é? E no Jardim das Acácias também fui visitar ele, estava todo arranhado, todo machucado, saindo sangue do rosto, eu perguntei para os enfermeiros falou que foi briga entre os pacientes; então, quase todos os hospitais ele teve, foi machucado, teve maus tratos, na verdade...

Análise de riscos

Foi criada a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Desinstitucionalização composta pelos atores acima mencionados, mais a Coordenação de Saúde Mental do Governo do Estado de São Paulo para adequação da RAPS-Rede de Atenção Psicossocial de Sorocaba é coordenada pelo Ministério da Saúde.

Analisados os principais riscos e, uma vez que o custeio para a reforma psiquiátrica não seria o maior desafio, pois comumente é, a Comissão de Desinstitucionalização necessitava de um panorama da situação.

Havia a necessidade de quantificar os pacientes internados, suas patologias, quadros de toxicodependência, permanência e quantos eram os pacientes-moradores, procedência, localização dos familiares, reavaliação do quadro clínico para então encaminhamento a residências terapêuticas e, principalmente convencer o paciente e seus familiares a compreender a nova proposta de tratamento.

Outro problema era saber quem assumiria a instituição com mais de 700 pacientes, uma vez que o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, de Sorocaba, foi a unidade que sofreu intervenção da Prefeitura por ser a unidade com o pior serviço oferecido e com maior número de óbitos de internos, menor número de funcionários e mais alto índice de denúncias de maus tratos e violação de direitos humanos.

Com a cultura hospitalocêntrica não havia no município entidade que assumisse a gestão do hospital e, após consulta pública e apenas uma organização social se apresentou e venceu o certame.

Vale ilustrar o longo processo que consiste a desinstitucionalização, conforme trecho da resposta do Executivo municipal ao Requerimento de Informações nº 1672/2013 do Vereador Izidio de Brito, parlamentar que propôs a criação e presidiu a Comissão de Especial para Acompanhamento do Atendimento e das Condições dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba, aprovado em julho de 2013, que versa sobre o andamento dos trabalhos da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Desinstitucionalização e Adequação da Rede de Atenção Psicossocial no município, como segue:

Informamos que o processo de desinstitucionalização vem sendo estruturado com todos os cuidados necessários para sua segurança e sustentabilidade, no tocante a aproximações gradativas com familiares, busca por documentos e informações, articulação com outros Municípios, reorganização do cotidiano institucional, e formulação de proposições.

a) Até o presente, momento foram desinstitucionalizadas 36 pessoas.

b) Atualmente, há em Sorocaba 19 Serviços Residenciais Terapêuticos, estruturados a partir de convênios com a Associação de Atenção Humanitária à Saúde (ATHUS), Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba (APIS), Instituto de Psiquiatria Professor André Teixeira Lima e contrato de gestão com o Instituto Moriah. Todas elas são mantidas com recursos públicos.

Balanco do projeto

Depois da assinatura do TAC, Sorocaba inaugurou seu primeiro CAPS-AD 3 em outubro de 2013 equipamento que funciona 24 horas e que, para atender a portaria do Ministério da Saúde que exige uma unidade a cada 200 mil habitantes faltam mais duas unidades no município.

Em maio de 2014 o Ministro da Saúde Artur Chioro inaugurou pessoalmente o primeiro CAPS AD 3 de Sorocaba, e reafirmou o compromisso de desinstitucionalização previsto pelo TAC que definiu o prazo prorrogável para 2015.

Considerando que em outubro de 2010 o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz em Sorocaba contava com 512 leitos e hoje possui 333 pode-se afirmar que houve uma redução de cerca de 65%, mesmo que pacientes de outras unidades psiquiátricas tenham absorvido alguns pacientes e ainda haver cumprimento de decisões de internação compulsória no mesmo hospital.

Resumo

Discussão do caso emblemático do município de Sorocaba, interior do estado de São Paulo acerca do enfrentamento para reforma psiquiátrica que a partir de 2009 passou a ser foco nacional das condições que oferecia dentro dos hospitais psiquiátricos aos pacientes psiquiátricos consistindo num polo de violação de direitos humanos.

O escopo do presente trabalho, da evolução da reforma psiquiátrica no município está compreendido entre os anos de 2009 e 2014 de forma que aborda a atuação de todos os envolvidos, desde a participação de docentes da Universidade Federal São Carlos-Sorocaba, Movimento da Luta Antimanicomial, trabalhadores na área de saúde mental e o sindicato da categoria, Ministério Público do estado de São Paulo e da União, Defensoria Pública de São Paulo, Prefeitura Municipal de Sorocaba, Ministério da Saúde,

Procuradoria da União, Câmara Municipal de Sorocaba, Associação de Amigos e Familiares com Doença Mental, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, entre outros.

A presente abordagem buscou detalhar, no estudo do caso, quais são as principais forças que disputavam a implantação da política nacional de saúde mental, do enfrentamento no campo das idéias e do convencimento da sociedade a aceitar a quebra de paradigma.

O estudo do caso buscou, de maneira simples, ilustrar o embate e a correlação de forças que o poder público enfrenta, em qualquer área, quando se propõe a cumprir seu papel e dissolver a enfrentar o poder hegemônico.

4. Anexos



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 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 o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a

proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos

mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e

epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I
MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

| MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | | | | | |
|---|-------------------------|-------------|------------|---------|--|
| Região: | | | | | |
| Município: | | | | | |
| População: | | | | | |
| COMPONENTE | Ponto de Atenção | Necessidade | Existentes | Déficit | Parâmetro |
| I. Atenção Básica em Saúde | Unidade Básica de Saúde | | | | Conforme orientações da Política Nacional de |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | Atenção Básica, de 21 de outubro 2011 |
| | Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas | | | | Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua |
| | | | | | Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório |
| | | | | | 1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município. |
| | Núcleo de Apoio à Saúde da Família | | | | Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011 |
| | Centro de Convivência | | | | |
| II. Atenção Psicossocial Especializada | Centro de Atenção Psicossocial | | | | |
| | CAPS I | | | | Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab. |
| | CAPS II | | | | Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab |
| | CAPS III | | | | Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab |

| | | | | |
|--|--------------------|--|--|---|
| | CAPS AD | | | Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab |
| | CAPS ADIII | | | Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab |
| | CAPS i | | | Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab |
| III. Atenção de Urgência e Emergência | UPA / SAMU | | | Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011. |
| IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório | UA ADULTO | | | 1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município. |
| | UA INFANTO-JUVENIL | | | Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade. |
| | | | | |
| | COMUNIDADE | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|---|
| | TERAPÊUTICA | | | | |
| V. Atenção Hospitalar | LEITOS | | | | 1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02 |
| | ENFERMARIA ESPECIALIZADA | | | | |
| VI. Estratégias de Desinstitucionalização | SRT | | | | A depender do nº de municípios longamente internados |
| | PVC | | | | A depender do nº de municípios longamente internados |
| VII. Reabilitação Psicossocial | COOPERATIVAS | | | | |

5. Referências Bibliográficas

<http://terradedireitos.org.br/2006/08/18/em-decisao-inedita-corte-interamericana-condena-brasil-por-violacoes-de-direitos-humanos/> Corte Interamericana da OEA condena governo brasileiro por morte de paciente em hospital psiquiátrico

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf Resumo RAPS-Rede de Atenção Psicossocial, material divulgação do governo federal

http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php - Instituto Franco Basaglia

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf> Portaria do Ministério da Saúde que institui e regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial

http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/dezembro_2012/MP%20e%20governos%20firmam%20TAC%20para%20garantir%20tratamento%20adequado%20a%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos%20da%20regi%C3%A3o%20de%20Sorocaba.pdf

<http://www.diariodesorocaba.com.br/site2010/materia2.php?id=227300> Ministro inaugura CAPS em Sorocaba

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/5798-Força> Portal SUS - Força-tarefa avaliará hospitais psiquiátricos de todo o país

<http://flamasorocaba.wordpress.com/termo-de-ajustamento-de-conduta-sorocaba/> Acesso ao documento Termo de Ajustamento de Conduta em Saúde Mental de Sorocaba e região

<http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf> Michel Foucault, História da Loucura na Idade Clássica, PERSPECTIVA
Título do original em francês Histoire de la Folie à l'Âge Classique, Coleção Estudos Dirigida por J. Guinsburg, p. 505, Equipe de realização - Tradução: José Teixeira Coelho Netto; Revisão de texto: Antonio de Pádua Danesi; Revisão de provas: Aníbal Mari, José Bonifácio Caldas, Plínio Martins Filho e Vera Lúcia B. Bolognani; Produção: Plinio Martins Filho.