UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A implantação da RAPS em um Município de
Grande Porte e poucos Recursos Financeiros

Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Ciclos de Vida
e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco
de Siqueira

São Paulo

2016

A implantação da RAPS em um município de grande porte e poucos recursos financeiros

Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

Versão Revisada

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

A presente tese é dedicada ao amigo e militante Fábio Belloni. Aprendemos que para a construção de uma Sociedade sem Manicômios é necessário que transformemos nossas vidas e que nos dediquemos em todas as horas para a transformação da sociedade. Acrescento aqui Nota de Despedida da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo a qual ajudei a construir:

A Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo vem publicamente expressar o seu sentimento de tristeza e pesar, e, prestar condolências à família de Fábio Belloni, em decorrência de seu falecimento ocorrido no dia 12 de junho de 2016.

Fábio Belloni era psicólogo, professor universitário, Militante da Luta Antimanicomial e dos Direitos Humanos. Foi Idealizador, um dos Fundadores, Defensor e sempre será Membro da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo. Com sua forma irreverente e forte de dizer a verdade, “não veio a passeio” e com seu “Lança Chamas” lutou bravamente em todas as bandeiras que levantava, e não foram poucas. Foi um dos idealizadores e fundadores da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos e seus núcleos estaduais, da Abrasme e da Abrasme-SP e era Membro do Movimento Nacional de Direitos Humanos MNDH e do Movimento pra Cuidar da Profissão.

Construiu uma história de Companheirismo, Carinho, Luta e Lealdades a seus princípios, amigas (os) e companheiras (os). Não perdemos apenas um Amigo, Companheiro e Militante, hoje o mundo perdeu um de seus Cidadãos mais Humanos e Justos!

Fábio, garantimos que sua Luta não termina aqui! Pois, assim como você, não estamos de “Chinelagem”, “Não viemos a Passeio” e não pensaremos duas vezes antes de usar seu “Lança Chamas” para botar fogo em defesa de suas, que também são nossas, Bandeiras!!

Por uma Sociedade Sem Manicômios!!

Ainda com a sensação de que tudo não passa de um grande equívoco e que você Voltará!

Fábio! Sentiremos Saudades!!!

Manteremos o “Foco” e Não daremos um passo atrás!!!

Iniciamos hoje o doloroso percurso de transformar o Luto em Luta!

“Amor, você arrasou nesta vida! Vai pra luz, porque de fato aqui está amarrado! ”

AGRADECIMENTOS

A presente tese não seria concluída sem o apoio de minha companheira de todas as horas Evelyn Sayeg que me cobrou, me estimulou e teve paciência nas horas que necessitei.

Agradeço a todos os membros da banca pela compreensão e paciência perante as dificuldades e necessidades às quais tive que me ater.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira pela confiança em mim depositada e pela franqueza sem a qual não teria me aprimorado, ao Prof. Dr. Alberto Reis pelo companheirismo e compreensão e pela sua capacidade de colocar meus pés no chão.

Agradeço, na pessoa da Dra. Lumena Furtado, a toda a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Mauá de 2013 a 2016, em especial a todas e todos que participaram e contribuíram diretamente com a construção da Rede de Atenção Psicossocial de Mauá no mesmo período. Pessoas com as quais aprendi muito e sem o apoio das quais não teriam sido possíveis a realização dessa tese e a implantação da RAPS de Mauá.

Aos meus amigos e familiares que abandonei durante alguns períodos.

BERTOLINO NETO MM. **A implantação da RAPS em um Município de Grande Porte e poucos Recursos Financeiros** (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

Introdução: Apesar de existirem diversos estudos sobre a implantação de serviços de saúde mental e sua eficácia para o cuidado de indivíduos específicos (estudos de caso) ou a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial, inexistem estudos sobre a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em um município. A implantação da RAPS é a consolidação em serviços públicos de uma Política conquistada pela população através da Luta Antimanicomial. Apesar de ser uma luta por um projeto de sociedade, seus maiores frutos até o momento se constituem na legislação que ampara a Reforma Psiquiátrica e a RAPS. A implantação da RAPS pode gerar transformações profundas na atenção à saúde de uma população, principalmente ao trabalhar com o conceito de Sofrimento Psíquico e com o paradigma “existência x sofrimento” ao invés de “doença x cura”. **Objetivo:** Analisa-se a implantação da Rede de Atenção Psicossocial de um município de grande porte segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. **Método:** A presente tese consiste em uma narrativa analítica da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) baseada nos Princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (RPA) **Considerações Finais:** Demonstra-se que a implantação das Diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e os Serviços da Rede de atenção Psicossocial influenciam diretamente nos índices de internação em hospitais psiquiátricos e possibilitam a execução de mudanças no conceito de Saúde da gestão. **Descritores:** Atenção Psicossocial, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, Estratégias

BERTOLINO NETO MM. The implementation of RAPS in a municipality of Grande Porte and few financial resources (Doctorate in Public Health) - School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Introduction: Although there are several studies on the implementation of mental health services and their effectiveness for the care of specific individuals (case studies) or the evaluation of Psychosocial Care Centers, there are no studies on the implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) In a municipality. The implementation of the RAPS is the consolidation in public services of a Politics conquered by the population through the Antimanicomial Fight. Despite (of the latter) to fight for a societal project its greatest fruits until the moment are constituted in the Legislation that supports the Psychiatric Reform and the RAPS. The implantation of RAPS can generate profound changes in the health care of a population, especially when working with the concept of Psychic Suffering and with the paradigm "existence x suffering" instead of the "cure X disease". **Objective:** To analyze the implantation of the Network of Psychosocial Care of a large city according to the principles of the Psychiatric Renovation Antimanicomial. **Methodology:** The present thesis consists of an analytical narrative of the implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) based on the Principles that guide the Psychiatric Renovation of Antimanicomial (RPA). **Final Considerations:** It has been demonstrated that the implementation of the Guidelines for Psychiatric Renovation Psychosocial care network directly influence the indexes of hospitalization in asylums and enable the implementation of changes in the concept of Health management. **Descriptors:** Psychosocial Care, Collective Health, Mental Health, Psychiatric Reform, Antimanicomial, Strategies.

Índice:

Apresentação.....	18
1. INTRODUÇÃO	20
1.1 A LEGISLAÇÃO	26
1.2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS	34
2. OBJETIVO	37
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAPS	39
3.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	39
4. CONJUNTURA PREGRESSA.....	44
4.1. A ESTRUTURA DA SAÚDE PÚBLICA EM MAUÁ	44
4.2 Atenção na Rede Básica	46
4.3 A Saúde Mental Especializada	47
4.3.1 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	48
4.3.2 Internações Psiquiátricas	49
4.3.3 A enfermagem psiquiátrica Hospital de Clínicas Radamés Nardini	51
4.3.4 O hospital psiquiátrico	53
4.3.5 Ambulatórios de Saúde Mental	55
4.3.6 Internações Compulsórias.....	56
4.3.7 Centro de Recuperação Camille Flammarion (CRCF)	57
4.3.8 Cuidado à pessoa em situação de rua.....	57
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL.....	59
5.1.1. A Pactuação da RAPS de Mauá	60
5.1.2. Proposta de ação e ampliação da rede	60
5.1.3. O Grupo condutor da RAPS da Região do Grande ABCDMRR	63
5.2. CUSTO E FINANCIAMENTO DA RAPS	65
5.3 A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS E DA RPA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ.....	73
5.3.1 A implantação de Serviços da RAPS	73
5.3.2. A implementação da RAPS e da RPA.....	79

5.4. OS EFEITOS SOBRE OS ÍNDICES DE INTERNAÇÃO	106
5.5. CONSELHO SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS	114
5.6. O ENFRENTAMENTO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ	117
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
6.1. IMPLANTAÇÃO DOS CONCEITOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL	120
6.2. AMPLIAÇÃO DA REDE	121
6.3. EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS ÍNDICES DE INTERNAÇÃO.....	122
6.4. A CORRELAÇÃO ENTRE OS FATORES.....	123
7. REFERÊNCIAS	126
8. Anexos	134
8.1. Anexo 1: Caderno de Atenção Psicossocial	134
8.2. Anexo 2: CARTA DE BAURU	177
8.3. Anexo 3: CARTA DE PRINCÍPIOS DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL DE SÃO PAULO	179
8.4. Anexo 4: MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RAS 1 - GRANDE ABCDMRR.....	183

Apresentação

A Reforma Psiquiátrica Antimanicomial foi responsável pelo movimento de desconstrução e construção de paradigmas no cuidado para com pessoas em sofrimento psíquico, repercutindo na organização dos serviços de saúde, na prevenção de agravos, no cuidado e nas concepções de promoção à saúde.

O antigo modelo de assistência à saúde mental, baseado no isolamento de pessoas com transtornos psiquiátricos, trazia consigo um conjunto de mazelas. A quase totalidade desses aspectos é decorrente da lógica da exclusão que rompe os laços sociais e de cidadania dessas pessoas já em situação de grande vulnerabilidade.

A Implementação dos Princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (RPA) e dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e o consequente abandono do modelo de atenção tradicional médico centrado, excludente que utiliza protocolos de atendimento à doença, ou seja, a superação do Modelo Manicomial, ainda hoje é motivo de controvérsias e disputas supostamente baseadas em evidências.

A presente tese possui como intuito analisar a implantação e implementação da RAPS e da RPA em um município de grande porte e poucos recursos financeiros. Os atores que combatem a RPA e a RAPS como alternativa ao cuidado no Modelo Manicomial, afirmam que o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos gera desassistência e que municípios grandes ou de poucos recursos financeiros seriam incapazes de prescindir de leitos de Hospitais Psiquiátricos. Desta forma, esta tese possui como premissa e busca comprovar que é possível implantar a RAPS e a RPA em um município de grande porte e com poucos recursos financeiros sem gerar desassistência e promovendo mudanças profundas na concepção de saúde e doença da gestão municipal de saúde.

O tema apresentado se mistura com minha trajetória profissional, de vida, militância e participação social em conselhos profissionais e de controle social que proporcionaram experiência imprescindível para a elaboração do problema da tese. A referida militância e a formação acadêmica adequada me

propiciaram o convite para exercer a função de Coordenação da Saúde Mental do Município de Mauá, colocando-me em contato direto com o objeto de análise dessa pesquisa e com a problemática e enfrentamentos cotidianos que se fazem necessários para a real implantação ou implementação da RAPS e das RPA em um município do estado de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

O mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global, complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos (a instituição), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente. (ROTELLI et al, 2001, p. 29-30).

A constatação de Rotelli acerca do “mal-obscuro” da psiquiatria pode, para um leitor desavisado, denotar apenas um equívoco teórico científico da psiquiatria que perdurou durante décadas. Esse equívoco conduziu muitos profissionais da área de psicologia, da medicina e de outras disciplinas a se colocarem, conscientemente ou não, a serviço de um projeto político de caráter higienista, visando o controle dos corpos em benefício e em defesa de um ideal de sociedade positivista, racionalista e capitalista. As consequências dessa relação entre projeto de sociedade e modelo de assistência em Saúde Mental são apontadas por diversos autores.

As práticas clínicas, concebidas de acordo com o modo da clínica médica e psicológica, são meios de adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de objetos de violência (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003).

Amarante (2008, p.21) ilustra esse fato com o caso da pelagra na Itália no início do século XX, quando a lei de sobre os alienados citava “as massas desordenadas que gravitavam do campo para a cidade” que geravam desordem, conflitos, rebelião e a presença da miséria, desemprego e desagregação social. A pelagra era causada pela restrição do espaço de cultivo de outros alimentos em benefício de grandes plantações de milho, fato que restringia o acesso dos camponeses à polenta. A pelagra produzia entre outros sintomas quadros psíquicos clamorosos, ideias delirantes e estados maníacos. Nesse caso, a medicina foi utilizada para justificar a internação ocultando que a população adoecia por desnutrição.

Perto de nós e de nosso tempo, no centro da cidade de São Paulo, na região da Luz conhecida atualmente como “cracolândia”, a imposição por parte

do setor imobiliário em busca do lucro com uma suposta revitalização da área e de um projeto higienista que visa à retirada imediata das pessoas em situação de rua de locais por elas ocupados durante décadas poderia ser tomada como um exemplo da utilização da Saúde Pública como instrumento de controle e adaptação da população à violência. De forma explícita a retirada dessa população, de área economicamente lucrativa ao capital financeiro, é justificada pelo tratamento de uma “doença” (a dependência de drogas, principalmente o Crack). Sob tal manto, oculta-se o fato de que a manipulação dessas pessoas, vivendo em situação de rua e vulneráveis, serve sobretudo ao projeto político positivista, racionalista e capitalista.

Esse projeto político de sociedade busca o lucro, mesmo que seja necessário gerar e explorar a miséria e o sofrimento de pessoas em vulnerabilidade social. Com esse intento foram criadas diversas formas de exclusão da diversidade através da normatização e criação de “aparatos científicos, legislativos e administrativos (a instituição), todos referidos à ‘doença’.” (ROTELLI et al, 2001, p. 29-30). Essas instituições buscam o controle dos corpos através da exclusão de pessoas devido ao seu sofrimento psíquico, a sua sexualidade, ao seu gênero à raça/cor, ao sexo ou à condição social por meio da medicalização da diversidade e do sofrimento humano e lucram diretamente com todos os aparatos e recursos criados para tratar essa ‘doença’.

Estas circunstâncias, com as quais nos deparamos, fazem parte de uma longa história que podemos sintetizar lembrando que, no Brasil, a atenção aos transtornos mentais inicia-se com a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, que teve, até o final da 2ª Guerra Mundial, uma trajetória higienista. Essa atitude surgiu, segundo Machado et al. (1987), como um projeto de medicalização do social, no qual a psiquiatria aparece como um instrumento técnico-científico de poder, em uma medicina que se autodenomina social. A prática dessa atenção constitui-se como auxiliar da organização social das cidades que surgiam, no controle político e social, segundo Birman (1978), de uma psiquiatria da higiene moral.

No contexto histórico atual em que a globalização circula e difunde as ideologias do capital é comum individualizar sofrimentos e os sentir como particulares de cada um, faz parte do mecanismo de controle social. O papel dessas discussões e da psicologia social, mais especificamente, é de encontrar as mediações entre esses singulares do sujeito com os fenômenos universalizados, como um não tão distante do outro. A trama da exclusão social permite escancarar esse exercício de forma objetiva, colocando em uma dura oposição os interesses do capital com os direitos humanos. (SAYEG, E., 2017, p.35)

O texto de Sayeg aponta a problemática atual do capital e a exploração do sofrimento através da individualização ou, também, como posto pela Luta Antimanicomial, da culpabilização do sujeito pelo seu sofrimento. A autora também denuncia que é, justamente, nesta "relação entrelaçada entre Capital e Estado que a Política de Saúde brasileira nasce enquanto a mais robusta política pública do país" (SAYEG, E., 2017, p.35).

E que sua "existência vivenciou duramente a mercantilização de seus equipamentos, instrumentos, tecnologias, cuidado e profissionais" (SAYEG, E., 2017, p.35). E que apesar de toda a grandeza da proposta do SUS de atenção integral, universal, equânime e gratuita esse órgão

[...] foi espaço de inserção do capital privado nacional e internacional, e, sendo este proposto e construído em uma sociedade que em seu organismo possui o processo sociometabólico de reprodução material capitalista, obrigatoriamente, precisou fazer concessões, pois o mesmo Estado que produziu o SUS está garantindo a manutenção das relações capitalistas de produção (SAYEG, E., 2017, p.69).

Nesse contexto ainda permanece atual o texto da Carta de Bauru (Anexo 2) que em 17 dezembro de 1987 afirmou que:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Dessa forma a Carta de Bauru afirma que a relação capitalista estabelece e sustenta a ciência positivista para justificar e validar cientificamente o

movimento higienista e excludente que favorece o capital. No trecho abaixo é denunciado o que atualmente Sayeg afirma e denuncia como realidade ainda atual.

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! (Carta de Bauru, 1987).

O texto dos trabalhadores aponta, ainda, a ruptura com o modelo vigente e a construção de um novo Projeto Político de Sociedade.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. (Carta de Bauru, 1987).

Nesse trecho a Luta Antimanicomial afirma a forma e a postura política que atuará para a conquista de seus objetivos. E afirma o que atualmente autores dizem sobre a implantação da Rede de Atenção Psicossocial: não basta implantar serviços ou moderniza-los é necessária a mudança de postura política frente ao sofrimento da população.

Mais recentemente, a Carta de Princípios da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo reafirma os princípios da Carta de Bauru e indica, na atualidade, as principais atuações do movimento na Saúde Mental dentro do Estado de São Paulo (Anexo 3).

Nos serviços de saúde e saúde mental e na sua relação com a produção científica, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, 36-41) apontam essa mudança de projeto político ao dividirem as mudanças de paradigmas propostas em quatro dimensões, para melhor contextualizar as mudanças de paradigmas da implantação do modelo de Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial em questão:

- 1) quanto à concepção do processo saúde doença e dos meios teóricos sustentados para lidar com esse processo (...).
- 2) quanto à concepção da organização das relações intra-institucionais (...)

3) quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral (...).

4) (...) quanto à concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos (...) (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.37).

Cabe aqui destacar a principal mudança da qual derivam as demais: a concepção de saúde e doença. Para isso é forjado um novo conceito, o de: sofrimento psíquico. Conceito que exige a superação do Modelo Manicomial, em oposição ao paradigma 'doença-cura' e sua substituição pela 'existência sofrimento'. Implantando o conceito de 'sofrimento psíquico' consideramos que todos estão em sofrimento psíquico de alguma forma, seja ele causado por uma dor física, psíquica ou social.

A dor produz um sofrimento implícito à condição de quem sente, sendo essa experiência uma vivência subjetiva e diferente para cada sujeito, ou seja, não necessariamente proporcional ao tamanho da dor aos olhos de um agente externo ao sujeito.

A falta de compreensão do sentido da dor primária ou a produção de sofrimento por causa de suas implicações, produzidas também por agentes externos ao próprio sujeito (pessoas, sociedade, etc.), pode gerar mais dor e sofrimento. Exemplos desse mecanismo podem ser: o sofrimento gerado pela exclusão social por deficiência física ou intelectual ou pela condição de não contribuinte para a produção de capital.

Uma das ações das equipes multidisciplinares no cuidado interdisciplinar e transdisciplinar são de contribuir com o sujeito na compreensão de sua dor e suas causas, possibilitando o entendimento do sofrimento complexo e multicausal. Não se trata de adaptar o sujeito a suportá-lo ou torná-lo produtivo apesar de seu sofrimento, mas de contribuir e agir para que sejam transformadas as barreiras internas e externas que o impedem de prosseguir em seus projetos de vida. Dessa forma, por muitas vezes o que é necessário transformar é a sociedade e não o sujeito. É preciso ressaltar que esse sujeito pode ser uma pessoa, um casal, um coletivo, uma comunidade ou uma cidade, o que constitui a necessidade da existência de um projeto político para a transformação da sociedade, no caso o projeto da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

O projeto de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileiro se precipitou em uma forma jurídico-política, cujos elementos passaremos apresentar.

1.1 A LEGISLAÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Antimanicomial possui como um de seus princípios a inclusão de pessoas em sofrimento psíquico em um contexto dotado de sentidos social, político e existencial, fato que resultou em ações do Estado para a garantia dos direitos humanos. Para isso foi proposta a constituição de redes intersetoriais destinadas à atenção integral a pessoas em sofrimento psíquico.

Para a garantia dos direitos, recém-reconhecidos, das 'pessoas portadoras de transtornos mentais' e das pessoas com deficiência (também vítimas de internações psiquiátricas) foi constituído um conjunto de aparatos legais para sua efetiva implantação:

- Lei 10.216 de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências;
- Decreto legislativo nº 186 de 2008 – Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007;
- Decreto nº 6.949 de agosto de 2009 – Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências;
- Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1.190, 4 de junho de 2009 – Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas;
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 – Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2005 – Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima;
- Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 – Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS;
- Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 (republicada) – Dispõe sobre o financiamento dos CAPS – custeio;
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (republicada) – Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros;
- Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 – Alterações tabela de procedimentos dos CAPS;
- Nota técnica sobre Portaria 854, de 22 de agosto de 2012 – Informações sobre preenchimento dos novos procedimentos dos CAPS;
- Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013 – Altera custeio dos CAPS 24h (CAPS III e CAPS ad III);
- Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 – Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção

Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Portaria nº 2.495, de 23 de outubro de 2013 – Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA);
- Portaria nº 3.168, de 20 de dezembro de 2013 – Divulga a 2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA);
- Portaria nº 3.402, de 30 de dezembro de 2013 – Divulga lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares;
- Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (republicada) – Institui a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS;
- Nota Técnica sobre a republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 – Esclarecimentos quanto ao funcionamento da Unidade de Acolhimento e modificações da republicação;
- Portaria nº 855, de 22 de agosto de 2012 – Inclusão de procedimentos, incentivo e custeio de Unidades de Acolhimento (UA);
- Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio;
- Nota Técnica sobre a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 – Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral;
- Portaria nº 1615, de 26 de julho de 2012 – Altera a portaria nº 148 de 31/01/2012 em relação ao número de leitos e incentivo financeiro;
- Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012 – Altera e acresce dispositivo Portaria nº 148 de 31/01/2012;

- Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 – Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 – Altera a Portaria nº 106 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);
- Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012 – Habilitada tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 – Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria);
- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 – Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações “De Volta para Casa”;
- Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009 – Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos;
- Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 – Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social;
- Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014 – Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os

Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral;

- Portaria nº 3.091, de 13 de dezembro de 2013 – Altera a Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, a Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, e a Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, e dá outras providências.

Em especial destaca-se a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, DECRETO Nº 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009, na qual se deixa claro que as deficiências não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente. As limitações vivenciadas por pessoas com deficiência resultam da interação destas com as barreiras socioculturais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Apesar de se tratar de princípios compartilhados com a Luta Antimanicomial, esta é uma conquista paralela, demonstrando que as duas lutas (a dos direitos das pessoas que vivem com deficiência e a das pessoas em sofrimento psíquico) possuem projetos políticos de sociedade similares e que podem contribuir para as conquistas da outra.

Existem controvérsias entre as duas lutas (Direitos das pessoas com deficiência e Luta Antimanicomial) a principal, atualmente, possui relação com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Para a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico foi sugerido a inclusão de uma nova deficiência, a psíquica, fato que remete à Luta Antimanicomial, ao preconceito e ao sofrimento gerado por nomenclaturas semelhantes. Outro fator é a definição de sofrimento psíquico, que vai de encontro a uma nomenclatura restritiva de quem tem sofrimento ou não.

Nas instituições asilares de Saúde Mental e na sociedade em geral ainda se considera que algumas pessoas com deficiência possuem problemas de saúde mental, demonstrando que ainda o modelo manicomial está incrustado em nossa sociedade. Tornando-se imprescindível ressaltar a importância destacada na referida Convenção, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas, do pleno exercício de seus direitos humanos e liberdades

fundamentais e de sua plena participação na sociedade que resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade.

A Convenção citada salienta, ainda, o fato de que a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza e, nesse sentido, é necessário avaliar de forma crítica o impacto negativo da pobreza sobre esta população. Dessa forma, o grande fator limitante é o meio em que a pessoa está inserida e não a deficiência em si (como pontua a Classificação Internacional de Funcionalidades - CIF).

O artigo 2º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência apresenta algumas definições:

Comunicação: abrange as línguas, a visualização de textos, o braile, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis;

Língua: abrange as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não falada;

Discriminação por motivo de deficiência: significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável;

Adaptação razoável: significa as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

Desenho universal: significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O “desenho

universal” não excluirá as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias.

O artigo 14, do DECRETO Nº 6.949, de 2009, determina:

1. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

- a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
- b) não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.

Os Estados partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável.

A Lei 10.216/2001 por sua vez apesar de mais frágil, busca a regulamentação das internações de pessoas em sofrimento psíquico. Em sua redação, ainda se refere à doença e não a pessoas, dessa forma sendo mais frágil a proteção dessas pessoas. Deve ser destacado que a referida lei ainda centraliza o cuidado na figura do médico. A lei 10.216/2001 determina:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e.
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Destaca-se também que a mesma lei (10.216/2001) afirma:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

Determinando que a internação é medida excepcional e que o ônus da prova é para a internação ou manter-se internação.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial

assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

O artigo acima reafirma os prejuízos de uma longa internação e legisla sobre como proceder nos casos que esta violação de direitos ainda ocorre.

A estrutura jurídica, assentada em diversos diplomas tais como enumeramos, permaneceria provavelmente letra morta caso não tivesse sido acompanhada da criação de instituições destinadas a dar concretude, ou seja, capaz de traduzir em atos os princípios nela exarados.

1.2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

O decreto Nº 7.508/11 instituiu as Regiões de Saúde como

espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para serem instituídas, as Regiões de Saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

O mesmo decreto definiu como Redes de Atenção à Saúde o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. E a Portaria GM n.3088, de 21 de maio de 2013, instituiu a RAPS em todo o território nacional que passa a ser composta, prioritariamente por:

a. Atenção Básica

- Unidade Básica de Saúde,
Núcleo de Apoio a Saúde da Família,
Consultório na Rua,
Centros de Convivência e Cultura;

b. Atenção Psicossocial Estratégica

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades;

c. Atenção de Urgência e Emergência

Serviço Atendimento Móvel Urgência - SAMU 192,
Unidade de Pronto atendimento - UPA 24 horas e portas hospitalares
de atenção à urgência/pronto socorro;

- d. Atenção Residencial de Caráter Transitório
Unidade de Acolhimento Transitório - UAT;
- e. Atenção Hospitalar
Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- f. Estratégias de Desinstitucionalização
Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT,
Programa de Volta para Casa;
- g. Estratégias de Reabilitação Psicossocial
Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;

Porém, de acordo com Nicácio

[...] a construção dos serviços de atenção psicossociais efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico (2004, p.72).

Rotelli (2001) também destaca que se faz necessária a mudança de paradigma na assistência em saúde e em saúde mental. Desta forma, o modelo de cuidados proposto para atenção em saúde mental, baseado nos princípios da Atenção Psicossocial fixa como sujeito de cuidado “a pessoa em sofrimento” e ao fazê-lo põe em questão a noção de ‘Doença Mental’ ou o ‘Transtorno Mental’ colocando-se em litígio com o corrente paradigma de Saúde.

Apesar de existirem diversos estudos sobre a implantação de serviços de saúde mental e sua eficácia para o cuidado de indivíduos específicos (estudos

de caso) ou a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial, inexistem estudos que analisem a implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS em um município.

A implantação da RAPS pode contribuir para a consolidação em serviços públicos de um projeto de sociedade conquistado pela população através da Luta Antimanicomial, desde que respeite e aplique os princípios da RPA. E dessa forma lutar por um projeto de sociedade, um dos caminhos escolhidos constitui na aprovação e implantação da Legislação que ampara a Reforma Psiquiátrica e a RAPS. E como já afirmado implantação da RAPS pode gerar transformações profundas na atenção à saúde de uma população, apenas se for garantida a centralidade dos princípios da Luta Antimanicomial ao trabalhar com o conceito de Sofrimento Psíquico e com o paradigma “existência x sofrimento” e dessa forma abandonando o paradigma “doença/cura”.

2. OBJETIVO

Analisar a implementação da Rede de Atenção Psicossocial de um município de grande porte segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo analítico da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) baseada nos Princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (RPA). A análise da implantação utilizará a metodologia da narrativa para a organização e exposição dos dados.

A narrativa é processo de investigação qualitativa que possibilita a reflexão sobre uma experiência e que possibilita o acompanhamento da investigação. A pesquisa pode lançar mão de diversas formas de coleta de dados, no caso serão utilizados documentos escritos oficiais.

As narrativas têm sido usadas como um instrumental de coleta de dados. Se é verdade que o homem é um ser contador de histórias (...), a investigação de caráter qualitativo tem tido o mérito de explorar e organizar este potencial humano, produzindo conhecimento sistematizado através dele (CUNHA, Maria Isabel, 1997).

A pesquisa não necessitou de aprovação de Comitê de ética ou de registro no sistema CEP/CONEP, pois está de acordo com a resolução CNS Nº 510, de 07 de abril de 2016 em seus itens:

- II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011;
- III – pesquisa que utilize informações de domínio público;
- V – pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual;
- VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

O estudo em questão visa analisar a referida implantação da Política pública de Saúde nos princípios que a norteiam e resultados na atenção

dispendida segundo dados e documentos do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Mauá. Implantação da qual o pesquisador participou ativamente como Coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e posteriormente como Coordenador da Rede de Atenção Psicossocial no período de 17 de janeiro de 2013 a dia 13 de maio de 2016. Assim também fica delimitado o período das ações, as quais são objetos do estudo os seus efeitos. Trata-se de análise posterior ao ocorrido com coleta simultânea aos fatos e com participação ativa do pesquisador.

A escolha do município participante foi proposital, Mauá é um município do estado de São Paulo, na mesorregião Metropolitana de São Paulo e microrregião do Grande ABCDMRR de São Paulo. Atualmente a estimativa populacional do município é de 450.000 habitantes. A escolha se deve ao fato de ser um município:

- De grande porte o que possibilita a implantação completa da RAPS;
- Com a 10ª pior arrecadação per capita o que gera dificuldades de implantação de serviços pelo custo financeiro;
- Possuir, no início de uma gestão municipal, a intenção da completa implantação da RAPS;

Ademais, o convite ao presente pesquisador de exercer a função de Coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde de Mauá, gerou oportunidade única de conhecimento intrínseco dos modos de implementação e das conseqüentes alterações no modelo de cuidado.

Pode-se aqui questionar a imparcialidade do pesquisador. Porém não me coloco como um pesquisador imparcial e todos os procedimentos podem ser revistos posteriormente por outros pesquisadores.

A explicitação desta complexa simbiose, acoplada ao necessário distanciamento reflexivo do objeto próprio da pesquisa, requer, do pesquisador de narrativas, uma certa desenvoltura intelectual que lhe garanta o rigor, sem deixar de perceber o entrelaçado de relações (CUNHA, Maria Isabel, 1997).

Por outro lado, a pesquisa não se propõe a avaliar o papel da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas ou dos serviços da

RAPS sob essa coordenação, mas sim analisar a mudança de concepção de Saúde de uma gestão e dos efeitos concretos da implantação da RAPS, segundo dados e documentos oficiais do Ministério da Saúde e municipais facilmente comprováveis.

3.1. IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAPS

Pensando na análise da implantação dos serviços da RAPS serão utilizados alguns critérios:

- Serviços previstos na RAPS implantados.
- Relação número de serviços com os critérios populacionais para cada serviço da RAPS.
- Número de internações no período comparado ao período imediatamente anterior;
- Tipos de Serviços utilizados para internação no período comparado ao período imediatamente anterior;

3.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A análise da mudança do conceito de saúde torna-se mais complexa e verificará a adequada utilização dos conceitos descritos abaixo por parte da gestão:

O processo de analisar a implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (RPA) pode tornar-se extremamente subjetivo e de difícil consenso entre seus defensores. Para tanto utilizaremos o modelo de sociedade apresentado pela “*Carta de Bauru*” de 1987 (Anexo 2), a “*Carta de Princípios da Frente estadual Antimanicomial*” de 2011 (Anexo 3) e as mudanças paradigmáticas apontadas Rosa, Luzio e Yasui (2003, 36-41) como norteadores do que é defendido pela RPA.

Buscando a melhor compreensão da implantação das mudanças paradigmáticas destacadas acima, será apresentada análise da implantação dos conceitos de Território, Acolhimento e Matriciamento abaixo descritos.

Território

(...) a noção de inclusão pode ser compreendida como processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat (casa), rede social e trabalho com valor social (Saraceno, 2001).

Assim, pode-se compreender que para desinstitucionalizar o cuidado em saúde mental, deve-se romper com a herança de práticas asilares que implicam na exclusão social do sujeito e destacar a importância da participação dos usuários na comunidade e território. A Desinstitucionalização, assim apreendida, possibilita o acolhimento desses cidadãos em sua condição de sujeitos de direito.

[...] deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade (IV CNSMI, artigo 6).

Dessa forma destaca-se a importância da implantação, na Atenção Básica à Saúde, de equipes de Saúde Mental que proporcionem apoio e subsídios para as equipes.

Acolhimento

Para Silveira e Vieira (2005):

O acolhimento, enquanto agir, pode atravessar os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Esse é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. Mas torna-se clara a alta complexidade dessa forma de ação, carecendo da formação de redes de cuidado. Tais redes devem promover a atenção integral à saúde, buscando os recursos necessários às particularidades de cada comunidade e de cada indivíduo.

Expondo assim a importância que essa noção adquire para um sistema de saúde que busca a implantação da RAPS e da RPA.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Colocando-se aqui como ponto imprescindível para o acolhimento a implicação dos profissionais da saúde com a comunidade e seus indivíduos (Ferreira in MS, 2009, p.22).

O acolhimento aqui será compreendido em suas extensões de significados, funcionais, gerenciais e políticos. Entendendo-a, fundamentalmente, como ato de aproximar-se dos reais problemas da população sem resguardo, sem preconceitos, sem proteção, buscando a não padronização da escuta e o simples encaminhamento de problemas de saúde.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006)

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde... que [...] favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

Estas definições são reforçadas pelo 1º Caderno de Apoio ao acolhimento / orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco / vulnerabilidade da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS, 2004) diz que:

[...] o acolhimento surge como uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho visando ampliar o acesso à assistência integral. Propõe uma recepção técnica com escuta qualificada por profissionais da equipe de saúde, para atender a demanda espontânea que chega aos serviços, com o objetivo de identificar risco/vulnerabilidade no adoecer e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário. Visa potencializar o conhecimento técnico e agregar resolutividade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários (p. 7).

Matriciamento

Matriciamento é um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde, além de também poder ter alcance nos diversos setores e

secretarias do município, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só sua saúde física, mas também a psíquica e social (Dimenstein et al, 2009).

Dimenstein demonstra a importância do matriciamento na implantação da RAPS e da RPA, colocando esse mecanismo como uma das principais estratégias de transformação do modelo de cuidado em saúde e da relação entre os diversos dispositivos e setores da Saúde.

Quando se fala de matriciamento, torna-se importante falar do conceito de equipe de referência que é compreendida enquanto a equipe da Atenção Básica, pois se entende que o Apoio Matricial visa a dar suporte a estas equipes que são referência, uma vez que são os responsáveis pelo usuário e/ou família numa compreensão de coordenação de cuidado, com vistas à integralidade e longitudinalidade (NASCIMENTO, 2007).

Segundo Gomes (2006), o apoio matricial se caracteriza ainda pela busca por saberes e práticas especializados, de forma que as áreas especializadas passem a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica, não permitindo que o usuário deixe de ser da equipe de referência. Com essa metodologia, a equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado. (Campos e Domitti, 2007).

Dessa forma, a equipe de referência manterá o cuidado longitudinal no tempo. Para isso é fundamental que a inserção dos profissionais no serviço dê-se de modo horizontal. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização. (Campos e Domitti, 2007).

Dessa forma a gestão deve buscar que o papel da equipe matriciadora passe pelo suporte técnico-pedagógico como retaguarda aos diversos serviços e profissionais da atenção básica vislumbrando potencializar a interatividade resolutiva entre estes atores da atenção básica e dos demais serviços do município (da saúde, educativos, jurídicos, assistenciais, esportivos, etc.) formando assim uma grande rede de serviços não burocratizada e eficaz. A esse movimento dá-se o nome Clínica Ampliada, uma clínica como prática

política que não perde de vista a importância do acolhimento e do vínculo entre o profissional cuidador e o munícipe assistido (DIMENSTEIN, et al, 2009)

Para garantir que seja possível a compreensão da eventual transformação da Atenção em Saúde no município de Mauá é necessária a descrição da situação encontrada no início da gestão. Possibilita-se, assim, a comparação e a exposição dos fatores que contribuíram para a mudança do modelo de atenção.

4. CONJUNTURA PREGRESSA

A região do grande ABCDMRR, por um longo período de tempo, sustentou o modelo Manicomial, sendo uma região com grande número de leitos psiquiátricos. Dentre essas instituições destacam-se a Clínica São Marcos em Mauá (Capiburgo), o Instituto Eldorado em Diadema, A Clínica Psiquiátrica de Ribeirão Pires, a Clínica Borda do Campo em Santo André. Devido à mobilização da população e à Luta Antimanicomial, estes manicômios foram fechados nas décadas de 1990 e 2000 por violações aos Direitos Humanos.

Porém, nessa época, os municípios da região não haviam realizado mudanças substanciais nas práticas da gestão em saúde. Esse fato obrigou os municípios a manterem um Hospital Psiquiátrico. Assim, em São Bernardo do Campo o Hospital Psiquiátrico Lacan continuou a ser referência para internações psiquiátricas de todos os municípios da região. Esta situação começou a se reverter quando o município de São Bernardo do Campo transformou os paradigmas de Saúde e começou a fazer gestão para o encerramento de seu convenio com o referido Manicômio.

4.1. A ESTRUTURA DA SAÚDE PÚBLICA EM MAUÁ

Para construir/desenvolver a análise proposta é necessário relembrar que o período do estudo se restringe aos meses de janeiro de 2013 a maio de 2016 e sua comparação com o período imediatamente anterior, os meses do ano de 2012. Em dezembro de 2012 a Saúde em Mauá estava estruturada da seguinte maneira:

1. ATENÇÃO BÁSICA

- Saúde da Família;
- Programa de Atenção Domiciliar – PAD;
- Saúde Bucal;
- Saúde da Criança e Adolescente;
- Saúde do Adulto e Idoso;

- Saúde da Mulher.

2. SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Centro de Especialidades Médicas de Mauá (CEMMA);
- Central de Regulação de Vagas;
- Centro de Reabilitação;
- Saúde Mental;
- Centro de Referência da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente;
- Central de Agendamento de Transporte Ambulatorial;
- Assistência Farmacêutica.

3. VIGILÂNCIA À SAÚDE

- Departamento de Vigilância Sanitária – DIVISAN;
- Departamento de Vigilância Epidemiológica – DIVIEPI;
- Departamento de Vigilância Ambiental – DIVIAMB;
- Departamento de Controle de Zoonose – DCZ;
- Departamento de Controle de Vetores/Dengue;
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- Departamento de Educação em Saúde – DIES;
- Departamento de Prevenção às Violências e Estímulo à Cultura da Paz;
- Departamento de Prevenção e Assistência a DST/AIDS e Hepatites Virais;
- Centro de Referência e Treinamento em AIDS e Hepatites Virais;
- Departamento de Tisiologia e Dermatologia Sanitária.

4. ATENÇÃO HOSPITALAR

- Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini;
- Hospital Santa de Misericórdia de Mauá.

5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- SAMU – 192;
- UPAS.

4.2 Atenção na Rede Básica

Apresentava-se um modelo de Atenção Primária à Saúde no município que estava dividida em cinco (05) regiões de saúde compostas por vinte e três (23) Unidades de Saúde compostas pelos modelos de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

Figura 1 Mapa com as Unidades de Saúde dentro de Mauá

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuíam os seguintes profissionais:

- Clínico Geral
- Ginecologista

- Pediatra
- Enfermeiros
- Auxiliares de Enfermagem
- Dentista
- Auxiliar de Consultório Dentário
- Recepcionistas
- Administrativos
- Apoios Operacionais
- Diretor de Unidade

As Unidades de Saúde da Família (USF) possuíam em cada equipe:

- 01 médico de saúde da família
- 01 enfermeiro
- 02 auxiliares de enfermagem
- 04 agentes comunitários de saúde
- 01 dentista
- 01 auxiliar de consultório dentário
- Recepcionistas
- Auxiliares Administrativos
- Apoios operacionais
- Diretor de Unidade

A Unidade do Programa de Agente Comunitário (PACS) possuía o mesmo quadro de profissionais das UBS, porém o ACS completava o quadro de trabalhadores.

4.3 A Saúde Mental Especializada

A assistência em Saúde Mental acontecia em diferentes espaços, porém sem a constituição de redes de cuidado e sem respeitar os princípios da Luta

Antimanicomial ou da Atenção Psicossocial. Abaixo encontramos os equipamentos que se responsabilizavam pela assistência em saúde mental.

4.3.1 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

O Município de Mauá-SP contava com 1 CAPS II Adulto, 1 CAPS II AD e 1 CAPS Infanto-juvenil, que funcionavam em modelo ambulatorial nos períodos matutino e vespertino. E os referidos equipamentos não se constituíam em serviços de “Porta Aberta”.

Nos fundos dos serviços acima citados, estava constituído o que foi chamado de Hospitais Dia, nos quais parte dos usuários deveriam chegar acompanhados pelos pais ou responsáveis às 9 horas da manhã e somente poderiam sair às 15 horas acompanhados pelos pais ou responsáveis. Também, se destaca que a principal oferta era de prescrição de psicotrópicos, por vezes sem a precedência de consulta médica para manutenção da conduta. Na parte da frente desses CAPS eram realizados os cuidados ambulatoriais aos demais “*pacientes*” cuja quase totalidade eram apenas atendidos pelo médico psiquiatra para troca de receituário. Também não eram realizadas ações de:

- Matriciamento
- Acolhimento à crise
- Elaboração de PTS
- Ambiência
- Assembleias
- Busca ativa
- Visita domiciliar (como parte do Projeto Terapêutico Singular - PTS)

Constatou-se que nessa época a gerência dos três serviços era executada por apenas um mesmo médico psiquiatra e localmente as questões político-administrativas do cuidado eram deixadas a cargo dos auxiliares administrativos de cada unidade.

Da mesma forma, constatou-se a não existência de busca ativa ou PTS. Havendo formulários de desligamento de seus usuários após a terceira falta consecutiva ao atendimento. Configurando, assim, a culpabilização pela não adesão ao “Programa de Tratamento” ao usuário. Dessa forma fica demonstrado que os CAPS, apesar de serem serviços substitutivos, trabalhavam na lógica do modelo manicomial.

4.3.2 Internações Psiquiátricas

As internações por questões de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas eram realizadas por critérios médicos e/ou a pedido da família, por vezes, sem existir ao menos uma avaliação por parte de uma equipe de saúde. Essa afirmação é facilmente comprovada por documentações oficiais do Tribunal de Justiça de Mauá, onde constam internações determinadas pela justiça a pedido da família ou do Ministério Público de São Paulo sem a existência de Laudo ou Relatório de equipe de saúde. Essas internações eram justificadas em seu pedido ao juiz (ou mesmo por estes) como um direito ao acesso à Saúde e ao melhor tratamento, utilizando-se de legislação que deveria proteger os usuários dos serviços da RAPS para interná-los compulsoriamente.

Tabela 1: Internações de residentes de Mauá em 2012, por motivo de Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo CID-10: V), por Tipo de Estabelecimento e Ano atendimento.

Estabelecimento	N
Hospitais Gerais / PS / UPAS / outros	681
Hospitais Psiquiátricos e outros	398
Total	1079

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas:

Situação da base de dados nacional em 29/07/2016.

Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

Classificação do tipo de estabelecimento realizada pelo autor da tese

Conforme descrito na tabela abaixo (Tabela 2) as internações eram prioritariamente de pessoas do sexo masculino (68,95 %),

Tabela 2: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - São Paulo, Internações por Ano atendimento e Sexo, Município: Mauá, por motivo de Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo CID-10: V).

Ano atendimento	Masc	%	Fem	%	Total
2012	744	68,95	335	31,05	1079

Como apresentado na tabela 3 as internações concentravam-se na faixa dos 20 aos 49 anos, portanto, nas faixas etárias que correspondem à idade produtiva.

Tabela 3: Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – São Paulo, Internações por Ano atendimento e Faixa Etária 1, Município: Mauá, por motivo de Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo CID-10: V).

5 a 9 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		Total
N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n
0	0,0	19	1,8	67	6,2	258	23,9	300	27,8	250	23,2	117	10,8	48	4,4	12	1,1	8	0,7	1079

Na tabela 4 pode-se observar uma proporção semelhante entre brancos e pardos, porém existe uma proporção ainda maior (36,05%) que inviabiliza a averiguação precisa, pois se trata de dados que não constam do sistema. Esse fato demonstra que, apesar de constar em protocolos de registros de atendimento no SUS, o item Raça/Cor permanecia sendo subnotificado, prejudicando as análises dos dados.

Tabela: 4: Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – São Paulo, Internações por Ano atendimento e Cor/raça, Município: Mauá, por motivo de Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo CID-10: V).

Ano	Branca		Preta		Parda		Amarela		Sem informação		Total
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	
2012	315	29,19	41	3,80	334	30,95	0,00	0,00	389	36,05	1079

4.3.3 A enfermaria psiquiátrica Hospital de Clínicas Radamés Nardini

No município de Mauá, no ano de 2012, não havia enfermaria de Saúde Mental, álcool e outras drogas no Hospital Geral do Município. Havia apenas uma enfermaria psiquiátrica feminina no 3º andar (8 leitos) e 8 leitos masculinos reservados para a psiquiatria no 2º andar no Pronto Socorro – PS.

A equipe era composta por Psiquiatras, Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem plantonistas e 1 Psicólogo, 1 Assistente Social e 1 Terapeuta Ocupacional em regime de 40 horas semanais de segundas às sextas feiras.

Os profissionais psiquiatras atendiam no PS formando um grande ambulatório de trocas de receitas psicotrópicas, concorrendo com os serviços ambulatoriais municipais. Usuários desses serviços conseguiam receitas do mesmo medicamento para o mesmo período, por falta de controle da medicação dispensada.

A enfermaria psiquiátrica e o PS psiquiátrico do HCRN eram os principais responsáveis pelos encaminhamentos para o Hospital Psiquiátrico Lacan e para o Camille Flamarion. Porém, esses encaminhamentos não eram

regulados e as internações involuntárias não eram comunicadas ao Ministério Público conforme a legislação vigente.

Os leitos de saúde mental no HCRN também eram utilizados para internação de usuários de Serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, por motivos diferentes daqueles para os quais eram esses leitos eram destinados. Dessa forma uma pessoa com problema de saúde mental ao buscar o HCRN com outro problema de saúde – clínico – muitas vezes utilizaria os leitos psiquiátricos. Dessa forma, um Usuário de Serviços de saúde mental com suspeita de meningite, tuberculose ou traumatismo poderia ser internado no PS de psiquiatria.

Apesar de não existir pactuação prévia, o Hospital de Clínicas Radamés Nardini - HCRN, Hospital Geral Municipal, atendia as demandas de Urgência e Emergência da microrregião. Abrangendo principalmente as demandas dos municípios de Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra e Rodoanel, além do município de Mauá. Esse fato não era diferente nas demandas de internações psiquiátricas como descrito na Tabela 5.

Tabela 5: Internações no ano de 2012, no Hospital de Clínicas Radamés Nardini por motivo de Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo CID-10: V), por município de residência e Ano atendimento.

Município	N
350570 Barueri	1
351060 Carapicuíba	0
351380 Diadema	2
351570 Ferraz de Vasconcelos	0
351630 Francisco Morato	0
351640 Franco da Rocha	0
351880 Guarulhos	0
352210 Itanhaém	0
352310 Itaquaquecetuba	1
352500 Jandira	0
352940 Mauá	612
353870 Piracicaba	0
354330 Ribeirão Pires	90
354410 Rio Grande da Serra	52
354730 Santana de Parnaíba	0
354780 Santo André	4
354870 São Bernardo do Campo	1
354880 São Caetano do Sul	5
355030 São Paulo	14
355220 Sorocaba	0
355250 Suzano	4
355645 Vargem Grande Paulista	0
Total	786

4.3.4 O hospital psiquiátrico

No Hospital Lacan, de acordo com os dados que possuímos, originados do Complexo Regulatório de São Bernardo do Campo, que era o gestor do contrato, dos 141 internados de origem de Mauá no último trimestre de 2012, apenas 20 pessoas possuíam outros transtornos mentais que não os decorrentes do uso abusivo do álcool e/ou outras drogas, sendo, portanto 121

os internados com diagnósticos que variam do F10 a F19 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa). Dentre os internos havia 6 pessoas que eram moradores do hospital há mais de 2 anos.

Abaixo seguem (Tabela: 6) os dados do número de internações em instituições asilares de residentes do município de Mauá no ano de 2012. Destaca-se a grande participação do Hospital Lacan.

Tabela 6: Internações de residentes de Mauá no ano de 2012, por motivo
Capítulo CID-10: V, por Estabelecimento e Ano atendimento.

Estabelecimento	N
2070766 CAISM DR DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO DA AGUA FUNDA SP	0
2077418 CAISM PHILIPPE PINEL SAO PAULO	1
2077612 CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE FATIMA	1
2078570 HOSPITAL JOAO EVANGELISTA	1
2082292 HOSPITAL LACAN	375
2082616 HOSPITAL PSIQUIATRICO VERA CRUZ SOROCABA	1
2084236 CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG	0
2085143 INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	0
2089637 CASA DE SAUDE NSRA DO CAMINHO	3
2091275 CAIS CENTRO ATENCAO INTEGRAL SAUDE SANTA RITA PASSA QUATRO	0
2688514 CAISM SANTA CASA DE SAO PAULO	9
2746220 COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY FRANCO DA ROCHA	1
2812703 FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINAHCFMUSP INST DE PSIQUIATRIA SP	6
Total	398

Incluem-se como moradores de instituições psiquiátricas de caráter asilar 15 munícipes de Mauá. As referidas internações de longo prazo, não constam nos controles de números de internações por município de residência. Isso se deve a não regulação das internações nessas instituições e a falta de

controle de alta e da inexistência de comissão revisora de internações involuntárias e/ou compulsórias.

Tabela 7: Número de cidadãos de Mauá Moradores de Hospitais Psiquiátricos, por estabelecimento no ano de 2012.

HOSPITAL	n
CAIS Clemente Ferreira	1
Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho	1
Complexo Hospitalar do Juquery	1
Hosp. São João Presidente Prudente	1
Hosp. Lacan	6
Hosp. Psiq. Vale das Hortênsias	2
Hosp. Psiq. Vera Cruz	2
Inst.de Reab. e Prevenção em Saúde Indaia	1
Total	15

4.3.5 Ambulatórios de Saúde Mental

O município contava com 3 Ambulatórios de Saúde Mental:

- Ambulatório de Saúde Mental da UBS Flórida: Atendia as demandas de todos os munícipes do território IV que incluíam outras 4 UBS.
- Ambulatório de Saúde Mental da UBS Sônia Maria: Atendia as demandas de todos os munícipes do território II que incluíam outras 4 UBS.
- Ambulatório Regional: atendia a demanda de todo o município

Os três ambulatórios não possuíam controle efetivo de número de usuários, agenda, PTS, frequência de atendimentos. As equipes eram compostas por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em estimativa realizada pela Atenção Básica do município, posterior à descentralização, considerando o número de usuários que iniciaram o acompanhamento nas UBS, contaram-se aproximadamente 10.000 munícipes que eram acompanhados por esses ambulatórios. Destes, 80% apenas foram atendidos por profissionais médicos psiquiatras e possuíam apenas condutas medicamentosas em seus registros, gerando um grande número de

dependentes de psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos. Os demais possuíam também algum acompanhamento por parte dos psicólogos (geralmente terapia individual) e dos assistentes sociais através de relatórios para benefícios.

A existência desses três ambulatorios especializados desresponsabilizava as equipes da Atenção Básica dos cuidados de Saúde e Saúde Mental e da garantia do cuidado integral. Posteriormente foi constatado que por volta de 80% (estimativa da gestão 2013-2016) dos usuários desses serviços já eram usuários das UBS de referência na localidade onde moravam. Acontecimento que era de total desconhecimento da gestão anterior e dos serviços da Atenção Básica e dos Ambulatórios Especializados.

Constatou-se também que parte dos psiquiatras não atendiam presencialmente os munícipes, renovando as receitas apenas tendo por base seus prontuários, onde apenas constavam as anotações dos atendimentos e/ou renovações anteriores.

4.3.6 Internações Compulsórias

As internações compulsórias por problemas de saúde mental, deficiência, uso abusivo ou dependência de drogas eram, em 2012 e no início de 2013, a segunda maior causa de processos contra a Prefeitura de Mauá e uma grande violação aos Direitos Humanos, uma vez que eram internados compulsoriamente sem ter cometido crimes ou mesmo sem a existência de laudo ou avaliação de saúde. Essas internações eram solicitadas por familiares ao Ministério Público ou por vezes diretamente ao Judiciário e as pessoas que eram réus não eram ouvidas ou possuíam defesa constituída. Com poucas exceções os processados eram como réus e a internação colocada como um direito do réu e não como medida última e excepcional.

Destaca-se que nos casos que existiam relatórios recomendando a internação esses eram oriundos do Conselho Tutelar, Serviços do SUAS e do próprio SUS municipal. Esses relatórios eram fornecidos às famílias e no caso da saúde por vezes não eram realizadas avaliações com a presença do sujeito, havendo assim quebra de sigilo, ao se fornecer relatório a familiar sem o consentimento do usuário do serviço.

4.3.7 Centro de Recuperação Camille Flammarion (CRCF)

A instituição em questão não era parte constituinte dos serviços da rede de saúde, mas sim prestava serviços à rede do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Ela possuía contrato de fornecimento de abrigo temporário às pessoas em situação de rua. Porém possuía nos fundos de suas instalações, camas e quartos que abrigavam/internavam até 136 pessoas (segundo dados gerados pela gestão, apesar de falta de registro detalhado na instituição).

Os moradores do CRCF possuíam em sua totalidade problemas relacionados ao abandono familiar ou a inexistência de família e precisam de moradia e cuidados ofertados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Diversos moradores possuíam diagnóstico de Deficiência Intelectual (antiga Deficiência Mental), o que não configura por si só necessidade de cuidados em Saúde Mental já existindo à época a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012 do Ministério da Saúde) no Sistema Único de Saúde (SUS) e fato semelhante ocorre no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Dentre os moradores, encontravam-se 6 pessoas egressas do antigo Hospital Psiquiátrico São Marcos (Capiburgo) em Mauá, fechado por violações aos Direitos Humanos em 1994. Esses moradores ingressaram no mesmo ano do fechamento do Capiburgo no CRCF e lá permaneceram. Ainda resta apontar a presença de um egresso de longa internação no Hospital Lacan, sendo “desinternado” para o CRCF.

Os encaminhamentos realizados ao CRCF eram oriundos principalmente do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), HCRN e Hospital Heliópolis (Cidade de São Paulo).

4.3.8 Cuidado à pessoa em situação de rua

Segundo dados fornecidos pela gestão, 169 pessoas em situação de rua procuraram serviços municipais de assistência social no ano de 2012. Além

destas, e em função de trabalho de entidades da sociedade civil, é possível que o número seja ainda maior. Tais pessoas apresentam múltiplas necessidades, como de alimentação, vestuário, documentos, e muitas têm questões relacionadas à saúde e também à saúde mental. No município de Mauá inexistia no SUS serviço voltado à atenção específica dessa população no ano de 2012.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL

A metodologia aplicada para a implantação da RAPS e da RPA no município em questão possui características semelhantes à metodologia da “Pesquisa Ação”. Essa metodologia foi utilizada intencionalmente pela gestão para facilitar o acompanhamento e possibilitar uma maior interação entre gestão, trabalhadores e usuários. Possibilitando assim uma maior participação popular.

A implantação em questão pode ser dividida em:

- Planejamento
- Implantação dos Serviços e da Educação Permanente
- Monitoramento
- Avaliação

As fases descritas são sugeridas por Tripp (2005) em seu artigo "Pesquisa-ação: uma introdução metodológica".

Diagrama 1: Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação (Tripp, 2005):

5.1.1. A Pactuação da RAPS de Mauá

A proposta de implantação dos serviços da RAPS de Mauá foi planejada pela gestão da Secretaria de Saúde através de colegiados de gestores inserida na proposta de Planejamento Plurianual de Saúde da Secretaria de Saúde. Ela foi discutida e aprovada em instâncias de participação popular e controle social:

- Planejamento Participativo Municipal: instancia introduzida pela gestão. Foram criadas assembleias em todos os bairros do município para que a população opinasse e fizesse proposições sobre o Planejamento Municipal. Foram eleitos delegados em cada assembleia que participaram da etapa municipal, representando seus bairros;
- Conselho Municipal de Saúde: Instância decisória e propositiva de controle social municipal na área da saúde;
- Orçamento Participativo Municipal: instância estruturada no mesmo formato do Planejamento Participativo Municipal que contava com a participação dos delegados eleitos no planejamento;
- Conferência Municipal de Saúde: organizada como previsto pelo Conselho Nacional de Saúde para a proposição, avaliação e aprovação do plano municipal de saúde.

Posteriormente, o Planejamento da Implantação dos serviços da RAPS foi aprovado e integrou a proposta de Implantação da RAPS regional, que foi aprovada pelos Grupos condutores regional do ABCDMRR, Estadual e nacional. Os grupos Condutores da RAPS (regional, estadual e nacional) foram criados para discutir e propor a implantação da RAPS em cada região de saúde como previsto no decreto presidencial nº 7508/2011.

5.1.2. Proposta de ação e ampliação da rede

Em documentos oficiais, enviados ao poder judiciário, a Secretaria de Saúde afirmou que desde

janeiro de 2013 a Prefeitura do Município de Mauá buscou fortemente a qualificação e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do

Município que compartilha dos mesmos princípios preconizados pelo Ministério da Saúde, Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e lei 10.216/2001, ou seja, pautados pelos Direitos Humanos, o respeito às diferenças e o cuidado em liberdade territorializado buscando a inclusão social. [...] Portanto, o município de Mauá realizou adequações dos seus serviços à Rede de Atenção Psicossocial do ABCDMRR, pactuada com os demais 6 municípios da região, governo do estado de São Paulo e governo Federal e às atuais legislações e normas que organizam o Sistema Único de Saúde – SUS.

Consta também nos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde o Planejamento de implantação de Serviços da RAPS na cidade (quadro 1).

Quadro 1: Plano de Implantação dos Serviços da RAPS do Município de Mauá

Meta	Ações	Previsão
Estabelecer como foco da atenção a Pessoa e suas necessidades buscando o cuidado integral à Saúde e Saúde Mental	Implantação de política de Educação Permanente em Saúde Mental e Álcool e outras drogas com foco na Atenção Psicossocial.	Início 2013
Horizontalização das relações intra e interinstitucionais	Estabelecer política de matriciamento, reuniões de equipes multidisciplinares e estabelecimento de trabalho interdisciplinar e Reuniões intersetoriais.	2013
Promover parcerias, integração e colaboração dos serviços com outros setores, comunidade e famílias que promovam a inclusão social.	Estabelecer parcerias com recursos, instituições e entidades das comunidades de Mauá (Movimentos, Associações de Bairro, Sindicatos, Associações, projetos de inclusão e de economia solidária)	2013
	Criação de 5 CECCOS e reinserção pelo trabalho	2013 – 2017
	Promoção de ações intersetoriais de cuidado	2013
Ampliação e regionalização da rede de serviços de atenção à pessoa em sofrimento psíquico e/ou com problemas relacionados a álcool e outras drogas	CAPS III (adulto)	100 dias
	CAPS III AD	100 dias
	Inauguração de CAPS ad i III	2014
	Inauguração de novo CAPS ad III 24 horas com 7 leitos para internação	2015
	Descentralização do Ambulatório Regional e estabelecimento de equipes multidisciplinares de atenção nas UBS (atualmente em 2 ampliar para 5)	100 dias
	Criação de Equipe de Consultório na Rua e Redução de Danos para a Atenção à Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas à população em situação de alta vulnerabilidade	100 dias
	Unidade de Acolhimento Adulto	100 dias
	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil	2013
	Leitos em Hospital Geral para desintoxicação	100 dias
	Equipes de Estratégia de Saúde da Família	
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	
Desinstitucionalização de pessoas internadas em Hospitais / Clínicas psiquiátrica	Criação de Residências terapêuticas Tipo I	100 dias
	Criação de Residências terapêuticas Tipo II	2013

5.1.3. O Grupo condutor da RAPS da Região do Grande ABCDMRR

O grupo condutor da RAPS do ABCDMRR foi constituído por representantes (em sua maior parte coordenadoras municipais de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas) dos 7 municípios e da Secretaria de Estado da Saúde.

Essa instância serviria para realizar pactuações regionais e elaborar uma proposta de RAPS regional para aprovação do Grupo Condutor Estadual da RAPS, este último composto por representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

A Pactuação da RAPS do ABCDMRR

Conforme afirmado anteriormente, o planejamento da implantação da RAPS de Mauá e da Região do ABCDMRR foi pactuado regionalmente entre os sete municípios da região e a Secretaria do Estado, no primeiro semestre de 2013. Para a presente pesquisa destacam-se os seguintes pontos pactuados:

- Descredenciamento do SUS do Hospital Lacan até o fim do segundo semestre de 2014.
- Mauá oficializa que será referência de Urgência em Saúde Mental e para internação em leitos em Hospital Geral na enfermaria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para os municípios de Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Esta pactuação estava condicionada aos itens seguintes:
  - Ribeirão Pires implantaria CAPS III adultos e tornar-se-ia referência para Rio Grande da Serra;
  - Ribeirão Pires concluiria o Hospital Geral Municipal e implantaria Leitos de Enfermaria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, tornando-se referência para Rio Grande da Serra;
  - Rio Grande da Serra implantaria um CAPS II.
  - Os municípios do Grande ABCDMRR colaborariam tecnicamente;

- Nos casos de risco de vida, por ameaça de morte, de usuários dos serviços da RAPS seria possível seu acolhimento ou de sua família em outro município.

Conforme as negociações, e apresentadas as propostas de RAPS municipais, formulou-se proposta de RAPS regional ABCDMRR que é apresentada no quadro 2 (Anexo 4).

5.2. CUSTO E FINANCIAMENTO DA RAPS

Para a compreensão da totalidade do processo de implementação de políticas públicas de saúde é necessário acompanhar a concepção do financiamento dos serviços que sustentam essas políticas públicas no território. Fica evidente no Quadro 3 a inexistência de uma política de financiamento continua desses serviços por parte do Governo de Estado de São Paulo, aumentando a necessidade de investimento dos municípios para a implementação e prejudicando assim o avanço das políticas públicas em questão.

Quadro 3: Financiamento dos Serviços da RAPS

Serviço	Existente	Expansão	Recursos de investimento			Recursos de Custeio			
	Quant	Quant a ser impl.	Incentivo Estadual Impl. (R\$)	Incentivo Federal Impl. (R\$)	Total (R\$)	Custeio mensal Est.	Total mês (R\$)	Unitário mês (R\$)	Total ano (R\$)
02 CAPS III	0	2	0,00	300.000,00	300.000,00	0,00	126.288,76	63.144,38	1.515.465,12
02 CAPS AD III	0	2	0,00	300.000,00	300.000,00	0,00	156.000,00	78.000,00	1.872.000,00
01 CAPs III i	0	1	0,00	150.000,00	150.000,00	0,00	126.288,76	63.144,38	1.515.465,12
02 residências terapêuticas Tipo II* , ****	0	3	30.000,00	60.000,00	90.000,00	0,00	60.000,00	20.000,00	720.000,00
02 Unidades de Acolhimento Transitório Adulto	0	2	0,00	140.000,00	140.000,00	0,00	50.000,00	25.000,00	600.000,00
01 Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-juvenil	0	1	0,00	70.000,00	70.000,00	0,00	30.000,00	30.000,00	360.000,00
5 CECCOS	0	5	0,00	150.000,00	150.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consultório de rua tipo III	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	35.200,00	35.200,00	422.400,00
Equipe de Estratégia de Saúde da Família	46	50	0,00	0,00	0,00	0,00	816.000,00	8.500,00	9.792.000,00
Núcleo de Apoio de Saúde da Família	7	11	0,00	220.000,00	220.000,00	0,00	360.000,00	20.000,00	4.320.000,00
Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	0	18	0,00	1.782.000,00	1.782.000,00	0,00	1.211.783,76	67.321,32	14.541.405,12
Eq de Saúde Bucal Modalidade II**** , ***	0	50	0,00	0,00	0,00	0,00	149.000,00	2.980,00	1.788.000,00
Equipe de Saúde Bucal Modalidade I ***	38	-32	0,00	0,00	0,00	0,00	13.380,00	2.230,00	160.560,00
Equipe multiprofissional de atendimento domiciliar tipo I	0	3	0,00	0,00	0,00	0,00	150.000,00	50.000,00	1.800.000,00
Equipe multiprofissional de apoio	0	2	0,00	0,00	0,00	0,00	12.000,00	6.000,00	144.000,00
TOTAL	92	113	30.000,00	3.172.000,00	3.202.000,00	0,00	3.295.941,28	471.520,08	39.551.295,36

* 10.000,00 Estado de São Paulo e 20.000,00 União de incentivo implantação por Residência

** O incentivo da união é a cadeira odontológica destinada ao técnico

*** Trata-se de expansão do número de equipes modalidade II e transformação de equipes modalidade I em modalidade II

**** O Estado de São Paulo atualmente custeia mensalmente o valor de 20.000,00 reais durante o período de 6 meses, não inclusos por não ser contínuo.

O quadro anterior demonstra também a Política de Financiamento contínuo do Ministério da Saúde aos serviços da RAPS, porém esses dados não podem expressar por si só qual a necessidade de financiamento real desses serviços. Considerando que não há financiamento ou custeio instituído pelo governo de Estado de São Paulo para os componentes da RAPS. O próximo quadro (4) apresenta a relação entre custo e custeio federal dos serviços especializados da RAPS. Para esse quadro foi utilizado o custo previsto para o município no caso de implantar todos os serviços previstos no planejamento do quadriênio 2014-2017. Foram elencados apenas os serviços especializados da RAPS para possibilitar um enfoque maior na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Quadro 4: Comparação e diferença entre custeio e custo dos serviços especializados da RAPS

Serviço	Custo Unitário	Quant. prevista	Custo total por mês	Custo total por ano	Custeio Federal mensal unitário	Custeio mensal total Federal	Custo mensal para o Município (-custeio)	Custeio anual total Federal	Custo Anual Para o Município (-custeio)
CAPS III Adulto	226.033,47	2	452.066,94	5.424.803,27	83.134,00	166.268,00	- 285.798,94	1.995.216,00	- 3.429.587,27
CAPS III Álcool e Outras Drogas	245.049,46	2	490.098,92	5.881.187,02	105.000,00	210.000,00	- 280.098,92	2.520.000,00	- 3.361.187,02
CAPS II Infanto-Juvenil	158.009,22	1	158.009,22	1.896.110,68	32.130,00	32.130,00	- 125.879,22	385.560,00	- 1.510.550,68
República Terapêutica Infanto-juvenil	54.677,00	1	54.677,00	656.124,05	30.000,00	30.000,00	- 24.677,00	360.000,00	- 296.124,05
Residência Terapêutica Tipo II	35.378,24	3	106.134,73	1.273.616,79	20.000,00	60.000,00	- 46.134,73	720.000,00	- 553.616,79
Consultório de Rua Tipo III	64.419,88	1	64.419,88	773.038,60	35.200,00	35.200,00	- 29.219,88	422.400,00	- 350.638,60
República Terapêutica Adulto	54.677,00	2	109.354,00	1.312.248,00	30.000,00	60.000,00	- 49.354,00	720.000,00	- 592.248,00
Total	838.244,28	12	1.434.760,70	17.217.128,43	335.464,00	593.598,00	- 841.162,70	7.123.176,00	- 10.093.952,43

Comprova-se que, atualmente, com a política de financiamento contínuo dos serviços especializados da RAPS, por parte do Governo Federal e Estadual para os Municípios, estes últimos ficam com mais da metade dos custos mensais ou anuais. Para possibilitar a melhor compreensão do custo para cada ente federativo do custeio da RAPS, o quadro 5 apresenta a proporção deste gasto. Novamente somente foram computados os custeios contínuos.

Quadro 5: Proporção do Custeio dos serviços especializados da RAPS

Serviço	Custo anual para o Município (custeio)	Custeio anual total Federal (%)	Custeio anual total estadual (%)	% do Custo Anual Para o Município (-custeio)
CAPS III Adulto	5.424.803,27	36,78	0,00	- 63,22
CAPS III Álcool e Outras Drogas	5.881.187,02	42,85	0,00	- 57,15
CAPS II Infanto-Juvenil	1.896.110,68	20,33	0,00	- 79,67
República Terapêutica Infanto-juvenil	656.124,05	54,87	0,00	- 45,13
Residência Terapêutica Tipo II	1.273.616,79	56,53	0,00	- 43,47
Consultório de Rua Tipo III	773.038,60	54,64	0,00	- 45,36
República Terapêutica Adulto	1.312.248,00	54,87	0,00	- 45,13
Total	17.217.128,43	41,37	0,00	- 58,63

Considerando que o Governo do Estado de São Paulo possui umas das maiores arrecadações brutas, PIB e arrecadação por habitantes do país; e considerando também que o SUS deveria possuir financiamento tripartite e que

o gestor das ações municipais é o município, nota-se que a ausência de financiamento por parte da Secretaria de Estado da Saúde pode dificultar e tornar menos atraente para os gestores municipais a implementação da RAPS, uma vez que faz com que a contribuição municipal para o custeio da RAPS seja de 58,63%. Por outro lado, o governo do estado financia serviços privados de saúde que concorrem com o modelo da RPA, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas através do programa “Recomeço” ou o financiamento superior à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) federal para leitos em Hospitais Psiquiátricos como no caso do Hospital Psiquiátrico Lacan. Caso o governo do estado de São Paulo custeasse mensalmente a RAPS para os municípios em um valor igual ao do governo federal o quadro se modificaria.

Quadro 6: Simulação da Proporção do Custeio dos serviços especializados da RAPS

Serviço	Custo anual para o Município (custeio)	Custeio anual total Federal (%)	Custeio anual total estadual (%)	% do Custo Anual Para o Município (- custeio)	Custo anual ao município (R\$)
CAPS III Adulto	5.424.803,27	36,78	36,78	26,44	1.434.371,27
CAPS III Álcool e Outras Drogas	5.881.187,02	42,85	42,85	14,30	841.187,02
CAPS II Infanto-Juvenil	1.896.110,68	20,33	20,33	59,33	1.124.990,68
República Terapêutica Infanto-juvenil	656.124,05	54,87	54,87	- 9,74	- 63.875,95
Residência Terapêutica Tipo II	1.273.616,79	56,53	56,53	- 13,06	- 166.383,21
Consultório de Rua Tipo III	773.038,60	54,64	54,64	- 9,28	- 71.761,40
República Terapêutica Adulto	1.312.248,00	54,87	54,87	- 9,74	- 127.752,00
Total	17.217.128,43	41,37	41,37	17,25	2.970.776,43

Conforme os dados apresentados no quadro 6, a distribuição aparentemente beneficiaria o município e o deixaria praticamente sem custos para o custeio da RAPS. Porém nos gastos não estão computados gastos eventuais de capacitação técnica dos trabalhadores, educação permanente, manutenção predial, ações no território e de compra de materiais permanentes ou de consumo para oficinas terapêuticas, entre outros gastos. Portanto, os custos apresentados mantêm o serviço em funcionamento e a inclusão de financiamento estadual possibilitaria ao município uma melhor qualificação do cuidado e da infraestrutura da RAPS. Possibilitaria também aos demais entes da federação a fiscalização e a cobrança de investimento na RAPS por parte do município.

Cabe destacar aqui que são necessários estudos comparativos mais complexos da arrecadação Federal, Estadual e Municipal e seus gastos com os serviços da RAPS para melhor elucidar os reais custos para os entes da federação.

De acordo com a metodologia utilizada e constatados os resultados e dificuldades, é necessário realizar análise do processo de implantação e implementação da RAPS em um município de grande porte de poucos recursos financeiros, como proposto.

5.3 A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS E DA RPA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ

Pretende-se aqui iniciar a análise da implantação e implementação da RAPS no município de Mauá. Com o intuito de facilitar a análise foi dividida em três etapas:

- 1) Implantação dos serviços previstos e a necessidade segundo a base populacional.
- 2) Implementação dos princípios da RAPS e da RPA nos documentos oficiais e de referência da gestão para com os trabalhadores.
- 3) Avaliação dos efeitos sobre os índices de internações

5.3.1 A implantação de Serviços da RAPS

Considerando que não basta planejar a implantação da RAPS no município de Mauá, cabe aqui descrever quais ações foram efetivadas pela gestão até maio de 2016.

- Implantou equipe de Consultório de Rua em maio de 2013;
- Implantou o Primeiro Serviço Residencial Terapêutico (STR) do município (destinada aos 8 munícipes de Mauá que estavam em internação prolongada no Hospital Psiquiátrico Lacan) em outubro de 2013;
- Implantou a primeira Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil do município que possui 10 camas (chamada de República Terapêutica Infanto-juvenil) em outubro de 2013;
- Inaugurou nova sede (mais adequada) para o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil em setembro de 2013;
- Adequou e transformou o Centro de Atenção Psicossocial II Primavera no primeiro CAPS Adulto III 24 horas, com 8 leitos para internação do município, com nova sede, em outubro de 2013;
- Adequou e transformou o Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e outras Drogas no primeiro CAPS AD III 24 horas, com 8 leitos para internação do município, com nova sede, em outubro de 2013;

- Iniciou a qualificação do cuidado nos 16 leitos de Saúde Mental no Hospital Clínicas Radamés Nardini, em julho de 2013;
- Iniciou a qualificação no Pronto Socorro Psiquiátrico do Hospital de Clínicas Radamés Nardini, em julho de 2013;
- Descentralizou a saúde mental de um grande ambulatório para todas as 23 UBS do município, em abril de 2013;
- Estabeleceu fluxo de urgência em saúde mental com a Rede de Urgência e Emergência (UPA, SAMU e P.S. do Hospital Geral), em abril de 2013;
- Implantou política de Educação Permanente em Saúde incluindo Saúde Mental para todos os trabalhadores da Rede de Saúde do município e iniciou especialização em saúde mental para profissionais da saúde de Mauá, em abril de 2013;
- Aderiu ao Plano Crack é Possível Vencer, em março de 2013;
- Garantiu a realização de visitas domiciliares com veículo oficial, em abril de 2013;
- Aprovou junto ao Ministério da Saúde o programa de Residência Médica em Psiquiatria com quatro vagas a ser realizado na RAPS de Mauá;
- Aprovou junto ao Ministério da Saúde projeto de construção de sedes próprias para 5 CAPS III;
- Implantou a segunda Residência Terapêutica Tipo II em outubro de 2015;
- Implantou o programa de Residência Médica em Psiquiatria com 4 vagas a ser realizada na RAPS de Mauá (2014);
- Unificou e ampliou o número de leitos de Enfermaria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de 16 para 21 em março de 2016.

Cabe apresentar que o município não cumpriu o planejado para a implantação de todas as ações. As ações previstas e não efetivadas são:

1. A implantação do 2º CAPS III Adulto;
2. A implantação do 2º CAPS III AD;
3. A qualificação de CAPS II infanto-juvenil para CAPS III infanto-juvenil;
4. A implantação de duas Unidades de Acolhimento Transitório Adulto;

5. A implantação de 5 CECCOS;
6. A conclusão da Construção dos 5 CAPS.

A justificativa da gestão para a não implantação dos 5 primeiros itens é financeira. Devido à queda da arrecadação municipal e a previsão de possível fim do financiamento mensal por parte do governo federal levaram a não implantação dos serviços.

Quanto ao item 6 a justificativa oficial é a demora na aprovação do projeto arquitetônico da construção dos 5 CAPS pelas instâncias da Caixa Econômica Federal. Em maio de 2013, três sedes estavam em período de licitação para o início das obras.

A não implantação desses serviços provavelmente causou prejuízos ao cuidado ofertado aos munícipes de Mauá, provocando sobrecarga aos trabalhadores, uma vez, que um serviço (CAPS III) previsto para um território de 150.000 habitantes, oferta cobertura para uma cidade de 450.000 habitantes. Ademais, possivelmente, também causaram prejuízo a não implantação dos Centros de Convivência e Cooperativa que são serviços intersetoriais que não têm similar no município, assim como as Unidades de Acolhimento Transitório Adulto (em Mauá Repúblicas Terapêuticas Adulto) que também não foram implantadas.

Considerando a base populacional prevista para os serviços da RAPS, será admissível apenas a verificação da adequação dos CAPS III AD e CAPS III Adulto, pois os parâmetros populacionais para os demais serviços são vagos ou inexistentes, à exceção do Cento de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS II ij) e do Consultório de Rua (CdR):

- O CAPS II ij: possui parâmetro similar aos demais CAPS, porém, este parâmetro já se mostrou inadequado para descrever a cobertura de um serviço para crianças e adolescentes. Segundo a gestão municipal existe um déficit e há a necessidade de sua adequação para CAPS III ij. Esta modalidade atualmente não é prevista pela Política Nacional e ultimamente fomenta discussões sobre a efetividade de um serviço 24 horas para Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico;

- O Consultório de Rua possui parâmetro próprio que é calculado com base em estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para a população em situação de rua em municípios de Grande Porte. Segundo esses critérios a existência de 1 equipe de CdR no município em questão garante a cobertura adequada. Opinião controversa em relação à posição da gestão que avalia ser necessária mais uma equipe devido à grande vulnerabilidade da população em questão.

Com relação aos CAPS III Adulto e CAPS III AD, segundo o Ministério da Saúde, esses serviços ofertariam uma boa cobertura para territórios de 150.000 habitantes. Já na previsão de implantação foram previstos apenas dois serviços de cada tipo para o município o que ocasionaria uma cobertura de dois terços da população total do município.

Segundo a portaria ministerial 336 de 2002, “equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia [...]”. Devemos considerar aqui que o quantitativo de profissionais das equipes, dos dois CAPS em questão, estão um pouco acima da equipe mínima prevista, porém a população referenciada (450.000 habitantes) pelos serviços é 4 vezes superior a prevista para cada serviço:

Quadro 7: Quantitativo de profissionais do CAPS

III Adulto, por função.

Quant.	Função
3	ASSISTENTE SOCIAL 30 HORAS
2	AUXILIAR DE APOIO ADMINISTRATIVO 40 HORAS
17	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 40 HORAS
2	AUXILIAR DE FARMACIA 40 HORAS
6	ENFERMEIRO 40 HORAS
1	FARMACEUTICO 40 HORAS
4	MÉDICO PSQUIATRA 20 HORAS
2	MONITOR DE OFICINA TERAPÊUTICA - ENSINO MÉDIO 40 HORAS
1	NUTRICIONISTA 40 * HORAS
6	PSICOLOGO 30/40 HORAS
4	RECEPCIONISTA 40 HORAS
2	TERAPEUTA OCUPACIONAL 30 HORAS
1	GERENTE HORAS
4	Auxiliar de serviços gerais 40 HORAS

*O Profissional nutricionista realiza atividades nos 3 (três) CAPS existentes.

Quadro 8: Quantitativo de profissionais do

CAPS III AD, por função.

Qnt	Função
3	ASSISTENTE SOCIAL 30 HORAS
2	AUXILIAR DE APOIO ADMINISTRATIVO 40 HORAS
17	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 40 HORAS
2	AUXILIAR DE FARMACIA 40 HORAS
6	ENFERMEIRO 40 HORAS
1	FARMACEUTICO 40 HORAS
1	MÉDICO PSQUIATRA 20 HORAS
1	MÉDICO GENERALISTA 20 HORAS
2	MONITOR DE OFICINA TERAPÊUTICA - ENSINO MÉDIO 40 HORAS
6	PSICOLOGO 30/40 HORAS
4	RECEPCIONISTA 40 HORAS
1	TERAPEUTA OCUPACIONAL 30 HORAS
1	GERENTE HORAS
4	Auxiliar de serviços gerais 40 HORAS

Com a sobrecarga das equipes, a tendência é de que elas se concentrem no cuidado dos munícipes já usuários do serviço e que diminuam, por desgaste emocional e físico, ao longo do tempo, as ações entre serviços e intersetoriais.

Destaca-se, também, que nesse período os 16 leitos disponíveis para a internação em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas foram ampliados para 32 leitos para internação (em Hospital Geral e CAPS III), sendo 20 camas em serviços residenciais terapêuticos e 8 camas para o acolhimento transitório de crianças e adolescentes.

5.3.2. A implementação da RAPS e da RPA

A Secretaria de Saúde do município de Mauá pensando no registro e normatização das diretrizes que devem nortear o funcionamento da RAPS iniciou em 2015 a construção do “Caderno de Atenção Psicossocial do Município de Mauá” (Anexo 1). Esse documento não intentava criar novos conceitos ou diretrizes para a implantação da RPA, mas sim indicar quais deles apontavam para o modelo de cuidado adotado pela rede de saúde para a Atenção à Saúde Mental da população da cidade. Assim, lançou-se mão de conceitos já descritos pela literatura existente e utilizados pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, o referido “Caderno” se intitularia “Caderno de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas”. A decisão pela alteração do título já aponta as intenções da gestão, nessa época, para a Atenção à Saúde da população de Mauá. A alteração aponta para o entendimento, pactuado, de que a Atenção Psicossocial não é um modelo que se deva limitar a ofertar assistência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas aos portadores de transtornos psiquiátricos e/ou dependentes de drogas, devendo ser ofertado a toda a população. Considera-se que os serviços e ações ofertariam “cuidado à pessoa que sofre”, aprofundando assim o conceito de “sofrimento psíquico” uma vez que todos estão em sofrimento e dessa forma necessitam de alguma forma de atenção ou cuidado da saúde mental. Assume-se, assim, que a elaboração de tal caderno alteraria não apenas a Atenção em Saúde Mental, Álcool e

outras Drogas, mas também todo o cuidado e funcionamento da Rede de Saúde municipal.

Pensando na mudança de conceito de saúde da gestão, se faz necessária também a descrição do processo de construção do referido caderno. Para tanto, existe a necessidade de descrição da estrutura de deliberação, controle social e gestão participativa construída pela gestão, o que possibilitou a elaboração do “Caderno de Atenção Psicossocial” (Anexo 1).

A gestão da Secretaria de Saúde de Mauá implantou intencionalmente, no ano de 2013, uma estrutura que estimula a gestão participativa e o controle social. O município de Mauá, nos anos de 2013 – 2016 possuía as seguintes instâncias deliberativas de gestão participativa e controle social:

- Conselho Municipal de Saúde;
- Colegiado Pleno: de frequência mensal, onde participavam todos os gerentes de serviços e gestores da secretaria de saúde,
- Colegiado de Gestão: de Frequência semanal, do qual participavam a secretária de saúde, assessores e gestores de núcleo;
- Câmara Técnica: de frequência semanal, da qual participavam o secretário adjunto, as assessoras da secretária de saúde, os gerentes do cuidado de núcleo e os técnicos das áreas que envolviam o tema a ser discutido. Essa instância deliberativa foi incumbida da elaboração dos Cadernos Temáticos incluindo o “Caderno de Atenção Psicossocial”;
- Colegiados de Núcleo: de frequência semanal, dos quais participavam os gestores de núcleo, os gerentes do cuidado de núcleo, os gerentes de educação permanente de núcleo, os gerentes de Saúde Pública, os gerentes de unidade de saúde;
- Colegiado de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: de frequência semanal, do qual participavam o gerente de saúde pública da área (Coordenador da RAPS) e os gerentes de unidade de saúde pública da área. No primeiro semestre de 2016, a Câmara Técnica, a pedido deste colegiado, deliberou a criação do “Colegiado da RAPS”, de frequência mensal, que incluiria representantes dos núcleos de gestão da secretaria de saúde, só sendo implantado até maio de 2016;

- Colegiado de Educação Permanente: de frequência semanal, do qual participavam a gerente de saúde pública da área (Gerente de Educação Permanente), os Gerentes de Educação Permanente dos Núcleos de Gestão e a assessora da Secretária de Saúde;
- Educação Permanente de Território: ocorrendo em cada um dos 5 territórios da saúde do município, constituindo-se de encontros mensais de todos os gerentes, gestores e representantes trabalhadores de todas as áreas, divididos por territórios;
- Colegiado Gestor de Serviço de Saúde: ocorrendo em cada um dos Serviços de Saúde, de frequência mensal, do qual participam dois representantes eleitos dos usuários ou familiares do serviço, um representante eleito dos trabalhadores do serviço, o gerente do serviço e seus respectivos suplentes;
- Reuniões gerais de equipe de serviço: de frequência semanal, das quais participavam o respectivo Gerente de unidade de saúde pública e os trabalhadores do serviço. As Unidades Básicas de Saúde com equipes de Estratégia de Saúde da Família possuíam reuniões gerais divididas por equipe;
- Reuniões de Matriciamento: encontros que ocorriam a cada cinco semanas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), envolvendo as equipes de referência das UBS, Representantes da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, com representantes do território dos CAPS e do CdR, tendo como intuito a discussão, pactuação e construção de processos de matriciamento;
- Rede Rua: Frequência mensal. Reunião de representantes dos trabalhadores e gerentes dos serviços que mais frequentemente ofertam atenção às pessoas em situação de rua. Esta Reunião envolvia serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Possuía o intuito de discutir casos emblemáticos e a formação de relações de rede.

Especificamente na área especializada de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foram criados, à época, outras instâncias de deliberação e participação na gestão, que se intentava incluir em todos os serviços:

- Assembleia Geral: frequência mensal, com participação de usuários, familiares, trabalhadores e gerente de cada serviço;

- Reunião de miniequipe de território: de frequência semanal, com participação dos trabalhadores de referência de cada território do serviço;
- Reunião de passagem de plantão: frequência diária, com participação dos trabalhadores do serviço;
- Comissão Gestora: frequência de reunião semanal. Composta do gerente do serviço e 3 (três) trabalhadores. Possuía o intuito de gerar maior participação e colaboração dos trabalhadores na gestão dos serviços. Até maio de 2016 estava implantada apenas no CAPS III Adulto e no CAPS II ij.

5.3.2.1 A Elaboração do Caderno de Atenção Psicossocial

A transformação do conceito de saúde e saúde mental, por parte da gestão, passa não apenas pela avaliação dos documentos elaborados por ela. Mas também deve se verificar a forma com que esses documentos são elaborados e os termos utilizados. No caso do Caderno de Atenção Psicossocial, a opção dos termos utilizados no título já reflete as concepções propostas pela gestão. Cabe lembrar que a presente pesquisa tinha um prazo específico, de janeiro de 2013 a maio de 2016, data final, quando o referido caderno não estava concluído.

Inicialmente, o referido Caderno seria intitulado “Caderno de Saúde Mental”. Segundo a gestão, a mudança não envolve apenas uma visão estética ou acomodação aos termos utilizados pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. A alteração buscou abranger o cuidado ofertado a toda a população, pensando assim na mudança de postura e de paradigma em toda a Rede de Saúde e não apenas no cuidado dos usuários de Serviços de Saúde mental, Álcool e outras Drogas.

Na versão da gestão, ela optou pela elaboração do referido caderno, buscando a participação de diversas instâncias da gestão e dos trabalhadores no processo. Para garantir a participação das diversas áreas da Secretaria, a coordenação do processo ficou sobre a responsabilidade da Câmara Técnica (já mencionada anteriormente).

A 1ª. fase do processo buscou entender (através de sua estrutura de participação) o que as diversas áreas e serviços ligados à Secretaria de Saúde

entendiam como “Atenção Psicossocial”, “Saúde Mental” e alguns conceitos, a saber:

- Acolhimento;
- Problemas de saúde mental;
- Tratamento em saúde mental;
- Redução de Danos;
- Internação;
- Inclusão.

Na 2ª fase, a Coordenação de Saúde Mental apresentou os conceitos de Atenção Psicossocial, Redução de Danos, Tratamento em Liberdade, Saúde Mental, Sofrimento Psíquico, Inclusão e Acolhimento que seriam utilizados para a elaboração do caderno. Iniciando um ciclo de discussões com as áreas e serviços, a respeito desses conceitos e de como eles se aplicariam em cada área.

Para a 3ª fase, foram levantados, nas áreas e serviços e, posteriormente, compilados pela coordenação de saúde mental, os conceitos e técnicas que deveriam constar no caderno, além dos já listados. Sendo eles:

- A. Cuidado interdisciplinar e transdisciplinar;
- B. Desmedicalização;
- C. Porta Aberta;
- D. Ambiência;
- E. Projeto Terapêutico Singular – PTS;
- F. Clínica Ampliada;
- G. Classificação de Risco e Vulnerabilidade em Saúde Mental, álcool e outras drogas;
- H. Internação e hospitalidade noturna.

Na 4ª fase, os serviços e as áreas deveriam discutir os conceitos e propor de que forma os mesmos aplicavam esses conceitos na prática. Posteriormente, como seria possível adequar as ações dos serviços e da rede para a aplicação das diretrizes apresentadas. Novamente, a Coordenação de

Saúde Mental incumbiu-se de compilar as informações e apresentar proposta para a Câmara Técnica.

No mês de maio de 2016, a construção do caderno encontrava-se em sua penúltima fase, quando as áreas e seus serviços deveriam elaborar proposta para a aplicação na Rede de Saúde, dos conceitos e diretrizes aprovadas pela Câmara Técnica. A Coordenação de Saúde mental organizaria as contribuições em um único texto e apresentaria a proposta para as instâncias colegiadas, já anteriormente descritas, para aprovação e correções.

Observa-se nesse processo que ele se torna mais importante do que o próprio caderno, no qual se planeja como um processo transformador. Colocando como proposta de construção a participação de equipe técnica e de gestão, obtém-se oportunidade única de discussão e transformação coletiva. Porém, cabe destacar que não foram envolvidos os usuários dos serviços nessas discussões. E por necessidade de conclusão do trabalho, sem a certeza de continuidade do trabalho, posteriormente às novas eleições, a gestão buscava a conclusão da redação do Caderno sem a conclusão do processo.

O Caderno de Atenção Psicossocial buscou descrever o desejo de transformação dos trabalhadores e gestores da saúde do município de Mauá, não tentando em criar novos conceitos e /ou diretrizes novas. Portanto o caderno conta com textos próprios e textos retirados de políticas públicas já descritas, sejam pelo Ministério da Saúde ou por outros municípios.

Abaixo serão apresentados os trechos dos textos desenvolvidos para o Caderno de Atenção Psicossocial de Mauá. Salienta-se que estão transcritos literalmente do original da gestão e que diversos trechos não foram criados especialmente para os Cadernos, mas foram considerados os mais adequados para atingir o desejo de transformação apresentado pelas equipes e pela gestão.

A. Cuidado interdisciplinar e transdisciplinar

A interdisciplinaridade busca integrar diferentes disciplinas, compreendidas como campos específicos do conhecimento (FERIOTTI, 2009), possibilitando a busca de uma visão integral do sujeito. Colocando também a necessidade de uma relação horizontal entre as diversas disciplinas. Pensar integralmente no sujeito sem hierarquia entre as disciplinas, não inviabiliza que nos momentos que forem necessários, sejam concentrados os esforços e planejamentos do Projeto Terapêutico Singular em uma disciplina ou área conforme a necessidade do usuário. O cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas deve buscar a expansão dos horizontes e das relações do sujeito com a sociedade em diversos aspectos complexos, o que só é possível com a transdisciplinaridade.

A transdisciplinaridade procura a integração do conhecimento científico a outros modos de produção de conhecimentos construídos historicamente pela humanidade, buscando um diálogo rigoroso não apenas entre ciências exatas e humanas, mas também entre ciência, arte, cultura, tradição, religião, experiência interior e pensamento simbólico (FERIOTTI, 2009). Contrária à neutralidade e objetividade da ciência tradicional, a transdisciplinaridade reconhece a importância da subjetividade humana na produção do conhecimento (FERIOTTI, 2009). Assim o prefixo 'trans' indica que está ao mesmo tempo entre, através e além de toda disciplina (FERIOTTI, 2009).

Nesse trecho do documento é apresentada a definição de transdisciplinaridade, conceito considerado complexo, avançado e de difícil implantação prática nas Redes de Cuidado. A dificuldade apresentada é devida, em parte, à formação medicalizante e dividida em disciplinas especializadas, o que dificulta o desenvolvimento da visão integral de ser humano. Esse conceito é relacionado, no texto, diretamente a outros conceitos e técnicas preconizados pela RPA e a RAPS:

- **Relações Horizontais:** como descrito anteriormente, este conceito faz parte das mudanças de paradigmas preconizados por parte do Modelo de Atenção Psicossocial e pela RPA. Depondo a favor de relações intra e interinstitucionais sem hierarquias, entre profissionais, entre serviços, entre profissionais e população assistida e entre serviços e comunidade;
- **Projetos Terapêuticos Singulares:** expõe a intencionalidade de trabalhar de maneira individualizada o sofrimento psíquico de indivíduos e comunidades, sem uso de protocolos fechados ou programas de tratamento.

B. Desmedicalização

A simples descrição do conceito de Desmedicalização em um texto oficial da política municipal de saúde demonstra o alinhamento dos conceitos e diretrizes da referida Política com os da RAPS e da RPA, pois elas buscam descentralizar o cuidado do especialista, ofertando um cuidado comunitário, interdisciplinar, transdisciplinar e coletivo a quem sofre.

O texto apresentado pelo município para a definição do conceito de Desmedicalização segue abaixo:

A desmedicalização aqui será entendida como um conjunto de ações que visa retirar a centralidade do cuidado biologicista e medicalizador. Dessa forma é necessária a utilização racional de medicamentos e das ciências biológicas, integrando ações de outras disciplinas (inter e transdisciplinaridade).

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades.

A definição do conceito apresentado indica o caminho do enfrentamento da centralidade médica, biológica e da subsequente utilização de fármacos de maneira desnecessária. Desta forma, também são apresentadas as relações entre as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas e o sofrimento psíquico.

Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e consequentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Muitas vezes, famílias, profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm “problemas”, são “disfuncionais”, “não se adaptam”, são “doentes” e são, até mesmo, judicializadas.

A aprendizagem e os modos de ser e agir – campos de grande complexidade e diversidade – têm sido alvos preferenciais da medicalização. Cabe destacar que, historicamente, é a partir de insatisfações e questionamentos que se constituem possibilidades de mudança nas formas de ordenação social e de superação de preconceitos e desigualdades.

O estigma da “doença” faz uma segunda exclusão dos já excluídos – social, afetiva, educacionalmente – protegido por discursos de inclusão.

A medicalização, assim, tem cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”.

Nesse trecho, o documento aponta as mazelas geradas por políticas de saúde mental que buscam a culpabilização do sujeito e a desresponsabilização do Estado sobre as moléstias que acometem a população, principalmente aquelas que não existiriam se ele cumprisse seu papel Social de proteção e cuidado para com sua população.

C. Redução de Danos

O conceito de Redução de Danos vem se tornando central para a distinção de uma “Política de Cuidado em Saúde para a população em Sofrimento Psíquico por problemas relacionados ao abuso de Álcool e outras Drogas” e uma “política de combate às drogas e culpabilização do usuário”. O contexto atual de propostas que buscam a penalização de usuários de drogas, por parte do congresso nacional, e a implantação de serviços que remontam e reestruturam práticas condizentes com os Manicômios (como o caso das Comunidades Terapêuticas) reforçam a necessidade de aplicação do conceito de Redução de Danos e apontam que as gestões que o implantarem em sua rede buscam realmente avanços no cuidado de sua população.

Dessa forma, o município de Mauá estabeleceu que o texto abaixo definiria sua visão do conceito de Redução de Danos:

O Ministério da Saúde estabelece a Redução de Danos como diretriz estratégica e transversal ao SUS, principalmente da RAPS, compondo os diversos olhares que permeiam desde os atendimentos na Estratégia Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios especializados, Rede de Urgência e Emergência, Rede Hospitalar, entre outros serviços da rede pública de saúde.

O município de Mauá adota as recomendações do Ministério da Saúde em relação às ações de Redução de Danos (Portaria nº 1.028, de 01/07/2005) e na Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003).

Atuar na lógica da Redução de Danos é buscar a melhora da qualidade de vida das pessoas que fazem uso de drogas, sejam essas legais ou ilegais. Não cabe ao profissional de saúde julgar, condenar ou reproduzir preconceitos, mas sim cuidar de vidas humanas e de suas múltiplas expressões, respeitando as escolhas que são feitas por sujeitos de direitos respeitando as liberdades individuais, reconhecendo que é possível buscar a melhora da qualidade de vida dos usuários de drogas respeitando seus limites e possibilidades, independentemente de seu desejo pela abstinência ou diminuição do consumo de substâncias.

Assim, há uma gama de conhecimentos construídos e em construção, que podem ser úteis para a diversidade de situações que a rede de saúde entra em contato, podendo contribuir no desenvolvimento de autocuidado, na construção de referências para apoio e suporte de usuários de drogas.

O leque é amplo, tendo a rede potência para disseminar conhecimentos e distribuir insumos que diminuam riscos de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), como hepatites virais e HIV, bem como minimizar danos recorrentes do uso de substâncias psicoativas e vulnerabilidades de usuários.

A atuação dos serviços de saúde com flexibilidade pode contribuir muito para o acesso dessas pessoas, manutenção do cuidado e vínculo, estimulando assim o protagonismo e autonomia de pessoas com uso problemático de drogas.

Cabe destacar que o texto não faz menção direta ao fato de que a Redução de Danos aplica em seu cuidado a técnica de pactuação de PTS de baixa exigência, buscando a vinculação e evolução do cuidado de forma gradual. Porém, o mesmo texto dá indícios do fato, ao explicar que não exigirá diminuição ou parada do uso de drogas por parte do cidadão. Aplica-se, no texto, um conceito técnico do ministério da saúde voltado à prevenção de doenças, agravos e diminuição das vulnerabilidades. Dessa forma, avança no preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental e da RAPS, porém, na RPA o avanço torna-se mais tímido ao se basear em conceito técnico de uma área (Saúde).

Destaca-se que parte do texto apresenta os mesmos pontos apresentados pela RAPS e pela RPA na definição de acolhimento, (Não cabe ao profissional de saúde julgar, condenar ou reproduzir preconceitos, e que precisamos cuidar de vidas humanas e de suas múltiplas expressões, respeitando as escolhas que são feitas por sujeitos de direitos, respeitando as liberdades individuais, reconhecendo que é possível buscar a melhora da qualidade de vida dos usuários) podendo por correlação dizer que a Redução de Danos na Saúde torna-se, em parte, uma aplicação prática do conceito amplo de Acolhimento.

C. Porta Aberta

O conceito “Porta Aberta” é intrínseco à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e à Reforma Sanitária Brasileira, porém ainda é um dos conceitos que é objeto de grande resistência e desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e das gestões. Somente sua real aplicação possibilita a ampliação da aplicação dos conceitos de Acolhimento, Redução de Danos, Horizontalização, Autonomia, e a ampliação do acesso, dentre outros.

A definição do conceito de Porta Aberta a ser utilizado pelo município de Mauá foi controversa e de difícil pactuação, pois anteriormente era entendimento que ele só se aplicaria aos Centros de Atenção Psicossocial ou a outros serviços especializados da área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Definiu-se o texto abaixo, como melhor forma de expressar o conceito e o desejo de implantação em Mauá:

A construção de uma estratégia de cuidado à saúde, que contemple a desinstitucionalização dos sujeitos, implica na superação das instituições para uma lógica de produção de saúde mental comunitária.

Na perspectiva da desinstitucionalização, “Porta Aberta” é uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial (ROTELLI, 1987; 1999). Para Rotelli (1991), a porta aberta, concretamente construída no processo de superação da instituição asilar, é difícil de ser codificada, apresenta diversos significados, e refere-se às formas de conhecer e interagir, à relação com a demanda e à validação das pessoas e de seus direitos, à construção do repertório da equipe e estilo de trabalho, e à organização do serviço. (ROTELLI et al., 1990, in Nicácio et al, 2005). A legitimação das pessoas, como sujeitos de direitos, dita o tom do repertório de trabalho que os serviços devem ofertar diante do coletivo. É necessário atentar-se às formas de apreender as demandas, organizar os serviços em prol dos projetos terapêuticos, construindo democraticamente com a população atendida o formato e as diretrizes priorizadas no processo de retomada da cidadania.

Para isso, é necessário agir na radicalidade do que se considera exterminar as formas de institucionalização do sofrimento humano, propiciando a porta aberta nos serviços de saúde. Garantir que os serviços estejam preparados a acolher o sofrimento do sujeito no momento que este lhe é apresentado, viabilizando a transformação de fluxos e procedimentos rígidos/institucionalizados a fim de garantir o cuidado.

Faz parte da escolha do sujeito buscar o serviço mais acessível ou que possui maior vínculo. Nesse sentido, para além de um serviço que funcione 24 horas, que esteja próximo à residência do sujeito ou que seja um serviço especializado em Saúde Mental, é necessário que as equipes de saúde superem seus padrões e preconceitos no acolhimento às demandas.

O texto apresentado faz referência ao real objetivo do “Porta Aberta” que é o de ampliar o acesso da população, investindo em sua autonomia, no acolhimento e na desinstitucionalização. Dessa forma, apresenta um enfrentamento a ser realizado, que é o da especialização dos serviços, de maneira a impedir seus trabalhadores de vislumbrarem e/ou ofertarem o cuidado em Rede de demandas reais da população, pois o indivíduo ou comunidade tentou acessar a Rede em um ponto errado para a referida demanda.

D. Ambiência

O município utilizou o conceito indicado pela “Política Nacional de Humanização” para definir o conceito de Ambiência:

Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos cogeridos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho.

Essa compreensão de ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização é norteadada por três eixos principais:

1. O espaço que visa a confortabilidade;
2. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e cuidado;
3. A ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos.

Confortabilidade

[...]

Espaço como facilitador do processo de trabalho

[...]

Espaço de encontros entre os sujeitos

[...]

Ambiência e inclusão

[...]

Fazendo a escolha de utilização completa da definição de Ambiência da Política Nacional de Humanização, o município possibilitou a utilização de técnicas e conceitos preconizados tanto pela RAPS quanto pela RPA, possibilitando a construção em conjunto com a comunidade de espaços de

cuidado, encontro e participação social em locais planejados e gestados em parceria com a comunidade local, ou seja, que buscam atender suas demandas singulares e coletivas.

E. Projeto Terapêutico Singular - PTS

O Projeto Terapêutico Singular possui como efeitos e objetivos:

- A participação do sujeito ou comunidade na elaboração e andamento do projeto de cuidado;
- Investimento na autonomia do sujeito ou comunidade;
- Horizontalização das Relações intra e interinstitucionais e dessas com a comunidade;
- Desmedicalização do cuidado;
- Personalização do cuidado (individual e coletivo) em oposição a protocolos e projetos de tratamento de doenças que culpabilizam a sociedade e seus indivíduos.

Dessa forma, a aplicação correta desta Técnica/Conceito é central para a implantação satisfatória de uma RAPS e da RPA em um município. Por sua vez, a gestão de Mauá optou por utilizar a definição abaixo de PTS para nortear seu cuidado em toda a Rede de Saúde:

O Projeto Terapêutico Singular, que é definido pelo Ministério da Saúde (2009) como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, sendo uma variação da discussão de “caso clínico”. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o usuário com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

Esse dispositivo permite aos profissionais entenderem o quanto os diversos determinantes de saúde influenciam na vida do usuário. Ao se permitir escutar a história de vida do usuário, a história de sua doença, realizar essas associações, poder discutir de maneira multidisciplinar, há uma garantia de melhores resultados, de um prognóstico mais positivo no cuidado da saúde do usuário.

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas.

Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia (MS, 2009).

Nota-se que ao optar pela definição apresentada pelo Ministério da Saúde, o município atendeu os requisitos apresentados na RAPS e na RPA. E evita a criação de protocolos ou modelos de PTS a serem seguidos, o que provocaria a médio e longo prazo o engessamento do cuidado ofertado. Da mesma forma, ao simplesmente utilizar o conceito do Ministério da Saúde, perde a oportunidade de construção consensual e pactuada de Técnica/Conceito que é importante e central para a execução do modelo proposto.

F. Clínica Ampliada:

Cabe destacar que a definição de Clínica Ampliada foi demanda das equipes de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, atendida pela gestão que considerava que o referido conceito já estava contemplado nos demais conceitos do caderno, tornando-se desnecessária sua definição.

Porém, atendendo as demandas apresentadas definiu-se o texto abaixo como o que melhor definia Clínica Ampliada:

Para favorecer esses princípios, o trabalho se arranjará a partir dos conceitos da Clínica Ampliada, a qual provoca os profissionais a ir além da queixa e conduta, do mesmo modo, no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada. (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional. (BRASIL, 2009).

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. Do mesmo modo, no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a

comunidade de forma conjunta, participativa e negociada. (BRASIL, 2009).

A definição de Clínica Ampliada apresentada aqui vai ao encontro dos demais conceitos e diretrizes apresentados no caderno, buscando a desmedicalização, horizontalização das relações, a aplicação da trans e interdisciplinaridade e reconhece, ao mesmo tempo, o protagonismo da comunidade e do usuário do serviço. Além de introduzir como diretriz o trabalho em Rede, buscando o rompimento da relação “queixa-conduta” e buscando o cuidado integral à saúde.

G. Classificação de Risco e Vulnerabilidade em Saúde Mental, álcool e outras drogas.

O Caderno de Atenção Psicossocial de Mauá discorre longamente sobre esse item, definindo o que se considera Vulnerabilidade e sua relação com a garantia de acesso, equidade e condutas iatrogênicas:

Vulnerabilidade pode ser compreendida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e também como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos e contextuais, que estão relacionados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, ao mesmo tempo, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. Sendo assim, as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional (AYRES et al. 2003).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogênicas devido a não observação das diferentes necessidades.

No mesmo texto é apresentada a importância da Classificação de Risco (CR) para os serviços de Urgência e Emergência (UE) e Hospitais Gerais (HG) e sua diferenciação no ponto em questão dos Serviços de Saúde mental, Álcool e outras Drogas. Destacando a importância do conceito de Vulnerabilidade na CR.

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientam não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na maioria dos serviços da RAPS, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado, sendo a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades úteis nesse sentido.

Mas não basta atentar-se apenas para o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado – **pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde.**

Em alguns casos, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso, é importante que a(s) equipe(s) discuta(m), que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento e o acolhimento das situações de vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

Destaca-se também nesse Caderno, a necessidade de protocolos de CR para a UE e HG e descrevem-se as necessidades de adaptações desses protocolos para melhor compreensão do cuidado necessário e a ampliação do diálogo e trocas de informações com outros serviços da Rede para garantia do cuidado integral e a manutenção da vida.

De forma geral, os protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, o que, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte, como, por exemplo, a crise anafilática.

Estes protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata de serviços da RAPS. A natureza da RAPS – na qual os princípios de vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais – exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e sobre vulnerabilidades. Destacamos algumas questões concretas que diferenciam a RAPS dos outros pontos em relação ao uso de protocolos de estratificação de risco:

A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia,

agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.

Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção (ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus, dispneia leve e com dificuldade de acompanhar a escola, pode receber os primeiros cuidados pelo enfermeiro antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente) e ainda ter sua continuidade de cuidado garantida para verificação da dificuldade escolar em momento posterior.

Ainda, há situações não previstas, como um dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento posterior. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente às necessidades e pode aumentar a vinculação.

Abordando a questão foi reforçada a necessidade de investimento no protagonismo do usuário da Rede mesmo ao acessar serviços de EU ou HG e a contribuição que essa nova atitude pode gerar para o autocuidado e a significação do adoecer.

Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é, não só uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia, mas também ouvir o entendimento que aquele usuário possui sobre o próprio corpo e seu sofrimento, imprescindível para uma avaliação que leva em consideração a totalidade do mesmo. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado e para uma avaliação integral assim como para a solidariedade entre os usuários.

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais e sociais).

Ao atentar para eventuais descasos com queixas de Usuários de Serviços de Saúde Mental, destaca-se a correlação de sintomas considerados psiquiátricos com problemas orgânicos. E ao mesmo tempo demonstra que queixas consideradas orgânicas podem refletir demandas sociais como no caso de violência doméstica.

Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida. Um usuário agitado que agora se mostra apático desproporcionalmente ao sintoma que se refere, ou uma pessoa com cefaleia frequente que esconde um caso de violência domiciliar são exemplos do que um olhar atento e acolhedor pode captar.

Enfim, ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (p. ex., percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), se é um problema de magnitude no território, etc.

As situações de risco e vulnerabilidade estão entre aquelas que mais exigem esforço da equipe para a percepção oportuna do problema e a tomada de decisão.

Muitas vezes, a queixa do(a) usuário(a) não está expressa claramente, ou é mascarada por sintomas somáticos, e somente será revelada por meio de escuta atenta, que seja feita por qualquer um dos profissionais da equipe. Pode tomar um tempo maior para que se avalie a CONFIGURAÇÃO PSICOSSOCIAL, mas é preciso que os profissionais estejam preparados para dispensar esta atenção, evitando um constante adiamento em trazer à tona o tema do sofrimento psíquico.

Existe uma tendência a subvalorizar estas queixas em relação aos riscos expressamente biológicos. Ainda, podem compor o quadro, atitudes inadequadas ou de agressividade, gerando rechaço por parte dos profissionais. Contudo, além de gerar um grande sofrimento ao indivíduo, os problemas de saúde mental podem sim estar relacionados a grandes riscos, inclusive de vida. É preciso um constante exercício de autoavaliação dos profissionais para evitar enquadrar esses usuários em estereótipos, lembrando sempre que esses se encontram em situação de fragilidade e necessitam de cuidados, porém também devem ser responsabilizados pelo seu próprio cuidado participando das decisões e pactuações.

No mesmo documento são apontadas quais ações e em qual serviço cada ação deve ser oferecida e quais aspectos devem ser considerados para disparar qualquer ação:

- Inserção social, comunitária e familiar;
- O aumento da autonomia e do poder de contratualidade;
- A Reabilitação Psicossocial.

Na construção das ações de curto, médio e longo prazo do Projeto Terapêutico Singular, devem ser utilizados os seguintes dispositivos:

- a) Terapêuticos: consultas médicas, farmacoterapia, propostas de atendimentos individuais e/ou grupais com propósito terapêutico, oficinas terapêuticas, articulação com serviços de saúde territoriais, internação em Hospital Geral ou acolhimento noturno no CAPS III, etc;
- b) Sociabilidade: atividades de lazer, espaços de convivência, atividades junto à comunidade, etc;
- c) Atenção às famílias: orientações, assembleias, reunião de famílias, associação de familiares, etc.;
- d) Reabilitação: garantia de direitos sociais e civis, inserção no trabalho, apoio à criação de cooperativas de trabalho, incentivo à autonomia, escolarização e profissionalização.

Apenas após toda a definição de suas implicações, e destacando que anterior a qualquer procedimento na EU e HG ocorra a aplicação da CR tradicional, buscando a preservação da vida, são apresentados os critérios a

serem utilizados na CR pela totalidade dos Serviços da Rede de Saúde do Município:

Visando uma classificação de risco e vulnerabilidade em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas devem-se observar os seguintes aspectos:

1. Dados clínicos:
  - Diagnósticos clínicos (intoxicação, síndrome de abstinência, doenças cardiovasculares, etc.) e de Saúde Mental (Está em crise e apresenta comportamentos importantes de auto/heteroagressividade?).
  - Data e medicações da última prescrição clínica e psiquiátrica
  - Internações concomitantes e anteriores
  - Quem/que serviço de saúde acompanha o usuário?
  - Possui deficiências físicas associadas (uso de óculos, próteses, órteses, aparelho auditivo)?
  - Vítima de violência?
2. Possibilidades de trocas sociais e materiais:
  - Escolaridade/letramento (entende os números, sabe lidar com dinheiro?).
  - Ocupação principal
  - Situação laborativa atual
  - Renda
  - Possibilidades de moradia atuais
  - Dados de internações (data de admissão, motivo da permanência, internações anteriores e duração, como chegou à instituição)
3. Possibilidades de trocas afetivas:
  - Relação com a família
  - Vida social e afetiva (com quem o usuário conta? Recebeu visitas durante internações ou acolhimentos integrais?).
  - Como passa o dia no serviço?
  - Situação conjugal
  - Exerce alguma atividade no território?
4. Situação jurídica (em processo judicial, interditado, medida de segurança, curatela, privado de liberdade).
5. Aspectos da subjetividade:
  - Autoimagem (Como percebe a si mesmo? Qual relação com o autocuidado?).
  - Projetualidade (como é a articulação do seu projeto de vida no mundo? Tem projetos de futuro?).
    - i. O que gosta/gostaria de fazer, lugares que frequenta e frequentava na cidade?
    - ii. Onde e com quem gostaria de morar?
    - iii. Gostaria de frequentar escola/faculdade/curso profissionalizante ou outros?
  - Autonomia (Qual seu poder de escolha/decisão frente às coisas e relações significativas para o cotidiano de sua vida? De quais/quantas relações/coisas depende?).
  - Independência (grau de dependência física relativa à realização das ações do dia-a-dia; capacidade de comunicação, locomoção, alimentação).

A Classificação de Risco e Vulnerabilidade apresentada, como todo recurso Técnico, não é capaz de abranger todos os pontos de uma vida. Porém, é instrumento que força a gestão e trabalhadores da Rede de Saúde a observarem características importantes para o estabelecimento do cuidado em saúde de um indivíduo.

H. Internação e hospitalidade noturna

A internação em Hospital Geral e a hospitalidade noturna dos CAPS são recursos válidos para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, por problemas relacionados à saúde mental, pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, desde que indicada por equipe multidisciplinar. Essas ações devem ocorrer em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste item a Gestão propôs a descrição e regulação do modelo da internação em HG e a hospitalidade noturna dos CAPS.

Estes recursos deverão ser de curta duração (máximo de 14 dias) e se destinarão aos momentos de crise e/ou urgências para o cuidado, não sendo permitida a utilização de leitos de serviços manicomiais, asilares ou que de qualquer forma possibilitem a exclusão social, cronificação ou violação dos direitos humanos, da pessoa com deficiência, dos usuários de serviços de saúde mental, etc.

A internação por problemas relacionados à Saúde Mental, Álcool e/ou outras Drogas seguirá o disposto na Lei nº 10.216/2001 e no Decreto Presidencial nº 6.949/2009. Sendo que:

- I. Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário e relatório circunstanciado de equipe interdisciplinar;
- II. Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e relatório circunstanciado de equipe interdisciplinar;
- III. Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça para os casos de pessoas com problemas relacionados à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em conflito com a lei que foi considerada inimputável ou semi-imputável conforme o código penal.

A gestão neste texto define claramente que possui como diretriz a não utilização de leitos considerados Manicomiais. E, ao definir os tipos de internações possíveis, extrapola a legislação e imputa não apenas ao médico e à equipe interdisciplinar a responsabilidade de elaboração de relatório que justifique a internação.

Na modalidade de internação compulsória deixa claro o entendimento da Gestão sobre qual a definição que utilizará, retirando assim a possibilidade de utilização desta modalidade como substituição da internação involuntária e a sobreposição do poder judiciário à oferta do melhor cuidado ao usuário.

Hospitalidade noturna

A ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS, como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e visa o manejo de situações de crise motivadas por sofrimento psíquico. Incluem-se, ainda, aqueles por uso de álcool e outras drogas que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Internação em Hospital Geral

Os leitos de Saúde Mental no Hospital de Clínicas Radamés Nardini serão utilizados para a atenção às pessoas com sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferecendo tratamento hospitalar para casos graves por meio de internações de curta duração. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. O cuidado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Singular desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

Considerando a definição de Hospitalidade Noturna em CAPS, destaca-se que o município optou por oferecer esta modalidade a pessoas já vinculadas ao serviço que a ofereça. Cabe destacar que essa definição já é efeito da necessidade de ampliação do número de serviços CAPS existentes no município (como citado em capítulo anterior), tornando-se impossível para os CAPS o acolhimento de toda a demanda para a referida modalidade de cuidado.

Ademais, as duas descrições encontram-se adequadas aos princípios da RPA e da RAPS, buscando a curta permanência e a vinculação da utilização desse recurso ao PTS.

I. Intoxicação e síndrome de abstinência

A Intoxicação e síndrome de abstinência são objetos de disputa no momento que se busca a definição da responsabilidade de oferta de cuidado para a população. Existindo uma distinção na rede de UE entre Intoxicação por venenos ou substâncias tóxicas de maneira acidental, e a Intoxicação e síndrome de abstinência por uso de substância psicoativa intencionalmente (incluindo tentativa de suicídio). A UE possui tendência a considerar esta uma questão psiquiátrica. Definindo de maneira simples o que a gestão considera como intoxicação e síndrome de abstinência, busca-se pôr fim a essa disputa, garantir a preservação da vida e o cuidado integral à saúde.

A intoxicação e a síndrome de abstinência consistem em uma série de efeitos sintomáticos produzidos quando uma substância tóxica é retirada do organismo, ingerida ou entra em contato com a pele, olhos ou membranas mucosas. Esses sintomas podem ser graves e carecem de atenção para a manutenção da vida ou da integridade física do cidadão, portanto deve ser avaliada de forma criteriosa e há necessidade de utilização de serviços da Rede de Urgência e Emergência.

J. Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF

A gestão de Saúde do município de Mauá, assim como a maior parte dos municípios Brasileiros, utiliza a Classificação Internacional de Doenças para a concessão de benefícios ou para garantir o acesso a direitos. Porém, a utilização exclusiva desse critério gera distorções, uma vez que pessoas com um diagnóstico, mas em boa situação social ou econômica recebem benefícios e/ou direitos e munícipes em situação vulnerável e outro diagnóstico não terão direito a benefícios ou aos mesmos direitos.

No Caderno de Atenção Psicossocial, o município de Mauá se propõe a utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidades e a respeitar a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Considerando, assim como na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que:

[...] ‘pessoas com deficiência’ são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Estas, como quaisquer outras, possuem protagonismos, peculiaridades, contradições e singularidades evidenciando, portanto, a deficiência é apenas mais uma característica da condição humana.

O município apresenta no referido Caderno a intencionalidade de utilizar a CIF para todos os munícipes e não apenas para as pessoas com deficiência, demonstrando assim a intencionalidade de Desmedicalização do cuidado.

K. Reabilitação Psicossocial

Considerando que o presente item é introduzido na regulamentação da RAPS e preconizado pela RPA, referindo-se à introdução de capítulo de grande intersectorialidade e transdisciplinaridade em sua definição, a intersecção de ao menos duas áreas (saúde e trabalho) fica evidente. A definição da diretriz qualifica o processo de cuidado proposto pela gestão. E foi escolhido o texto abaixo para executar a função de norteador dessa aplicação no município:

A Reabilitação Psicossocial na RAPS é composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Portaria nº 3.088/2011).

Através da inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas em sofrimento por problemas relacionados à Saúde Mental e/ou ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Essas ações devem articular sistematicamente as redes de saúde e de trabalho e/ou economia solidária, de acordo 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.

A prática de incubação de projetos de geração de trabalho e renda, seguindo as diretrizes do cooperativismo, dentro dos serviços de saúde mental é corriqueiramente encontrada no estado de São Paulo. Isso ocorre porque os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial se aproximam muito dos da Economia Solidária. A autogestão é o formato de organização em torno do trabalho seguido pela Economia Solidária, e, é uma cara prática para os serviços de saúde mental, exercida nas assembleias gerais dos serviços, por exemplo. O exercício das práticas de autogestão deve ser realizado com apreço pelos profissionais de saúde, pois ele envolve a conquista de autonomia e de responsabilização pelo próprio cuidado do usuário.

A atenção psicossocial, em sua totalidade, incluindo as unidades básicas de saúde, o consultório de rua, os CAPS devem estar em parceria com os profissionais da Secretaria Municipal de Trabalho e Renda, pois a prática da geração de trabalho somente é construída através da intersetorialidade na saúde, as competências técnicas de articulação territorial em torno do trabalho são poucas na Saúde, justamente porque seu potencial se mede na construção do cuidado e da equidade entre os pares.

O texto apresenta proposta de Reabilitação Intersetorial em Rede Intersetorial e destaca que o Trabalho e a Geração de Renda são características da área da Secretaria de Trabalho, colocando assim a Saúde como suporte que garante a equidade dos usuários de serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

A economia solidária aqui é apresentada como uma rede independente da área do Trabalho ou mesmo da Saúde, integrando o cuidado como organização autônoma da comunidade apoiada pelo poder público.

L. Cogestão

Nesse tema é apresentada proposta de trabalho já implantada em parte no município, como descrito anteriormente neste mesmo capítulo, porém a gestão apresenta os motivos de sua implantação. Existe a necessidade de reconhecer que, sem a prévia implantação de parte desses mecanismos de Cogestão, seria impossibilitada a implantação da RAPS de maneira satisfatória ou mesmo a construção do Caderno de Atenção Psicossocial da maneira que foi planejada. Apresenta-se então uma problemática para todos os municípios que busquem a implantação da RPA, o que será improvável, se previamente não forem implantados mecanismos de Cogestão e participação popular. Para o município a Cogestão foi planejada e definida da seguinte forma:

O princípio da Cogestão e Gestão Compartilhada deve aparecer como mais um conceito norteador que queremos implantar na Saúde Mental no município. Baseando-se na horizontalidade, na quebra da hegemonia das ações médico centradas e na fragmentação dos saberes, nos quais as práticas ainda ficam isoladas em cada um no seu núcleo de saber, o que acaba por ser pouco eficaz e pouco resolutive.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento

mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

Os espaços prioritários de facilitação e indução da cogestão são:

- Assembleias de serviços realizadas com usuários, trabalhadores e gestores, voltadas para discussão do funcionamento das unidades e das necessidades do território;
- Reuniões de equipes multidisciplinares;
- Reunião de Educação Permanente de Território;
- Colegiados de Núcleos de Gestão;
- Colegiado de Gestão;
- Colegiado da RAPS;
- Colegiado Pleno;
- Reunião geral de Matriciamento entre todos os CER IV, CAPS e CdR: reunião entre os serviços para o planejamento das ações conjuntas nos territórios;
- Reunião da Rede RUA: reunião entre os serviços do SUS e SUAS que ofertam cuidado para pessoas em situação de rua;
- Reuniões de matriciamento: realizadas entre os serviços CER IV, CAPS e UBS de referência para discutir a realidade e as necessidades do microterritório, discussão de casos índices e planejamento do matriciamento;
- Reunião de gerências do território: reunião intersetorial destinada discutir a realidade e necessidades de um território e planejar ações;
- Reunião entre os CAPS e o Hospital Geral;
- Conselho Gestor.

Como já foi explicado, o modelo de Cogestão e participação popular foi apresentado anteriormente, mas cabe destacar o caráter de enfrentamento da medicalização e da fragmentação dos saberes, em busca da construção coletiva do cuidado integral à saúde.

M. A aplicação dos conceitos nos Serviços e nos Núcleos da Secretaria de Saúde

A aplicação dos conceitos apresentados pela gestão, trabalhados e discutidos com os trabalhadores, como descrito anteriormente, também foi alvo de desenvolvimento, discussão e formulação própria para o Caderno de Atenção Psicossocial do município de Mauá. Porém, sua redação foi elaborada pelos trabalhadores.

Mas a decisão de quais serviços e a forma como o Caderno seria estruturado, seus itens e a aprovação final coube à Gestão. Para ser

preservado o objeto de pesquisa e não haver o empobrecimento do conteúdo, será apresentado abaixo, em forma de índice, o conteúdo dessa parte do Caderno de Atenção Psicossocial de Mauá, sendo o texto completo apresentado nos anexos desta Tese.

Ademais o conteúdo das diversas áreas e serviços seria por vezes repetitivo e geraria avaliações exaustivas para o leitor, devendo ser alvo de futuras pesquisas ou artigos científicos que busquem avaliar a influência da mudança de conceitos utilizados na gestão em seus trabalhadores e serviços.

“1. Atenção Psicossocial na Atenção Básica em Mauá

- *Organização administrativa do NASF*
- *Organização do processo de trabalho*

Acolhimento

Projeto Terapêutico Singular

Apoio Matricial

I. Reunião de equipe:

II. Reunião das equipes da AB com o CAPS:

Ações específicas e Ações Compartilhadas:

Registro das atividades:

Atendimentos compartilhados:

a) Visitas domiciliares

c) Oficinas:

d) Grupos terapêuticos:

e) Grupos psicoterapêuticos:

Cogestão

- *Reunião geral das UBS (mensal)*
- *Reunião de gerentes por território (mensal)*
- *Reunião técnica das UBS (mensal)*
- *Reunião de equipe*
- *Reunião do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*
- *NASFÃO*
- *Reunião do Conselho Gestor (mensal)*

Informações importantes

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: No acolhimento nas UBS exercer o olhar para os aspectos psicossociais relacionados na classificação de vulnerabilidade e risco [...]

2. Atenção Especializada

- *Centro Especializado em Reabilitação IV*
- *Equipe de Consultório de Rua:*
- *CAPS Infantil II*
- *CAPS AD III*
- *CAPS Adulto III*

I - Ações internas do cuidado

A) O acolhimento:

- *Classificação de Risco e Vulnerabilidade*
- *Grau de prejuízo no desenvolvimento;*

B) Processo de avaliação

C) O Projeto Terapêutico Singular

D) Ações do cuidado

II - A continuação do cuidado para além do CER IV, CAPS e CdR

3. *Matriciamento*

III Cogestão e Gestão Participativa

Serviço Residencial Terapêutico - SRT

República Terapêutica Adulto – RTA

República Terapêutica Infanto-juvenil

4. *Rede de Urgência e Emergência*

- *Serviços de Atenção de Urgência e Emergência*
- *Regulação de Urgência/Emergência e Hospitalar*
- *Atendimento SAMU 192*
- *Prevenção de Queda:*
- *Hospital de Clínicas Radamés Nardini (HCRN) e UPAs*
- *Unidade de Pronto Atendimento 24h*
- *O Cuidado nas UPAS:*
- *Enfermaria de Saúde Mental HCRN*

I - Ações de cuidado

A) O acolhimento:

B) Processo de avaliação

C) Ações do cuidado

II - A continuação do cuidado para além do HCRN

III Cogestão e Gestão Participativa

5. *CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviço de Saúde*

6. *Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)*

I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1):

II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2):

III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3):

Ainda como produto inacabado da gestão, cabe destacar a previsão e o andamento da elaboração de capítulos posteriores a maio de 2016:

- *Vigilância em saúde: que engloba as diversas pastas incluindo a vigilância sanitária;*
- *Ambulatórios de Especialidades médicas;*
- *Transporte;*
- *Isenção Tarifária.*

Como citado anteriormente, o município cumpre a intencionalidade de escrever o caderno voltado a todas as áreas e para a atenção às pessoas que sofrem. Construindo, dessa forma, um aparato que possibilitaria a mudança de concepção de cuidado em toda a Rede de Saúde e não apenas na área da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Concomitantemente, essa ação tem por objetivo que o usuário dos serviços especializados da RAPS não seja alvo de preconceito e estigmatização no restante da Rede de Saúde.

5.4. OS EFEITOS SOBRE OS ÍNDICES DE INTERNAÇÃO

O investimento realizado pela gestão do Município de Mauá (2013-2016) possibilitou que, no mesmo período, o índice de internações de munícipes de Mauá no Hospital Psiquiátrico Lacan (em São Bernardo do Campo), por parte do SUS, fosse alterado, de mais de 40 pessoas internadas por mês até janeiro de 2013, para 10 internações em setembro e 0 (zero) internações realizadas no mês de dezembro de 2013. Demonstrando que a Rede de Atenção Psicossocial vem conseguindo dar respostas mais adequadas ao sofrimento humano, evitando a exclusão pela institucionalização e o asilamento e demonstrando quantas internações desnecessárias ou indevidas ainda eram realizadas.

Contudo, há a possibilidade de internação em outros ambientes e instituições que se assemelham ao Hospital Lacan. Portanto, se faz necessária uma análise mais profunda desses dados.

Tabela 8: Internações de residentes de Mauá, por motivo Capítulo CID-10: V, por Tipo de Estabelecimento e Ano atendimento.

Estabelecimento	2012	2013	2014	2015	2016
Hospitais Gerais / PS / UPAS / outros	681	770	680	595	193
Hospitais Psiquiátricos e outros	398	180	16	8	3
Total	1079	950	696	603	196

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas:

Situação da base de dados nacional em 29/07/2016.

Dados de janeiro de 2015 até maio de 2016 sujeitos a retificação.

Classificação do tipo de estabelecimento realizada pelo autor da tese

Os dados apresentados na Tabela 8 (acima) apontam a imediata diminuição das internações em Hospitais Psiquiátricos ou similares. Cabe destacar que as internações realizadas nessas instituições nos anos de 2014 – 2016 não possuem como origem do encaminhamento os serviços públicos de Mauá, sendo encaminhamentos de origem desconhecida da gestão do município que ocorreram em instituições externas à administração da prefeitura e de seus limites geográficos (Tabela 9). Demonstra-se, assim, que a formação

de redes regionais e estaduais é imprescindível para que a meta de extinguir essa modalidade de tratamento seja alcançada.

Analisando os dados, nota-se que no início da diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e similares (2013) ocorreu ampliação consistente nas internações em hospitais gerais e similares. Porém, no período seguinte (2014), houve diminuição do número de internações nessas instituições. Se considerarmos o número de internações totais, elas diminuíram desde o primeiro ano de implantação da RAPS. E, ao acrescentarmos aos dados que a implantação dos CAPS III Adulto e Álcool e outras Drogas apenas ocorreu no mês de outubro de 2013, observa-se que a diminuição inicial (2013) está relacionada à mudança de postura frente ao sofrimento psíquico e de organização da rede de saúde. Posteriormente, com a implantação dos CAPS já citados, a qualificação do cuidado do CAPS i e a implantação dos demais serviços como o Consultório de Rua e a República Terapêutica ampliaram a diminuição do número total de internações.

As internações no ano de 2016 em hospitais gerais necessitam de ajustes por parte do DATASUS, e são parciais (até maio de 2016). Porém, se utilizarmos esses dados para uma previsão até o final de dezembro existiriam: 463,2 internações em hospitais gerais e similares; 7,2 internações em hospitais psiquiátricos e similares e um total de 470,4 internações. Dados que apontam a continuidade da diminuição do número de internações totais e por segmento.

A Tabela 9 (abaixo) apresenta os Hospitais Psiquiátricos e similares onde ocorreram internações de munícipes de Mauá por motivo do “Capítulo CID-10: V”.

Tabela 9: Internações de residentes de Mauá, por motivo Capítulo CID-10: V, por Estabelecimento e Ano atendimento.

Estabelecimento	2012	2013	2014	2015	2016*
2070766 CAISM DR DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO DA AGUA FUNDA SP	0	1	1	2	1
2077418 CAISM PHILIPPE PINEL SAO PAULO	1	1	0	0	0
2077612 CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE FATIMA	1	1	1	2	0
2078570 HOSPITAL JOAO EVANGELISTA	1	0	0	0	0
2082292 HOSPITAL LACAN	375	156	4	0	0
2082616 HOSPITAL PSIQUIATRICO VERA CRUZ SOROCABA	1	0	1	0	0
2084236 CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG	0	1	2	0	0
2085143 INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	0	0	0	1	0
2089637 CASA DE SAUDE NSRA DO CAMINHO	3	0	1	0	0
2091275 CAIS CENTRO ATENCAO INTEGRAL SAUDE SANTA RITA PASSA QUATRO	0	0	2	0	1
2688514 CAISM SANTA CASA DE SAO PAULO	9	12	1	1	0
2746220 COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY FRANCO DA ROCHA	1	0	1	0	0
2812703 FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINAHCFMUSP INST DE PSIQUIATRIA SP	6	8	2	2	1
Total	398	180	16	8	3

* até Maio de 2016

Abaixo, na Tabela 10, são apresentados os dados de internações por motivo do “Capítulo CID-10: V” no Hospital de Clínica Radamés Nardini (Hospital Geral administrado pela Secretaria de Saúde de Mauá) por município de residência. Foram destacados os dados de Mauá e municípios do Grande ABCDMRR e São Paulo (municípios próximos).

Tabela 10: Internações no Hospital de Clínicas Radamés Nardini por motivo Capítulo CID-10: V, por município de residência e Ano atendimento.

Município	2012	2013	2014	2015	2016*	Previsão para 2016
350570 Barueri	1	0	0	0	0	0
351060 Carapicuíba	0	0	1	0	0	0
351380 Diadema	2	0	2	1	1	2,4
351570 Ferraz de Vasconcelos	0	0	0	1	0	0
351630 Francisco Morato	0	1	0	0	0	0
351640 Franco da Rocha	0	0	0	1	3	7,2
351880 Guarulhos	0	0	0	0	1	2,4
352210 Itanhaém	0	1	0	0	0	0
352310 Itaquaquecetuba	1	0	6	0	0	0
352500 Jandira	0	1	0	0	0	0
352940 Mauá	612	717	589	523	164	393,6
353870 Piracicaba	0	0	0	0	1	2,4
354330 Ribeirão Pires	90	71	64	82	33	79,2
354410 Rio Grande da Serra	52	59	48	74	22	52,8
354730 Santana de Parnaíba	0	0	0	1	0	0
354780 Santo André	4	7	2	2	4	9,6
354870 São Bernardo do Campo	1	1	1	1	1	2,4
354880 São Caetano do Sul	5	0	0	0	0	0
355030 São Paulo	14	11	20	12	8	19,2
355220 Sorocaba	0	0	1	0	0	0
355250 Suzano	4	1	0	4	1	2,4
355645 Vargem Grande Paulista	0	0	1	0	0	0
Total	786	870	735	702	239	573,6

* Até Maio de 2016

Apreende-se que apesar de o HCRN ser o principal responsável por atender a demanda de internações por motivo do “Capítulo CID-10: V” de residentes de Mauá, essas internações estão em declínio reforçando a tese de que a implantação da RAPS e dos princípios da RPA estimularam mudanças na forma de cuidado ofertada pelo poder público. Percebe-se também uma menor, mas perceptível, diminuição das internações de outros municípios, o que poderia ser efeito da mudança de concepção de cuidado no hospital, porém existe a necessidade de análise de dados que esta tese não se propõe a realizar (os de outros municípios).

Para melhor compreender as internações por motivo do “Capítulo CID-10: V” devemos caracterizar melhor o público atendido e o município.

As mulheres representam 51,1% da população de Mauá, em uma razão de 96 homens para cada 100 mulheres. Na população com até 29 anos, observa-se uma razão de 100 homens para cada 100 mulheres. Já na faixa etária de 45 a 59 anos essa razão é de 91 homens para cada 100 mulheres e, entre os mais idosos (75 anos e mais), corresponde a 67 homens para cada 100 mulheres. Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação Seade.

Historicamente o público excluído em Hospitais Psiquiátricos e similares se constitui majoritariamente de homens em idade considerada produtiva.

Tabela 11: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - São Paulo, Internações por Ano atendimento e Sexo, Município: Mauá, Capítulo CID-10: V.

Ano atendimento	Masc		Fem		Total
	N	%	N	%	N
2012	744	68,95	335	31,05	1079
2013	625	65,79	325	34,21	950
2014	448	64,37	248	35,63	696
2015	338	56,05	265	43,95	603
2016	117	59,69	79	40,31	196
Previsão 2016	280,8	59,69	189,6	40,31	470,4

Período: Jan/2012-maio/2016

A Tabela 11 demonstra que o público de internações por motivo do “Capítulo CID-10: V” munícipes de Mauá acompanha o que ocorre no restante do país em relação ao sexo dos internados. Porém, desde o ano de 2013 existe um aumento da proporção de internação de mulheres em relação ao número de homens. Destaca-se que a mudança dessa proporção ocorre apesar de o número total de internação de ambos os sexos estar em queda (com exceção do número de mulheres internadas em 2015 com relação ao ano de 2014).

No município de Mauá,

56,0% dos habitantes se declararam brancos, 36,9% pardos, 6,3% pretos, 0,7% amarelos e 0,1% indígenas. No Estado de São Paulo, esses valores são, respectivamente, 63,9%, 29,1%, 5,5%, 1,4% e 0,1%". Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação Seade.

Tabela 12: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - São Paulo, Internações por Ano atendimento e Cor/raça, Município: Mauá, Capítulo CID-10: V.

Ano	Branca		Preta		Parda		Amarela		Sem informação		Total
	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%	N
2012	315	29,19	41	3,80	334	30,95	0,00	0,00	389	36,05	1079
2013	320	33,68	53	5,58	406	42,74	0,00	0,00	171	18,00	950
2014	241	34,63	35	5,03	322	46,26	1,00	0,14	97	13,94	696
2015	246	40,80	33	5,47	247	40,96	0,00	0,00	77	12,77	603
2016	74	37,76	13	6,63	78	39,80	0,00	0,00	31	15,82	196
Previsão 2016	178	37,76	31	6,63	187	39,80	0	0,00	74	15,82	470,4

Período: Jan/2012-maio/2016

Apesar de ser uma característica considerada importante para a caracterização da exclusão racial e de preconceito, esses dados são prejudicados pelo grande número de casos não preenchidos. O não preenchimento encontra-se em queda no período de 2013 – 2015, porém existe previsão de aumento para o período de 2016. Considerando apenas os dados existentes a proporção de internações por raça/cor desde o ano de 2012, eles encontram-se distantes da mesma proporção apresentada na população residente no município de Mauá.

Com relação à faixa etária, as pessoas de 15 a 29 anos compõem o maior contingente populacional no Estado de São Paulo. Em Mauá, a participação deste grupo etário é de 28,0%. As crianças (menores de 14 anos) representam 23,0% da população do município e os idosos (60 anos e mais), 8,3%.

Figura 1: Distribuição da população residente em Mauá por grupos de idade:

Distribuição da população, por grupos de idade

Mauá
2010

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação Seade.

Tabela 13: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - São Paulo, Internações por Ano atendimento e Faixa Etária 1, Município: Mauá, Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais.

Ano	1 a 9 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		Total
	N	%	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
2012	0	0,0	19	1,8	67	6,2	258	23,9	300	27,8	250	23,2	117	10,8	48	4,4	12	1,1	8	0,7	1079
2013	3	0,3	8	0,8	57	6,0	217	22,8	291	30,6	199	20,9	121	12,7	42	4,4	9	0,9	3	0,3	950
2014	0	0,0	1	0,1	49	7,0	145	20,8	207	29,7	155	22,3	90	12,9	37	5,3	12	1,7	0	0,0	696
2015	4	0,7	8	1,3	32	5,3	121	20,1	175	29,0	144	23,9	73	12,1	26	4,3	13	2,2	7	1,2	603
2016	2	1,0	3	1,5	8	4,1	41	20,9	55	28,1	45	23,0	22	11,2	15	7,7	4	2,0	1	0,5	196

Período: Jan/2012-maio/2016

Apesar da diminuição do número de internações e mudança dos locais em que ocorrem, a proporção das faixas etárias que são internadas por motivos relacionados Saúde Mental, Álcool e outras Drogas permanecem constantes sendo que aproximadamente 90% dos internados se encontram em idade considerada produtiva; de 2012 até 2016 há uma diminuição da

proporção de 74% a 71% de pessoas entre 20 e 49 anos, o que não significa grandes alterações no contexto geral.

A Tabela 14 apresenta os dados de tempo médio de internação em dias de munícipes de Mauá por motivo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Tabela 14: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Mauá, Média de permanência por Município e Ano atendimento, Capítulo CID-10: V

Município	2012	2013	2014	2015
352940 Mauá	16,9	13,8	9,6	8,5
Total	16,9	13,8	9,6	8,5

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas:

Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

Dados de janeiro de 2015 até dezembro de 2015 sujeitos a retificação.

Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.

Devido à inconsistência nos dados de 2016 não foi possível sua inclusão, porém no período apresentado (2012-2015) existe uma diminuição considerável da média de permanência, aproximando-se do preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de em média 6,5 dias.

O município de Mauá apresentou mudanças em sua rede de saúde, mas para sustentar esta rede também investiu em alteração de sua legislação referente ao controle social na área das políticas sobre drogas e redução de danos como apresentado abaixo.

5.5. CONSELHO SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

Segundo a Gestão, por considerar de suma importância a participação popular na formulação, acompanhamento e fiscalização da realização de políticas públicas, assim como instituído pela Constituição Federal e legislações infraconstitucionais, ou seja, democrático e paritário (sic) fez-se necessária a alteração da legislação do controle social referente a políticas sobre drogas.

A gestão investiu politicamente na extinção do Conselho Municipal de Políticas Públicas Antidrogas e Álcool do município que foi instituído pela lei 4.125 de 20 de dezembro de 2006. Essa atitude foi justificada em razão da composição do referido conselho, que não estava adequada à legislação vigente, principalmente no que tange o respeito à paridade de seus integrantes.

Com o intuito de instaurar e fortalecer o controle social na área, a Secretaria de Saúde do Município de Mauá formulou proposta de alteração da Lei Municipal 4.125/2006, para que se adéque à legislação federal.

Dessa forma, foi encaminhada à Câmara Municipal de Mauá para análise e manifestação a proposição de revogação da referida Lei e suas alterações que regulamentam o Conselho Municipal de Políticas Antidrogas e Álcool e institui o **Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Álcool, outras Drogas e Redução de Danos** e dá outras providências. Devida a importância da implantação de nobre Conselho, e a proposta municipal (elaborada pela Gestão de Saúde Municipal) que não possui precedentes em Conselhos de Políticas de Drogas no Brasil, se faz necessária sua apresentação:

DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Prefeito do Município de Mauá, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei, e tendo em vista o que consta do processo administrativo nº 12.483-9/06, faz saber que a Câmara Municipal de Mauá aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte LEI:

Art. 1º Fica instituído o CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE

DANOS, vinculado administrativamente à Secretaria Municipal da Saúde. Ver tópico

Parágrafo Único - O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS integra o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Art. 2º São objetivos do CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS:

I - Propor e acompanhar a execução da política municipal de cuidado para com a pessoa em uso abusivo e/ou dependência de Álcool e/ou outras Drogas e Redução de Danos;

II – Desenvolver, estimular e cooperar com os programas:

a) de prevenção à disseminação do tráfico ilícito de álcool e outras drogas e substâncias que causem dependência;

b) cuidado para com a pessoa em uso abusivo e/ou dependência de Álcool e/ou outras Drogas, Reabilitação Psicossocial e Redução de Danos;

c) de otimização e capacitação de recursos humanos para cuidado para com a pessoa em uso abusivo e/ou dependência de Álcool e/ou outras Drogas, Reabilitação Psicossocial e Redução de Danos;

III - estimular estudos e pesquisas visando ao aperfeiçoamento dos conhecimentos técnico-científicos em Políticas Sobre Álcool e outras Drogas, Atenção Psicossocial e Redução de Danos;

IV - propor ao Prefeito e às demais autoridades competentes medidas para alcançar seus objetivos legais.

Art. 3º O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS será integrado pelos seguintes membros:

I – Gestores:

Sete representantes da Prefeitura Municipal de Mauá e respectivos suplentes,

II- Trabalhadores:

a) Sete (7) representantes de trabalhadores (as) da Rede de Atenção Psicossocial, dos Centros de Referência especializado da Atenção Social – CREAS - e dos Centros de Referência de Atenção Social – CRAS - de Mauá eleitos dentre seus pares;

III – Usuários:

Quatorze (14) representantes dos Usuários de serviços da RAPS que oferecem Atenção às pessoas em uso abusivo de Álcool e outras Drogas.

§ 1º Os membros do Conselho terão mandato de dois anos, permitida uma única recondução.

§ 2º A função de membro do Conselho não será remunerada, sendo, porém, considerada de relevante serviço público.

Art. 4º O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS será presidido por um de seus membros, eleito por seus pares, nos termos do regimento interno.

Parágrafo Único - O Presidente do Conselho terá mandato de dois anos, não sendo permitida a recondução.

Art. 5º As atividades do CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS serão disciplinadas por regimento interno aprovado por maioria absoluta dos Conselheiros, após parecer da Secretaria de Assuntos Jurídicos.

Art. 6º O Prefeito convocará eleições do CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS no prazo de até cento e oitenta (180) dias, a contar da data da promulgação desta lei.

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º Ficam revogadas a Lei Municipal 173/2006 e 4.183/2007.

Art. 9º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Destaca-se no texto o nome do conselho que, pela primeira vez no Brasil, não utiliza a expressão Combate às Drogas substituída por Políticas de Drogas e Redução de Danos, considerando que as escolhas dos termos apontam para a base teórica utilizada e assim denunciando sua intencionalidade. De Maneira similar os Conselhos de Política de Combate às Drogas não possuem a participação de usuários de Serviços voltados à população usuária de Drogas. Nesse ponto, a proposição coloca em evidência a participação em 50% das cadeiras que pertencem à população antes excluída.

A proposição também imputou poderes de fiscalização e proposição de ações, diretrizes e políticas públicas para a Prefeitura e não apenas para a Secretaria de Saúde, dessa forma institucionalizando a relação intersetorial para a Política de Álcool e outras Drogas.

O investimento na legislação foi combinado com o investimento em parcerias para o combate à internação compulsória de munícipes. Parceria que rendeu frutos e é tema do próximo item.

5.6. O ENFRENTAMENTO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/09) deixa claro que deficiências não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente e, ainda, que a existência de deficiência não justifica a privação de liberdade. A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, afirma que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado e afirma que a internação é medida excepcional sendo requerido o ônus da prova para internar ou manter a internação. E a portaria nº 3.088/11 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como foi dito anteriormente, as internações compulsórias por problemas de Saúde Mental, Deficiência, uso abusivo ou Dependência de Drogas eram, em 2013, a segunda maior causa de processos contra a Prefeitura de Mauá e uma grande violação aos Direitos Humanos.

No mesmo ano, o Poder Público de Mauá iniciou o processo de qualificação e ampliação da RAPS do Município, passando a compartilhar dos mesmos princípios preconizados pelo Ministério da Saúde, pela Luta Antimanicomial, pela Reforma Psiquiátrica, pela lei 10.216/01 e pelo Decreto nº 6.949/09, ou seja, pautados pelos Direitos Humanos, o respeito às diferenças, o cuidado em liberdade e a inclusão social.

A ampliação da RAPS permitiu ao município oferecer aos seus cidadãos o cuidado adequado às suas necessidades e a adoção de Projetos Terapêuticos Singulares, possibilitando assim a existência de uma Rede substitutiva aos equipamentos asilares de internação. Por sua vez a qualificação da rede gerou serviços que respeitam a autonomia do sujeito e o direito ao sigilo do cuidado e as informações sobre o os usuários são fornecidas somente a quem de direito, sendo as internações, quando necessárias, breves e realizadas pelas equipes de saúde mental em serviços da RAPS, ou seja, não Manicomiais.

Conjugados a este investimento, os serviços e a coordenação da RAPS aproximaram-se da assessoria jurídica da Secretaria de Saúde, formando posterior parceria com a Secretaria de Assuntos Jurídicos que possibilitou a qualificação e fundamentação técnica da defesa da prefeitura e dos munícipes que sofriam com os processos de internação compulsória, fazendo com que os serviços e gestores compreendessem quais eram os ritos e necessidades para o estabelecimento de defesa efetiva de sua população.

O investimento na RAPS e a parceria formada criaram argumentos e espaço para o diálogo com o Judiciário e Ministério Público Estadual, pois o município possuía serviços e rede de atenção que poderiam garantir o efetivo cuidado dos munícipes e a argumentação correta para demonstrar que a privação de liberdade não é uma forma de cuidado. Um fator importante nesse enfrentamento foi a implantação da Defensoria Pública Estadual no município, a qual garantiu que os munícipes submetidos a processos de internação compulsória possuiriam defesa constituída.

A implantação e qualificação da RAPS possibilitou também que o município integrasse e participasse do planejamento e implantação da RAPS da Região do ABCDMRR, que além de cooperação entre os municípios instituiu a pactuação do término do convênio SUS com o Hospital Psiquiátrico Lacan que foi efetivada em maio de 2014. E em conjunto com a decisão do governo de que Comunidades Terapêuticas, Clínicas ou qualquer equipamento manicomial não constituiriam serviços oferecidos pela RAPS, gerou a necessidade de investimento e discussão entre os poderes envolvidos no tema, das medidas substitutivas ao modelo asilar.

Observa-se o fato de que, durante os anos de 2013 e 2014, as internações compulsórias quando não evitadas foram cumpridas em serviços da RAPS e os trabalhadores desses serviços não negaram esforços para que estas fossem as menos danosas possíveis, apesar do sofrimento gerado aos usuários e aos trabalhadores quando deparados com essas situações de violações de direitos. Assim, se garantiu o acesso e elaboração de relatórios ao poder judiciário, demonstrando o quanto as internações compulsórias são danosas ao sujeito e que a RAPS é totalmente substitutiva aos equipamentos Manicomiais ou Asilares.

Os investimentos conjugados às parcerias, pactuações e diálogos instalados com serviços de saúde (que respeitam a autonomia do sujeito e o direito ao sigilo do cuidado) possibilitaram que os processos por internação diminuíssem e, em junho de 2014, deixassem de existir. No segundo semestre de 2014 as últimas internações em vigor no município foram revertidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a inovação que é a proposição da análise da implantação da Rede de Atenção Psicossocial, em um município de Grande porte e poucos recursos financeiros e dificuldades geradas pela inexistência de base comparativa nas mudanças conceituais ocorridas na Gestão, buscou-se evidenciar, ao longo do texto, os pontos de avanços e retrocessos do período analisado.

A Gestão, apesar de demonstrar uma real intenção de transformação da atenção dispensada ao Cuidado à pessoa que sofre na Rede de Saúde, não conseguiu êxito na total implantação e implementação da RAPS e da RPA. Porém, apresentou resultados expressivos nos efeitos diretos sobre os índices de internação em Hospitais Psiquiátricos. Pensando na sistematização desses avanços e retrocessos as considerações finais foram subdivididas.

6.1. IMPLANTAÇÃO DOS CONCEITOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL

O processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial e seu procedimento decisório implantado evidenciam a intencionalidade de gerar a porosidade e a maior participação dos trabalhadores e usuários dos Serviços na elaboração e gestão da Rede de Saúde. Porém, o processo de confecção do “Caderno de Atenção Psicossocial” não contou com a participação dos Usuários da Rede de Saúde, sendo prevista apenas a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde de seu conteúdo final.

Em seu conteúdo, o já citado caderno apresenta e aponta para profundos avanços no cuidado de Saúde no município de Mauá. Nesse ponto, o referido caderno apresenta de forma satisfatória conceitos que apontam a intencionalidade da Gestão de implantação dos conceitos de Matriciamento, Território e Acolhimento e avançando para a implantação de outros conceitos relacionados. E a tentativa de expansão desses conceitos relativos à atenção

para toda a população munícipe de Mauá, aponta para uma real transformação nos conceitos de Saúde da Gestão em questão.

Da mesma forma, a proposta de ampliação da RAPS de Mauá elaborada pela gestão busca a atenção integral das necessidades de saúde da população assistida, corrobora a evolução do conceito de saúde e Saúde Mental da gestão, apesar de sua implantação não ter sido completamente efetivada.

6.2. AMPLIAÇÃO DA REDE

A não efetivação da implantação dos Serviços da RAPS previstos pelo Plano Plurianual Municipal de Saúde e aprovados pelo Colegiado Regional, Estadual e Nacional da RAPS e Conselho Municipal de Saúde já apresentava prejuízos em curto prazo para a implementação da RPA.

Os referidos prejuízos podem ser verificados na elaboração do item Internações e Acolhimento Noturno do Caderno de Atenção Psicossocial de Mauá, quando os Centros de Atenção psicossocial apenas ofertarão leitos de acolhimento noturno para os munícipes que já estejam em acompanhamento nos Caps. Dessa forma, criando uma barreira de acesso aos leitos para selecionar quais munícipes poderão acessá-los.

Da mesma forma, o cerceamento do acesso impossibilita a plena implantação do conceito de Porta Aberta na Rede de Saúde uma vez que mesmo que o mais adequado para o cuidado em saúde para uma pessoa X em crise e que nunca frequentou o CAPS Adulto III 24 horas seja, naquele momento, o Acolhimento Noturno, o referido munícipe não conseguirá que sua demanda seja acolhida.

No mesmo sentido, a utilização de um serviço que é previsto para a cobertura de 150.000 habitantes para ser referência de cuidado em Saúde Mental, por uma população de 450.000 habitantes, sobrecarrega e pode vir a gerar problemas de saúde mental para os profissionais de saúde do referido serviço. Essa sobrecarga tem também como efeito a diminuição da busca ativa e promoção de acesso à saúde mental, por parte da equipe, gerando falta de equidade no acesso ao serviço, pois que possui condições de acessar o

serviço de forma autônoma conseguirá, de maneira mais fácil, o acolhimento de sua demanda.

Posta a justificativa financeira municipal para a não implantação da rede prevista, demonstra-se urgente a revisão do custeio mensal, principalmente por parte do Governo do Estado de São Paulo, para os Serviços componentes da RAPS.

6.3. EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS ÍNDICES DE INTERNAÇÃO

Os dados apresentados apontam que mesmo com a implantação parcial da RAPS, mas apoiada pelos princípios da RPA, é possível a não utilização desse recurso em serviços manicomiais. Ademais, a implantação dos princípios da RPA, como demonstrado, pode mudar o perfil de internações e sua média de duração, fazendo assim com que as ações, que devem ser exceções (a internação), sejam mais efetivas e que ocorram em locais apropriados (hospitais gerais e CAPS III).

O enfrentamento à internação compulsória dentro do município de Mauá destaca-se pela efetividade e relação intersetorial que gerou seus efeitos. O envolvimento direto de outra secretaria e a relação estabelecida com o poder judiciário e ministério público estimularam os serviços ao enfrentamento dessa modalidade de internação como forma de cuidado. Transformando efetivamente os conceitos utilizados não apenas pela Gestão da Secretaria de Saúde, mas também pela Secretaria de assuntos Jurídicos, pode-se, em tese, ter efetuado uma mudança mais permanente que não depende da continuidade de uma política de gestão.

Na articulação regional que possibilitou o descredenciamento do hospital psiquiátrico Lacan do SUS foi imprescindível a efetivação da redução, a índices perto de zero, de internações em Hospitais Psiquiátricos. Afirma-se isso porque a inexistência no território de serviço similar ao manicômio torna menos conveniente a sua utilização.

Contudo, a diminuição da utilização da referida modalidade de internação manicomial, ocorre principalmente após o investimento de forma consistente na

implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Município, acompanhada da implantação (mesmo que insuficiente) dos serviços da RAPS.

De forma igualmente importante, a implementação dos princípios da RPA influenciou na concepção de autonomia do sujeito. Considerando que os usuários de serviços de saúde mental possuem os mesmos direitos que os usuários de outros serviços, foi garantido por parte da gestão e dos serviços que o sigilo das informações contidas em prontuários e relatórios não mais seriam acessados por familiares sem o consentimento e concordância dos usuários. Fato que impossibilitou aos familiares a busca judicial ou autônoma de locais de internação indevida dos Usuários dos serviços de Saúde Mental, Álcool e outras drogas.

6.4. A CORRELAÇÃO ENTRE OS FATORES

Apesar de apresentar falhas, a gestão de 2013 a 2016 propôs a implantação da RAPS baseada nos princípios da RPA, apontou avanços a serem considerados quando se implanta a RAPS em um município. E demonstrou que, com ajustes a serem realizados na proporção de investimentos de custeio mensal para os serviços municipais, se tornou uma relação realmente tripartite.

A presente tese demonstra que, apesar das evidentes dificuldades de um município de grande porte e poucos recursos financeiros, a mudança de modelo assistencial em saúde mental, álcool e outras drogas não depende, atualmente, da geração de tecnologias ou de provas científicas. Atualmente, o necessário para a real implantação da Rede de Atenção Psicossocial, respeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, depende, única e exclusivamente, da vontade política dos gestores das Políticas Públicas, pois os argumentos e provas já estão consolidados e apresentados.

No intuito de sintetizar o que levou ao município de Mauá a realizar a implantação da RAPS e da RPA, se utilizarão, novamente, as mudanças paradigmáticas expostas por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003):

- 1) quanto à concepção do processo saúde doença e dos meios teóricos sustentados para lidar com esse processo (...).
- 2) quanto à concepção da organização das relações intra-institucionais (...).
- 3) quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral (...).
- 4) (...) quanto à concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos (...) (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.37).

1. O município alterou a concepção de saúde em seus documentos e na forma de estruturar seus serviços, fato corroborado pela mudança do título do Caderno de Saúde Mental para Caderno de Atenção Psicossocial e os conceitos que estavam contidos dentro de seus textos.
2. A gestão estimulou a construção coletiva e a participação dos usuários no andamento e forma de agir dos serviços, constituindo estruturas e espaços para a garantia da horizontalidade das relações.
3. Foram criados espaços de participação popular que realmente possuíam a incumbência de interferir no modelo e nas ações da política de saúde, transformando o munícipe de consumidor em parte da construção do Sistema Único de Saúde gerando assim porosidade nos serviços e na gestão.
4. O enfrentamento da intenção compulsória, a diminuição das internações no hospital geral, a não utilização de leitos manicomiais ou asilares, e a aprovação da lei municipal do Conselho Sobre Políticas de Drogas e Redução de Danos demonstram o reposicionamento do usuário dos serviços da RAPS perante a gestão municipal. Permitindo assim que o usuário tenha seus direitos garantidos. Une-se a esses fatos o investimento municipal na constituição de Projetos Terapêuticos Singulares e o consequente abandono dos Programas de Tratamento possibilitando assim que o usuário participe da formulação da forma do seu cuidado.

Dessa forma o município demonstra que é possível a implantação da Rede de Atenção Psicossocial utilizando os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Apontando também que, para isso, se faz necessário a existência de um projeto político de sociedade que busque a garantia dos Direitos Humanos e do exercício da cidadania. Nada seria construído no período estudado, se a gestão não tivesse buscado e respeitado a participação popular. As mudanças de paradigmas e a sociedade que a RPA

propõe só são possíveis construir se houver a real transformação na sociedade.

Quando a RPA afirma “por uma sociedade sem manicômios”, (Carta de Bauru, 1987), não se refere apenas a derrubada de muros de Hospitais Psiquiátricos, mas se refere também à derrubada dos muros do individualismo, do preconceito, do estigma, da segregação e da exclusão que a sociedade capitalista cria e imputa entre e dentro de nós.

Ademais, às vésperas da conclusão desta Tese apresentam-se à população brasileira ameaças a todas as legislações e garantias legais, para a construção de um novo modelo de Atenção à Saúde e Saúde Mental, assim como todas as demais Políticas Públicas. Dentre as ameaças a PEC 241 (Projeto de Emenda Constitucional 241), cuja possível aprovação impossibilitará quaisquer avanços na implantação do cuidado Universal, Integral e Equânime da Saúde Pública no Brasil. Porém, esta possível implantação não é objeto de análise da presente tese.

Demonstra-se aqui que, em um município de grande porte e poucos recursos financeiros, é possível a mudança de modelo, a implantação e a implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas que respeite os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, dependendo apenas do projeto político e de sociedade posto em prática pela gestão.

7. REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. O. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (orgs) *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

BRASIL. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Avaliação para melhoria da qualidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, n. 34, 2013.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde: *Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, n. 21, 2008.

BRASIL. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. *Dados referentes à reforma Psiquiátrica: Redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar*. Brasília; 2010. [Acesso 10 jun 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>

BRASIL. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Série A., 2006.

BRASIL. *Equipes de referência e Apoio Matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Gestão participativa e Co-gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – LEI Nº 10.216, de 04 de Junho de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.

BRASIL. *O que é reforma psiquiátrica* [Internet]. [Acesso em 30 nov 2014]
Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929

BRASIL. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Política Nacional de Educação em Saúde*. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 1.968 de 25 de outubro de 2001 - dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 936, de 18 de maio de 2004 - cria a Rede Nacional de Prevenção e Promoção da Saúde.

BRASIL. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental “Cuidar sim, excluir não”. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, nº 01/03, 2003.

BRASIL. Saúde Mental em Dados 6. Brasília: Ministério da Saúde, Ano IV, nº 6, 2009.

BRASIL. *Textos básicos em Saúde*. In: NEVES, Claudia. A. B. & ROLLO. Adail. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 23(2):399-407, 2007.

CAVALCANTE, C. M.; PINTO, D. M.; CARVALHO, A. Z. T.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. *Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família*. Fortaleza: RBPS 24(2): 102-108, 2011.

CHIAVERINI, D. H. (org) *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA A, LUZIO CA, YASUI S. *Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva*. In: Paulo Amarante. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v 2, 2003.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A.; YASUI, S. *As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial*. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, 25(58):12-25, 2001.

CUNHA, Maria Isabel da. *Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino*. Rev. Fac. Educ., São Paulo, v. 23, n. 1-2, p. janeiro 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551997000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02/03/2016:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>.

DELFINI, P.S.S. *Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

DUARTE, M. J. O. *O campo psicossocial na Política de Saúde Mental brasileira: Uma análise micropolítica da produção do cuidado em saúde mental*. In: Anais do 9. Congresso Luso Brasileiro de Ciências Sociais. Bahia: UFBA, 2011.

FERIOTTI, M. L. *Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo*. São Paulo: Vínculo v. 6, n. 2, 2009.

FIGUEIREDO M. D., CAMPOS R. O. *Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?* Ciência, saúde coletiva, 14(1): 129-38, 2009 [acesso em 24 de out 2015];. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100018&lng=en

FURLAN, P. G. *O Agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos*. In: Wagner, G. C. S.; Guerrero, A. V. P. (orgs) Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Cad. Saúde Pública, 27(4):817-19, 2011. [Acesso em 24 fev 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400021&lng=en

GOMES, V.G. *Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de campinas/SP*. Monografia. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2006.

GONÇALVES, A. *Ações de cuidados relacionados ao abuso e dependências de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família*. Rev. Bras de Medicina de Família e Comunidade, 4(5), 2008 [Acesso em: 24 Out. 2015]; Disponível em: <http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/180>

JUNQUEIRA, M. A. B.; PILLON, S. C. *A Assistência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura*. Uberlândia: R. Enferm. Cent. O. Min. 1(2):260-267, 2011.

MACEDO, F.M.; ANDRADE, M.; SILVA, J.L. *A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família, Informe-se em promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Informe-se em promoção da saúde, 5(2):19-23, 2009. [Acesso em 3 jan 2014]; Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/implicacoes%206.pdf>

MOROZ, M.I.; GIANFALDONI, M.H.T.A. *O processo de pesquisa: iniciação*. Brasília: Ed Liber Livro, p. 86, 2006.

NASCIMENTO, C.C. *Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica*. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G.W.S. *Instituições de "portas abertas": novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial*. São Paulo: Rev. Ter. Ocup. Univ. 16(1): 40-6, 2005. [Acesso em 9 out 2014]; Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042005000100007&lng=pt

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G.W.S. *A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas*

inovadoras em saúde mental. São Paulo: Rev. Ter. Ocup. Univ., 15(2): 71-81, 2004.

OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A.M.; ANDRADE, S.M.R.A. *Saúde Mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Ed. Olho d'Água, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde; Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, (org.), trad. Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

PITTA, A.M.F. *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* In: Pitta A (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

REIS, A.O.A.; DELFINI, P.S.S.; DOMBI-BARBOSA, C.; OLIVEIRA, M.F.A.P.B. *Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis*. In: Lauridsen-Ribeiro, Edith; Tanaka, Oswaldo Yoshimi (org.) *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed Hucitec. 2010.

REIS, A.O.A. *Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família (ESF)*, Brasília: CNPq, 2008.

RIBEIRO, S.L. *A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo*. Brasília: Psicol. cienc. prof., 24(3):92-99, 2004.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. In: Nicácio, M.F. (org) *Desinstitucionalização, uma outra via*. São Paulo: Hucitec, pp.17-59, 2001.

SANTOS, S.A.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M.; SANTOS, J.C.F.; LIMA, L.A. *Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008*. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Epidemiologia, 2013.

SÃO PAULO. *Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

SÃO PAULO. *1º Caderno de Apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco / vulnerabilidade*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

SARACENO, B. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: Pitta A (org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2. ed., 2001.

SAYEG, E. *Desafios da intersectorialidade entre Trabalho e Saúde Mental*. São Paulo: PUC-SP, 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. *Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil*. Rio de Janeiro: Estud. Pesq. Psicol., 2005.

SOUZA, A.C. *Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família*. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery, 2006.

TANAKA, O. Y. *Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta*. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2011.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. *SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 7(2):7-28, 1998.

TRIPP, D. *Pesquisa-ação: uma introdução metodológica*. São Paulo: Educação e pesquisa, 31(3): 443-466, 2005.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. *Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural*. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, 2009.

VICENTIN MCG. *Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada*. São Paulo: Rev. Ter. Ocup.,2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. *A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Saúde em Debate; 2008.

8. Anexos

8.1. Anexo 1: Caderno de Atenção Psicossocial

Atenção Psicossocial na Atenção Básica em Mauá

A atenção psicossocial na Atenção Básica (AB) é uma potente forma de cuidado com pessoas em sofrimento psíquico, que pode estar presente em ações de redução de danos, atenção psicossocial e cuidado clínico. Para isso, é importante destacar que:

A Atenção Básica é altamente potente na promoção de outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo no interior das casas, na vizinhança, na comunidade, no bairro outras relações com as diferenças, permitindo ao usuário um espaço de circulação que não aquele ‘especializado’, segregado.¹

Nessa lógica, contemplando a solidificação das diretrizes do SUS e entendendo a potencialidade da Atenção Básica, com sua inserção territorial e proximidade com a população, propõe-se fomentar o cuidado em Saúde ancorado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e Sanitária do Brasil.

Desta forma, a Atenção Psicossocial na AB, tal como será discutida neste caderno, deverá nortear a Atenção à pessoa em sofrimento psíquico, possibilitando o exercício do convívio com a diversidade, o respeito e a inclusão do diferente na comunidade; desejando a inserção em um contexto dotado de sentidos social, político e existencial; e propondo, a partir da garantia de direitos humanos, outra concepção de cuidado com estas pessoas.

Desde o início da década de 90, a Atenção em Saúde Mental no município de Mauá passou por diversos arranjos, desde ambulatorios centralizados, equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica, até o momento atual com a reestruturação de Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Organização administrativa do NASF

A coordenação técnica das equipes NASF estão a cargo de um articulador;

O NASF deverá ter reuniões semanais de duas horas ou quinzenais de quatro horas, sob a coordenação do articulador NASF

O articulador NASF deverá se reunir com os gerentes de seu território minimamente uma vez por mês e terá como objetivo o fortalecimento do modelo, das relações, transmissão de informes, planejamento de ações de caráter municipal, troca de experiências, reflexão acerca de dificuldades, etc.

Organização do processo de trabalho

Importante considerar que todos os trabalhadores das equipes da AB, independentemente de ser ESF, EAB ou NASF devem ter participação formativa no cuidado em Atenção Psicossocial.

Acolhimento

A demanda espontânea se caracteriza como uma forma importante de acolhimento, ou seja, a escuta sem agendamento deve ser garantida, sendo executada por qualquer trabalhador da equipe de referência da unidade. Para sua realização deve existir uma escala. Vale ressaltar que o trabalhador que compõe os NASF, poderá participar da demanda espontânea, pontualmente, caso membros da equipe, em consenso com o trabalhador avaliem a necessidade.

Projeto Terapêutico Singular

O conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas para uma pessoa ou coletivo deverá acontecer na AB nos espaços garantidos para as reuniões de equipe, para os casos eleitos pela própria equipe, respeitando critérios de complexidade ou quaisquer outros que as equipes de referência e NASF identificarem relevância.

Importante ressaltar que a equipe deverá considerar as vontades ou desejos da pessoa ou coletivo alvo na construção do PTS, a fim de considerar questões para identificação de possíveis potencialidades.

Apoio Matricial

A Atenção Básica deverá vivenciar o arranjo organizacional do matriciamento desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica.

Importante ressaltar que o apoio matricial deverá fomentar o trabalho das equipes que por sua vez, deverá perpassar o uso das ferramentas: Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Para tal, ao menos dois espaços de ação deverão ser garantidos:

Reunião de equipe:

a) preferencialmente dois profissionais do NASF semanalmente deverão compor a reunião de cada uma das equipes de referência, sendo que um desses profissionais é fixo e o outro rotativo. As reuniões deverão durar ao menos uma hora (MS) e, onde houver necessidade de adaptação, o tempo poderá ser alterado, desde que não haja prejuízo no processo de trabalho, sendo acordado entre as equipes e com a ciência da gestão local.

b) organização da agenda para o matriciamento realizada de forma compartilhada entre o articulador e equipe NASF e Gestor local.

Reunião das equipes da AB com o CAPS:

Um ou mais trabalhadores de cada um dos CAPS de referência comparecerão em cada uma das UBS em reunião de matriciamento. Essa reunião de matriciamento contará com a presença de no mínimo dois trabalhadores NASF e o máximo de trabalhadores da unidade possível. A reunião também contará com a presença de todos os trabalhadores da UBS. O objetivo será a produção de cuidado com base territorial, podendo surgir várias formas de intervenção, como por ex.: discussão acerca de temas pontuais, ações programadas, e também o reconhecimento e aproximação da comunidade local e de suas demandas, planejamento de ações compartilhadas, discussão de temas, entre outros.

As atividades da equipe NASF e dos CAPS enquanto apoiadores matriciais serão distribuídas em três principais eixos: Ações Específicas e

Compartilhadas; Ações em Rede de Saúde e Intersetoriais; Educação Permanente.

Ações específicas e Ações Compartilhadas:

Atendimentos específicos:

A) Atendimento individual: poderá ser realizado conforme discussão de caso entre as equipes;

B) Atendimento em grupos: será dada preferência a esse modelo de atendimento e obedecerá ao mesmo critério do item anterior e será realizado conforme demanda da UBS.

Vale ressaltar que nas UBS sem Estratégia Saúde da Família, esses encontros deverão acontecer em espaço instituído para a reunião de matriciamento conforme orientação descrita anteriormente.

Registro das atividades:

Imprescindível que nestes espaços de discussão seja realizado:

- a) Registro em prontuário dos usuários;
- b) Ata da reunião realizada por cada um dos serviços.

Atendimentos compartilhados:

a) *Visitas domiciliares*

Realizada no mínimo por dois profissionais, estando presente a equipe de referência e podendo ser acrescido de trabalhadores da equipe de matriciamento, quando necessário. As visitas domiciliares compartilhadas se configuram como um dos principais dispositivos de matriciamento e produção de cuidado, também como recurso para a equipe identificar determinantes sociais de saúde do território, criação de vínculo com usuários, observação da dinâmica familiar, etc., que possibilita o planejamento e priorização de ações na UBS;

b) Consultas compartilhadas:

Consiste em uma consulta, tendo como sujeitos de ação, trabalhadores tanto da equipe de referência entre si como trabalhadores de outras equipes. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos e visando a produção do cuidado integral ao usuário;

c) Oficinas:

Espaço planejado para desenvolver aptidões e habilidades de um grupo de usuários, por meio de atividades, que vise produzir: ampliação da produção de vida. Deverá ser realizada de modo compartilhado entre profissionais da equipe de referência e caso necessário preferencialmente com o NASF e dado contexto relevante o CAPS. O compartilhar pode ser a realização concreta da oficina ou auxílio no planejamento e avaliações das ações.

d) Grupos terapêuticos:

Os grupos deverão ser realizados com um objetivo específico, podendo ser: fechado ou aberto; com ou sem temáticas específicas para cada encontro; com quantidade definida ou não de usuários e por fim com quantidade de encontros definidos se necessário. Importante ressaltar que ao se tratar de grupos terapêuticos com o intuito de atenção psicossocial, os mesmos não deverão ser constituídos por classificação de patologias, devendo buscar que estes sejam constituídos por características comuns encontradas nos PTS.

e) Grupos psicoterapêuticos:

Esses grupos deverão ser fechados e realizados com objetivo específico com abordagem breve, conduzido por psicólogo e podendo ter a participação de um profissional das equipes de referência ou NASF. Também deve buscar que sejam constituídos por características comuns, encontradas nos projetos terapêuticos dos sujeitos, e que estas sejam relativas ao sofrimento psíquico que não podem ser trabalhadas em grupos abertos, oficinas e de convivência.

f) Co-Gestão

Garantir um espaço que propicie a fala, bem como a escuta de todos os envolvidos no processo de cuidado, respeitando o saber de várias origens (técnico, subjetivo, popular), com intuito de resultar na construção coletiva. Deve acontecer de diversas formas na rotina do trabalho, desde uma conversa dual até espaços coletivos formalizados, tais como:

g) Reunião geral das UBS (mensal)

Neste espaço é necessário incluir a discussão dos processos de trabalho que abrangem o cuidado psicossocial ofertado pela unidade de saúde;

Reunião de gerentes por território (mensal)

Espaço destinado ao encontro dos gerentes locais por Território de Saúde, para o qual, entre outras coisas, é necessário discutir e criar estratégias de cuidado na atenção psicossocial para o território;

h) Reunião técnica das UBS (mensal)

Espaço destinado aos profissionais de nível superior, que tem como objetivo pactuar formas de trabalho (planejamento de ações de cuidado, discussão de protocolos e diretrizes), bem como discutir temas pertinentes a educação continuada, entre outros;

i) Reunião de equipe

Espaço primordial de encontro dos trabalhadores da unidade de saúde

j) UBS com Estratégia Saúde da Família: cada equipe deve realizar diariamente, com duração de uma hora ou mais e participação de todos os membros.

k) UBS sem Estratégia Saúde da Família: deve realizar reunião semanal.

l) Reunião do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Semanal ou quinzenal, com duração de duas e quatro horas, respectivamente, com participação de todos os membros da equipe e

articulador e, quando necessário a participação dos gerentes das UBS apoiadas por esta equipe.

NASFÃO

Acontece a cada trinta ou quarenta e cinco dias com duração de 7 horas e participação de todas as equipes NASF do município mais articuladores. Podendo contar também com presença de representantes do Núcleo de Gestão da Atenção Básica

m) Reunião do Conselho Gestor (mensal)

Importante espaço de participação popular que obedece ao regimento do Conselho Municipal.

Informações importantes

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: No acolhimento nas UBS exercer o olhar para os aspectos psicossociais relacionados na classificação de vulnerabilidade e risco como uma ferramenta para auxiliar na tomada de decisão para a continuidade do cuidado

Ações em rede de Saúde e Intersetoriais:

Devem compor o cuidado de base territorial em parceria com a Saúde. De suma importância a aproximação e a comunicação com a rede intersetorial para o compartilhar e também para a criação de parcerias. Estas ações de trabalho em rede e aproximação diferentes equipes da saúde e intersetoriais poderão acontecer em espaços coletivos como encontros de discussão de casos que, reuniões para discussão acerca de ações intersetoriais.

Abaixo listamos alguns destes serviços:

Saúde:

CRSMCA;

CER;

NAVIS;

CAPS;

Hospital de Clínicas Radamés Nardini;

Consultório de Rua

Outros.

Intersetoriais:

Rede Municipal e Estadual de Ensino;

Conselho Tutelar;

CRAS / CREAS;

Associações de Bairro;

ONGs;

Movimentos e entidades

Este documento parte dos pressupostos contidos nas referências abaixo:

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Política Nacional de Atenção Básica enquanto contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.

Os problemas relacionados à saúde mental possuem uma importante prevalência no seio da população brasileira e mundial, tal como é mostrado tanto em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) quanto do Ministério da Saúde (MS, 2010).

Portaria nº 3.088/2011 a qual institui a RAPS

Atenção Especializada

A Especializada à Saúde é responsável por normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção especializada em saúde e de áreas temáticas, observados os princípios e diretrizes do SUS.

CRS

O CRS é um serviço ambulatorial em ISTs que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com ISTs. Este serviço possui como objetivo: prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; cuidado ao sofrimento intrínseco ao adoecimento por ISTs, atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e aids.

CEO

O CEO é o centro de referência para a realização desses atendimentos mais graves, como tratamento de canal, de gengiva, cirurgias, extrações de siso, próteses e atendimento para portadores de necessidades especiais. O CEO atende portadores de necessidades especiais, que precisam de cuidados diferentes na hora de receber tratamentos odontológicos.

CRSMCA

O Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente realiza o atendimento de consultas especializadas, encaminhadas pela rede de saúde. Este centro conta com o Ambulatório da Mulher, com especialidades nas áreas de Ginecologia para casos cirúrgicos, Mastologia, Pré-Natal de Alto Risco, Nutrição e Psicologia. Também são realizados exames de colposcopia, densitometria, mamografia e ultrassonografia. Ainda estão disponíveis os serviços de Planejamento Familiar e do Núcleo de Atendimento a Vitimas de Violência Sexual (Navis).

O Ambulatório da Criança e Adolescente dispõe das seguintes especialidades: Alergologia, Pneumologia, Reumatologia, Neurologia, Endocrinologia, Nefrologia, Neonatologia, Nutrologia, Hepatologia, Psicologia, Nutricionista e Assistente Social, além do serviço de Apoio ao Aleitamento Materno (CIAMA).

CEMMA

O CEMMA é uma unidade referência para atendimento de consultas especializadas encaminhadas pela rede de Atenção Básica e hospitalar. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 21h. O CEMMA conta especialistas em Urologia, Oftalmologia, Ortopedia, Neurologia,

Gastrenterologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Hematologia, Alergologia, Pneumologia, Nefrologia e Reumatologia.

Os CAPS, o CER IV e o CdR na Rede de Atenção Psicossocial no Município de Mauá

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, são serviços de base territorial. Destinam-se a oferecer cuidado intensivo às pessoas que apresentem grave sofrimento psíquico, e ou com agravamentos causados por situações de vulnerabilidade e que necessitem de maior complexidade nas ações do cuidado. Para tanto, caracterizam-se pelos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional, composta por assistentes sociais, enfermeiros (as), farmacêuticos (as), fonoaudiólogos (as), psicólogos (as), psiquiatras, terapeutas ocupacionais, monitores (as) de Oficina Terapêutica I, auxiliares de enfermagem e de farmácia, agentes administrativos, recepcionistas e agentes operacionais.

Dessa forma, além do cuidado interno que oferece aos usuários, o serviço também é responsável pela articulação das ações que devem ser ofertadas no território e/ou em outros serviços da rede de saúde ou intersetorial.

Para dar conta dessa tarefa, os CAPS do município de Mauá estão organizados em dois eixos: o cuidado interno e o cuidado na rede de saúde. Internamente está organizado em “Miniequipes”, que se constituem como referência para cada um dos 5 territórios de saúde do município de Mauá.

Os CAPS são integrantes da rede de Atenção Psicossocial, trabalham no sistema de Porta Aberta, acolhendo às demandas que chegam, espontaneamente ou de forma referenciada, de modo a iniciar o processo do cuidado, seja nos CAPS ou no Território. Porém, a principal porta de entrada da RAPS deve ser a Atenção Básica.

CER IV

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território e segue o disposto na portaria MS nº 793, de 24 de abril de 2012

Equipe de Consultório de Rua:

Equipe multiprofissional que atua com base na Redução de Danos, oferta e constrói possibilidades de cuidado junto a pessoas em situação de rua, que permanecem por muito tempo ou que utilizam as ruas como espaço de sustento, ou para uso de substâncias psicoativas. Essa população tem múltiplas dificuldades e barreiras para acessar a rede socioassistencial, além de problemas ao circular pela cidade, bem como em lugares sociais que tenham a ver com o exercício da cidadania e garantia de direitos.

Um grande fundamento do trabalho é o vínculo entre equipe, sujeitos e coletivos nas ruas do município, possibilitando o cuidado longitudinal, este se dá de forma singular, avaliando caso a caso, suas demandas e necessidades. O Consultório de Rua é um serviço de base territorial, que está nas ruas do município e faz a busca-ativa dessa população, é um serviço “ponte” e está num “entre lugares”, viabilizando o acesso e acolhimento do sujeito em situação de rua nos serviços da rede intersetorial e comunitária.

Assim, esta equipe realiza acompanhamentos, diferente da lógica de encaminhamentos, muitas vezes investe no compartilhar do cuidado e na presença física dos profissionais junto aos usuários no momento dos atendimentos e cuidados nos serviços da rede. O resultado é uma teia complexa de relações entre usuários, equipe de Consultório de Rua e instituições, num processo dinâmico e territorial, que inclui a compreensão das referências, códigos, lugares, relações, estratégias de vida e recursos para a produção do cuidado. Neste processo é possível ressignificar e transformar o lugar social e simbólico das pessoas que vivem nas ruas de Mauá.

As intervenções se dão por conversas, atendimentos e atividades individuais e em grupo, tudo isso acontece nos locais de permanência e trânsito da pessoa em situação de rua e nos serviços que ela frequenta. As ações junto a população envolvem diversas formas de expressão, verbal, artística (grafiti, desenhos e música), horticultura e jardinagem; acompanhamentos aos serviços da rede de saúde e sistema de garantia de direitos; orientações sobre modos de reduzir riscos e danos a saúde relativos ao uso de drogas lícitas ou ilícitas; prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis / ISTs; detecção de múltiplos processos de adoecimento já

existentes, sensibilização e articulação para o cuidado. Também atua na articulação dos serviços da rede socioassistencial, com o objetivo de qualificar o acolhimento e viabilizar acesso, realizando discussões de casos, principalmente, com serviços de assistência social, os CAPS, Hospital Nardini, UPA's e UBS's, participando ativamente da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares e do matriciamento das equipes de atenção básica.

O CAPS Infantil II

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil - CAPSi, são serviços de base territorial, de cuidado de crianças e adolescentes, podendo estender em situações especiais e excepcionais. Destinam-se a oferecer cuidado intensivo a crianças e adolescentes que apresentem grave sofrimento psíquico, e ou com agravamentos causados por situações de vulnerabilidade e que necessitem de maior complexidade nas ações do cuidado.

CAPS AD III

O CAPS AD III Mauá é uma instituição aberta a todos em Sofrimento Psíquico relacionado ao Uso/Abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) de todas as idades e seus familiares e possui funcionamento 24 horas diárias. Os cuidados referentes a Crianças e Adolescentes com problemas relacionados à uso/abuso de Álcool e outras Drogas serão discutidos com o Capsi e elaborado PTS para cuidado conjunto entre os dois serviços e os demais componentes da RAPS.

CAPS Adulto III

Os Centros de Atenção Psicossocial III, são serviços 24 horas de base territorial destinados à adultos. Destinam-se a oferecer cuidado intensivo a pessoas apresentem grave sofrimento psíquico, e ou com agravamentos causados por situações de vulnerabilidade e que necessitem de maior complexidade nas ações do cuidado.

I - Ações internas do cuidado

A) *O acolhimento:*

É realizado por todos os profissionais da equipe e tem a finalidade de entender a demanda, pela escuta qualificada, do sofrimento que o usuário trás em sua queixa. Essa escuta vai permitir que se obtenha um primeiro entendimento da situação e que se avalie a necessidade de cuidados internos ao serviço, ou, por receber também a demanda espontânea, se a situação pode ser atendida no Território, ou ainda, se necessita do compartilhamento do cuidado com outros serviços especializados.

Os critérios de pertinência ao serviço são orientados por:

- Classificação de Risco e Vulnerabilidade
- Grau de prejuízo no desenvolvimento;

Essas características podem ser avaliadas por ocasião do acolhimento no CAPS, CER IV ou CdR (demanda espontânea) ou podem ser discutidos entre as equipes dos serviços. Quanto mais integradas estiverem as equipes dos CAPS com as equipes das UBSs e demais serviços da RAPS, mais ágil fica o acesso e a discussão de estratégias para o cuidado, podendo-se pular etapas, como por exemplo: uma adolescente que necessita de uma avaliação da equipe para poder dar continuidade ao cuidado que já iniciou na UBS sem necessidade de uma nova avaliação. Recomenda-se que essas situações sejam previamente pactuadas entre as referências dos respectivos serviços, discutidas por telefone ou em reuniões de discussão de casos, ou seja, por via do matriciamento. O mesmo se recomenda para os serviços da Atenção Especializada e hospitalares.

B) Processo de avaliação

Nem sempre as queixas trazidas no acolhimento se constituem em demandas identificáveis, embora às vezes, as aparências apontem para determinados diagnósticos. Problemas de aprendizagem, de comportamento, agressividade, mutismo, negativismo, febre, dores abdominais, falta de apetite, timidez, muitas vezes podem estar refletindo um problema ou conflito familiar, que podem ser acolhidos e devidamente cuidados, em outros serviços de saúde ou na rede intersetorial.

Deve-se também levar em conta a natureza da pessoa, sua personalidade, os hábitos e as relações familiares, a atenção que lhe é

oferecida, etc. Muitos sintomas relatados ou referidos podem ser passageiros; e sua frequência, persistência e intensidade devem ser avaliados. Além disso, fatores como a estrutura familiar, as condições, sócio econômica e cultural, situações ambientais, de risco e vulnerabilidade, devem ser levadas em consideração.

Devendo a equipe trabalhar para que a queixa seja compreendida e que nesse processo seja construída a real demanda de cuidados da pessoa ou comunidade.

A Classificação Internacional de Funcionalidades – CIF é um instrumento fundamental para a elaboração e ou complementação de um diagnóstico e do PTS, contribuindo inclusive nos encaminhamentos para outros recursos especializados de saúde que eventualmente deverão compartilhar o cuidado.

Na maioria dos casos, a avaliação se constitui num processo e não numa etapa após a qual se inicia o cuidado. Os processos de avaliação no CAPS são flexíveis e variáveis, procurando atender as reais necessidades de cada pessoa. A avaliação consiste em uma abordagem interdisciplinar, individual ou grupal, realizada por vários profissionais, conjuntamente a realização de abordagem familiar que pode ser realizada também em grupo ou individualmente, conforme a situação o exigir.

Conforme a natureza da demanda, o usuário pode passar pelo processo de avaliação em grupos e ou atividades já existentes no serviço, uma vez que a partir do acolhimento, e de uma prévia discussão com a equipe, tal dispositivo pode ser considerado benéfico, fazendo já parte do cuidado, enquanto se avalia e se constrói o PTS.

Em situações de crise ou de quadros agudos, que podem ocorrer em usuários que apresentam sofrimento psíquico, é feita uma inserção imediata no serviço e nas atividades e procedimentos que compõem as ações oferecidas para o acolhimento diurno e/ou noturno, que consiste no cuidado dos CAPS.

C) O Projeto Terapêutico Singular

O PTS deve ser construído para todos os usuários dos serviços e **não** é um produto do saber da equipe transdisciplinar, e **sim** uma construção com a participação do sujeito e quando necessário de sua família e ou comunidade.

Esse PTS deve ser construído em conjunto com a UBS de referência, e quando necessário devem ser incluídos outros serviços da rede de saúde assim como outros setores como Trabalho e Renda, Educação, SUAS, Conselho Tutelar e a rede informal de cuidados.

D) Ações do cuidado

Será priorizado o cuidado em grupos terapêuticos diversos, compostos por um ou mais profissional de nível superior, médio e/ou fundamental, tem por objetivo o desenvolvimento afetivo, cognitivo, motor e social e a superação de conflitos internos. São formados de acordo com a faixa etária e as afinidades das necessidades dos usuários. Os participantes são constantes e tem uma frequência semanal. Mas os atendimentos individuais realizados pelos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar são ofertados sempre que o se fizer necessário.

Oficinas terapêuticas, complementam as ações proporcionando espaços de atividades, que possam desenvolver a noção de corpo, esquema corporal, equilíbrio, coordenação, alívio de tensão, sociabilidade, auto estima e desenvolvimento de habilidades específicas. É formado por participantes fixos, com indicação nos respectivos PTSs e é aberto à participação espontânea de outros usuários. As oficinas podem ser abertas também aos familiares ou cuidadores, sempre de acordo com o PTS.

II - A continuação do cuidado para além do CER IV, CAPS e CdR

Consideramos ações do cuidado fora do serviço aquelas efetivadas no território. São elas:

- Visitas e atendimentos domiciliares.
- Acompanhamentos dos usuários em sua inserção em outros recursos da comunidade.
- Reuniões de articulação de rede para discussão dos casos e construção do PTS.
- Matriciamento.

O CAPS e o CdR, no papel de Articulador do Cuidado em Saúde Mental na RAPS, deve compor com a Atenção Básica em conjunto com o NASF as

ações de cuidado, sempre buscando a ampliação do itinerário e do circuito social do usuário do serviço.

Matriciamento

O matriciamento é uma ferramenta eficiente para o desenvolvimento desse processo. Podemos dividi-lo em momentos de discussão dos casos e momentos de execução de algumas ações como visitas domiciliares, consultas e avaliações compartilhadas entre UBS e CAPS e HCRN e CAPS.

Os CAPS e o CdR são os responsáveis pela organização e articulação do matriciamento, em Atenção Psicossocial e Redução de Danos e o CER IV para o cuidado para com a pessoa com deficiência, e este não deve se restringir ao HCRN e UBSs, devendo acontecer em toda a RAPS, nos serviços da Rede de Saúde e demais Redes que assim necessitarem e fizerem parte da rede de cuidados intersetorial.

III Co-gestão e Gestão Participativa

Os Caps, o CER IV e o CdR devem possuir:

Conselho Gestor: É formada por dois (2) usuários e/ou familiares, um (1) trabalhador do serviço e o gerente. Esta comissão compõe o controle social. Possui frequência mínima de reuniões mensais.

Assembleias: abertas para a participação de toda a comunidade, usuários, familiares, trabalhadores e gestores. Devem ser organizadas pelos usuários, familiares e com o apoio dos trabalhadores e gestores. Devem tratar de ações do serviço e da comunidade assim como devem ser um espaço de pactuação das “regras” de convivência do serviço. É um espaço de estímulo à participação social e organização de movimentos autônomos. Possuem frequência mínima de 1 reunião mensal.

Reuniões de Equipes: Participam todos os trabalhadores e gerente do serviço, podendo contar com convidados. Ocorrem para discutir o funcionamento do serviço e do cuidado dos usuários. Deve possuir frequência mínima de uma reunião semanal.

Reuniões de Miniequipes de território (exceto CdR): Participam todos os trabalhadores da miniequipe e quando necessário o gerente do serviço,

podendo contar com convidados. Ocorrem para discutir o cuidado dos usuários daquele território. Deve possuir frequência mínima de duas (2) reuniões semanais.

Comissão Gestora: Composta por no mínimo 3 trabalhadores (CdR 2) do serviço. Possui a função de apoiar a gerência do serviço no acompanhamento das ações, discutir e participar das tomadas de decisões da gerência. Podendo representar a gerência quando designado.

- Os CAPS, CER IV e CdR devem participar:
- Colegiado pleno representado pela gerência (reuniões mensais)
- Colegiado do NGAE representado pela gerência (reuniões semanais)
- EP de Território representados pela gerência (reuniões mensais)
- Reuniões de Articulação de território representados pela gerência (frequência mínima quadrimestral)
- Reuniões de Matriciamento divididas por UBS, com a representação dos trabalhadores da Miniequipe do território
- Colegiado da RAPS representados pela gerência (frequência mensal).
- Rede Rua: representados por trabalhadores das mine equipes e a gerência (frequência mínima mensal).
- Reunião de Matriciamento com o HCRN: representados por trabalhadores das mine equipes e quando necessário a gerência
- Reunião geral de Matriciamento entre os CAPS e CdR (frequência bimensal): representados por trabalhadores das mine equipes e gerência
- Serviço Residencial Terapêutico - SRT
- O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos (ou similares) por no mínimo 1 (um) ano contínuo. Esses moradores são identificados por fiscalizações, censos ou

levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde ou Secretaria de Estado da Saúde.

- O Serviço Residencial Terapêutico Tipo II Misto funcionará em parceria com o CAPS tendo como princípio que a convivência na casa será estabelecida por um contrato coletivo reforçando a vinculação entre os moradores e as regras de convivência serão construídas coletivamente através das reuniões dos moradores.

Teremos cuidadores às 24 horas do dia que auxiliarão na organização da casa: cada morador será acompanhado pelo Técnico de referência do CAPS que construirá com o morador seu PTS e os cuidadores terão conhecimento deste projeto. Todo investimento será na construção da autonomia possível para cada morador.

A casa alugada próxima ao CAPS III e tem quartos e ambiência compatível para ser um espaço confortável para 10 moradores.

Para que haja um processo de desinstitucionalização é necessário compreender e resgatar a história de todos os moradores, ressignificar suas lembranças, estar próximo para permitir os momentos de sofrimento quando se dão conta de suas perdas. É preciso entender que sair do hospital é um ganho em relação à qualidade de vida, mas também é a apropriação de sua existência que permite a verificação do vazio de sua vida em relação à família, amigos, trabalho e memórias. A casa não é uma clínica, não é um espaço de moradia apenas, o cotidiano permite a troca e uma vinculação de laços afetivos. A reabilitação nos Serviços Residenciais Terapêuticos inclui a reinvenção do cotidiano, como recurso terapêutico.

A residência não é apenas uma morada, é a apropriação de um lugar que passa a ter a cara de cada morador, com objetos que identificam seu jeito de ser. É o lugar da alegria, do sorriso, da brincadeira, dos afetos e também onde todos aprendem a suportar suas perdas. Mas o melhor é saber que não se está só, afinal na residência o “eu” existe.

Assim, a Secretaria de Saúde de Mauá utilizou como critérios para inserção de usuários de serviços de saúde mental no Serviço Residencial Terapêutico:

- Tempo de internação em Hospital Psiquiátrico ou instituição de internação psiquiátrica que também possua características asilares/manicomiais (necessariamente superior a 1 (um) ano contínuo).

- Desejo do indivíduo.

- Condições psicossociais da pessoa internada.

- Vínculos Familiares inexistentes, desfeitos ou extremamente comprometidos.

- Último município de moradia / Município de nascimento / Município de moradia dos familiares / Município que o indivíduo deseja morar.

- Vínculos de amizade constituídos durante o período de internação.

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

Quando necessário, os medicamentos são prescritos por médico da rede de atenção à saúde pública de Mauá. A administração dos medicamentos por via oral deve ser realizada pelo próprio usuário do serviço e quando necessário com auxílio do seu cuidador (familiar ou profissional), da mesma forma que aconteceria em qualquer residência. Em caso de dúvidas, os profissionais de saúde orientam sobre os horários e o modo de usar os medicamentos. Já os medicamentos injetáveis devem ser ministrados por profissional médico ou de enfermagem.

Como se trata de moradia, as visitas por pessoas externas ao convívio pessoal ou de Atenção Psicossocial dos moradores devem ser agendadas, respeitando o direito à privacidade, e devem ser solicitadas com antecedência à Secretaria de Saúde de Mauá.

As ações serão implantadas e desenvolvidas a partir dos Projetos Terapêuticos Singulares - PTS de cada morador da casa que será discutido por equipe multidisciplinar e envolverá o número de serviços recursos do território necessários para atingir seus objetivos. Será sempre considerado como

prioridade o protagonismo do usuário e sua participação na elaboração de seu PTS.

As atividades serão desenvolvidas preferencialmente em serviços externos ao Serviço Residencial Terapêutico, como parte das atividades e dinâmica de funcionamento da casa serão propostas ações relativas a:

- Regularização da Vida Civil – apoio e acompanhamento na emissão de documentos civis como certidão de nascimento, RG, CPF, título de eleitor, carteira de trabalho, abertura de contas bancárias;
- Oficinas terapêuticas e/ou culturais – buscando o desenvolvimento de habilidades e permitindo a expressão de várias linguagens como a música, artes plásticas e visuais, culinária;
- Participação nos afazeres domésticos – Tais atividades tem forte componente pedagógico no que se refere à estruturação da organização doméstica, autonomia dos moradores e autocuidado,
- Esporte – participação e promoção de atividades esportivas regulares e esporádicas desenvolvidas nos territórios do município.
- Cultura – organização e participação em programas e atividades culturais (excursões a sessões de cinema, teatro, shows, exposições, festas, etc);
- Geração de Renda – promoção e participação em atividades de geração de renda em parceria com o SUAS, visando ao desenvolvimento de habilidades para inserção no mercado de trabalho e geração de renda;
- Mercado de trabalho – apoio e acompanhamento para a preparação e efetiva inserção no mercado formal de trabalho;
- Educação – inserção e reinserção no ensino regular formal, e/ou em cursos profissionalizantes: apoio, acompanhamento e articulações com as instituições de ensino;
- Saúde Integral – acompanhamento em consultas médicas, odontológicas, pré-natal, exames clínicos, prevenção de DSTs/AIDS, e atividades de promoção da saúde

- Assembleias – reuniões sistemáticas e periódicas com a participação de todos os moradores e trabalhadores para a deliberação e definição de regras para a manutenção e dinâmica da casa;

1. Objetivo Geral

Desinstitucionalizar os moradores dos Hospitais Psiquiátricos.

2. Objetivos Específicos

Promover aquisição de conhecimentos que propiciam realização de atividades da vida diária no que se refere ao autocuidado, higiene e melhor apropriação de esquema corporal.

Propiciar atividades que envolvem manuseio de equipamentos domésticos (liquidificador, batedeiras, etc.), em que os pacientes contribuem na preparação de alimentos e arrumação da casa de forma a propiciar maior responsabilização e participação nos eventos.

Estimular a autonomia dos pacientes no que se refere ao direito de ir e vir, monitoramento saídas e aos poucos, liberando circulação à partir da possibilidade de cada morador.

Propiciar condições de convivência em que os moradores passam a habitar a casa de forma a constituir “família”, em que se muda o conceito de institucionalização, sendo que o morador passa à condição de sujeito.

República Terapêutica Adulto – RTA – (Unidade de Acolhimento Transitório Adulto – UATa)

A casa tem por objetivo ser um espaço de reabilitação psicossocial de usuários com histórico de abuso de Substâncias Psicoativas, com os vínculos familiares fragilizados que, e os impeçam de retornar ao convívio familiar e que se encontre em situação de vulnerabilidade social.

A casa funcionará em conjunto com o CAPS AD III, que propiciará a retaguarda nos cuidados, formando uma rede de atenção à saúde mental na

cidade, em conjunto com outros equipamentos sociais, culturais, assistenciais entre outros.

No projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, a casa tem como proposta a reabilitação psicossocial, proporcionando apoio a questões como moradia, regularização da documentação e vida civil, escolarização, trabalho e geração de renda, além de focar a construção afetiva relacional com a invenção de um novo lugar social para a experiência de vida sem o uso abusivo de substâncias. Soma-se a isso o fato da institucionalização ter em si um alto custo financeiro em oposição à vida familiar e comunitária. As características da casa são transitoriedade, participação voluntária e permanência temporária. Nosso esforço é evitar os encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas ou Hospitais Psiquiátricos em que o sujeito se afasta do mundo real, sem ter a oportunidade de enfrentar seus desejos.

Com esse trabalho, pretende-se empreender processos socioeducativos, orientados para a inserção do usuário na família (sempre que possível), na escola e no mundo do trabalho, quiçá alcançando uma vida mais libertária e participativa.

1. Objetivos

I. Objetivo Geral

Promoção do direito à saúde e à reabilitação psicossocial de pessoas em uso abusivo de drogas e/ou dependentes químicos do município, que estejam em tratamento no CAPS AD III e não possuam retaguarda familiar, oferecendo e possibilitando que as ações previstas no PTS e no Programa de Redução de Danos sejam cumpridas.

II. Objetivos Específicos

- Conceber o trabalho realizado de natureza educativa com efeitos que podem ser terapêuticos. Estabelecendo com o usuário um contrato sobre as

responsabilidades, e condições de ajuda com que poderá contar e sobre as normas que regulam seu período de permanência na casa

- Criar condições para que o usuário construa um projeto de vida que traga outras possibilidades para além do uso de drogas;

- Desenvolver vínculos de confiança que permitam “condições para trabalhar com o usuário”;

- Evitar abordagens moralistas da conduta do usuário, assim como cumplicidade e a omissão frente à situações de transgressão. Desenvolvendo nos sujeitos a capacidade de reflexão, elaboração sobre suas vivências, sua ação no mundo e seu passado, presente e futuro;

- Estabelecer uma sistemática de cuidados frequentes e estar disponível para cuidados emergenciais solicitados pelos moradores;

- Definir com os usuários, alternativas viáveis de encaminhamentos para os equipamentos do território. Avaliando periodicamente com os usuários o seu percurso em sua estadia na casa juntamente com seu PTS;

- Considerar a família como um parceiro privilegiado;

- O usuário será sempre encaminhado pelo CAPS AD III e a equipe do CAPS fará todas as discussões do PTS com a equipe da Unidade de Acolhimento;

2. Legislação

Este projeto seguirá as diretrizes das portarias do Ministério da Saúde, consolidando os princípios da reforma psiquiátrica no Brasil:

- Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001
- Portaria MS 3.077 de 27 de dezembro de 2012
- Portaria MS 1.460 de 21 de dezembro de 2012
- Portaria MS 855 de 22 de agosto de 2012
- Portaria MS 121 de dezembro de 2012
- Portaria MS 854 de 22 de agosto de 2012
- Portaria MS 1.031 de 26 de setembro de 2012
- Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002

3 População Alvo

A população alvo será de residentes do município de Mauá, maiores de 18 anos, que possuam problemas relacionados ao uso de drogas como doença primária e que:

- Sejam usuários do CAPS AD III
- Não disponham de suporte sócio-familiar básico ou condições de convivência familiar, temporária ou permanente;
- Os encaminhamentos para a casa serão sempre realizados pela equipe do CAPS III AD, e a avaliação e acompanhamento será realizado por equipe interdisciplinar. O tempo de permanência será definido pela equipe através da avaliação do PTS.

3. Estrutura da Casa

a. Física

A casa deverá possuir 04 quartos ou mais, podendo instalar de maneira confortável de 10 a 15 usuários. O imóvel também deve contar com áreas externas (quintal e jardim) e espaços de uso comum, como salas, cozinha, lavanderia que permitam a convivência e o trabalho partilhado. As rotinas da moradia serão construídas coletivamente, através de assembleias diárias. Ficarão na residência os educadores sociais, um coordenador e os técnicos de apoio, que terão como tarefa garantir o funcionamento da casa e manter a articulação com o CAPS III AD.

b. Funcionamento

Como parte das atividades e dinâmica de funcionamento da casa serão propostas ações relativas a:

- Regularização da Vida Civil – apoio e acompanhamento na emissão de documentos civis como certidão de nascimento, RG, CPF, título de eleitor, carteira de trabalho, abertura de contas bancárias;

- Oficinas terapêuticas e/ou culturais – buscando o desenvolvimento de habilidades e permitindo a expressão de várias linguagens como a música, artes plásticas e visuais, culinária;

- Participação nos afazeres domésticos – Tais atividades tem forte componente pedagógico no que se refere à estruturação da organização doméstica, autonomia dos moradores e auto cuidado, inclusive para a vida pós UA

- Esporte – participação e promoção de atividades esportivas regulares e esporádicas desenvolvidas nos territórios do município.

- Cultura – organização e participação em programas e atividades culturais (excursões a sessões de cinema, teatro, shows, exposições, festas, etc);

- Geração de Renda – promoção e participação em atividades de geração de renda em parceria com o SUAS, visando ao desenvolvimento de habilidades para inserção no mercado de trabalho e geração de renda;

- Mercado de trabalho – apoio e acompanhamento para a preparação e efetiva inserção no mercado formal de trabalho;

- Educação – inserção e reinserção no ensino regular formal, e/ou em cursos profissionalizantes: apoio, acompanhamento e articulações com as instituições de ensino;

- Saúde Integral – acompanhamento em consultas médicas, odontológicas, pré-natal, exames clínicos, prevenção de DSTs/AIDS, e atividades de promoção da saúde

- Assembleias – reuniões sistemáticas e periódicas com a participação de todos os moradores e trabalhadores para a deliberação e definição de regras para a manutenção e dinâmica da casa;

República Terapêutica Infanto-juvenil – RTij – (Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-juvenil – UATij)

A casa tem por objetivo ser um espaço de reabilitação psicossocial de usuários com histórico de abuso de Substâncias Psicoativas, com os vínculos familiares fragilizados que, e os impeçam de retornar ao convívio familiar e que se encontre em situação de vulnerabilidade social.

A casa funcionará em conjunto com a UBs de referência e com o CAPS AD III e CAPS II i, que propiciará a retaguarda nos cuidados, formando uma rede de atenção à saúde mental na cidade, em conjunto com outros serviços de saúde, sociais, culturais, assistenciais entre outros.

Com esse trabalho, pretende-se empreender processos socioeducativos, orientados para a inserção do usuário na família (sempre que possível), na escola e no mundo do trabalho, buscando uma vida mais libertária e participativa.

Faz-se necessário destacar que a RTij é uma ação de saúde do CAPS AD e não é um serviço de abrigo de crianças e adolescentes, devendo a criança ou adolescente possuir idade igual ou superior à 10 anos e responsável legal (mesmo que seja o abrigo).

1. Objetivos

1.1. Objetivo Geral

Promoção do direito à saúde e à reabilitação psicossocial de crianças e adolescentes em uso abusivo de drogas e/ou dependentes químicos do município, que sejam usuárias do CAPS AD III e não possuam ou esteja fragilizada a retaguarda familiar, possibilitando que as ações do PTS e do Programa de Redução de Danos sejam cumpridas.

1.2. Objetivos Específicos

- Conceber o trabalho realizado de natureza educativa com efeitos que podem ser terapêuticos. Estabelecendo com o usuário um contrato sobre as responsabilidades, e condições de ajuda com que poderá contar e sobre as normas que regulam seu período de permanência na casa
- Criar condições para que o usuário construa um projeto de vida que traga outras possibilidades para além do uso de drogas;
- Desenvolver vínculos de confiança que permitam “condições para trabalhar com o usuário”;

- Evitar abordagens moralistas da conduta do usuário, assim como cumplicidade e a omissão frente às situações de transgressão. Desenvolvendo nos sujeitos a capacidade de reflexão, elaboração sobre suas vivências, sua ação no mundo e seu passado, presente e futuro;

- Estabelecer uma sistemática de atendimentos frequentes e estar disponível para atendimentos emergenciais solicitados pelos moradores;

- Definir com os usuários, alternativas viáveis de encaminhamentos para os equipamentos do território. Avaliando periodicamente com os usuários o seu percurso em sua estadia na casa juntamente com seu PTS;

- Considerar a família como um parceiro privilegiado;

- O usuário será sempre encaminhado pelo CAPS AD III e a equipe do CAPS fará todas as discussões do PTS com a equipe da RTij;

2. Legislação

Este projeto seguirá as diretrizes das portarias do Ministério da Saúde, consolidando os princípios da reforma psiquiátrica no Brasil:

- Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001
- Portaria MS 3.077 de 27 de dezembro de 2012
- Portaria MS 1.460 de 21 de dezembro de 2012
- Portaria MS 855 de 22 de agosto de 2012
- Portaria MS 121 de dezembro de 2012
- Portaria MS 854 de 22 de agosto de 2012
- Portaria MS 1.031 de 26 de setembro de 2012
- Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002

3. População Alvo

A população alvo será de crianças e adolescentes residentes do município de Mauá, com idade superior à 10 anos, que possuam problemas relacionados ao uso de drogas e que:

- Não disponham de suporte sócio-familiar básico ou condições de convivência familiar, temporária ou permanente;

- Estejam em tratamento no CAPS AD III;
- Os encaminhamentos para a casa serão sempre realizados pela equipe do CAPS III AD, e a avaliação e acompanhamento será realizado por equipe interdisciplinar. O tempo de permanência será definido pela equipe através da avaliação do PTS.

4. Estrutura da Casa

4.1. Física

A casa deverá possuir 04 quartos ou mais, podendo instalar de maneira confortável de 10 usuários. O imóvel também deve contar com áreas externas (quintal e jardim) e espaços de uso comum, como salas, cozinha, lavanderia que permitam a convivência e o trabalho compartilhado. As rotinas da moradia serão construídas coletivamente, através de assembleias diárias. Ficarão na residência os educadores sociais, um coordenador e os técnicos de apoio, que terão como tarefa garantir o funcionamento da casa e manter a articulação com o CAPS III AD e CAPS II i.

4.2. Funcionamento

Como parte das atividades e dinâmica de funcionamento da casa serão propostas ações relativas a:

- Regularização da Vida Civil – apoio e acompanhamento na emissão de documentos civis como certidão de nascimento, RG, CPF, título de eleitor, carteira de trabalho, abertura de contas bancárias;
- Oficinas terapêuticas e/ou culturais – buscando o desenvolvimento de habilidades e permitindo a expressão de várias linguagens como a música, artes plásticas e visuais, culinária;
- Participação nos afazeres domésticos – Tais atividades tem forte componente pedagógico no que se refere à estruturação da organização doméstica, autonomia dos moradores e auto cuidado, inclusive para a vida pós UA

- Esporte – participação e promoção de atividades esportivas regulares e esporádicas desenvolvidas nos territórios do município.
- Cultura – organização e participação em programas e atividades culturais (excursões a sessões de cinema, teatro, shows, exposições, festas, etc);
- Geração de Renda – promoção e participação em atividades de geração de renda em parceria com o SUAS, visando ao desenvolvimento de habilidades para inserção no mercado de trabalho e geração de renda (para adolescentes);
- Mercado de trabalho – apoio e acompanhamento para a preparação e efetiva inserção no mercado formal de trabalho (para adolescentes);
- Educação – inserção e reinserção no ensino regular formal, e/ou em cursos profissionalizantes: apoio, acompanhamento e articulações com as instituições de ensino;
- Saúde Integral – acompanhamento em consultas médicas, odontológicas, pré-natal, exames clínicos, prevenção de DSTs/AIDS, e atividades de promoção da saúde;
- Assembleias – reuniões sistemáticas e periódicas com a participação de todos os moradores e trabalhadores para a deliberação e definição de regras para a manutenção e dinâmica da casa;

Rede de Urgência e Emergência

O atendimento aos usuários de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou de saúde mental, deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS, possibilitando a resolução dos problemas de saúde dos usuários ou transportando-os responsavelmente a um serviço de saúde hierarquizado e regulado.

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Pessoas em Sofrimento Psíquico possuem os mesmos direitos e seguirão os mesmos fluxos, estabelecidos para a UE, existentes para todos os cidadãos.

- Pessoas acometidas por UE Clínicas devem ser encaminhadas às UPAS para avaliação, cuidado e encaminhamentos necessários (abstinência e/ou intoxicação serão considerados problemas clínicos).

- Pessoas em crises relacionadas a sofrimento psíquico serão encaminhadas ao HCRN para avaliação.

- Em casos de dúvida se trata-se de problema clínico e/ou Sofrimento Psíquico considerar o primeiro, sendo o segundo um diagnóstico por exclusão. Priorizando-se assim a preservação da vida.

- Mesmo nos casos de evidente crise relacionada a problemas de saúde mental o referido cidadão deve ser submetido a avaliação clínica criteriosa.

O acompanhante é um direito do usuário, sendo vedada a negativa de cuidado pela ausência do mesmo (do acompanhante)

No caso de solicitação de transporte de UE realizado por serviço da RAPS, cabe ao serviço solicitante a avaliação da necessidade de acompanhante da equipe.

Serviços de Atenção de Urgência e Emergência

Os Serviços de atendimento de Urgências e Emergência(RUE) do município são: quatro Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h); um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência regional (SAMU); um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); e Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini (HCDRN). Estes serviços trabalham atendendo a Portaria nº 3.088, de 23/12/11.

Regulação de Urgência/Emergência e Hospitalar

Responsável pela regulação de urgência/emergência e transferências inter hospitalar, realizando a busca de vaga/leito para as especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, ortopedia, neurocirurgia, psiquiatria, pediatria, UTI, emergências, exames para diagnóstico de pacientes internados, promovendo acesso aos recursos necessários em tempo oportuno com equidade, acionando o serviços de transporte/remoção para que proceda a transferência.

O acesso a este serviço acontece através do telefone 192, e pelos serviços que atendem os usuários em situação de urgência/emergência e

necessitem de transferência: UPAs, Hospitais (Nardini e Santa Casa), pelo sistema CROSS.

Chamadas 192

Acesso ao serviço através do telefone 192: residência, via pública, serviços de saúde e outros. O primeiro atendimento será realizado pelo TARM – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica, órgão responsável por acolher a demanda, anotando as informações: nome do solicitante, telefone para contato, nome da vítima, idade, sexo do paciente, endereço, ponto de referência e queixa. Cabe ao TARM somente apurar a queixa principal e o nível de consciência, todas as demais informações clínicas devem ser investigadas pelo médico regulador.

O médico regulador após análise das informações clínicas repassadas pelo solicitante, classificará o chamado e definirá o tipo de transporte; unidade suporte básico (USB) e unidade de suporte avançado (USA). Para os casos de usuários em sofrimento psíquico, terão todas as informações clínicas levantadas e classificadas.

Os usuários que estiverem nos CAPS que necessitem de internação, também acessarão o 192 para solicitação de ambulância, após avaliação e classificação pelo médico regulador, com ou sem acompanhante, o mesmo será transferido.

Nos casos em que um serviço da RAPS solicita apoio do SAMU 192, o serviço solicitante verificará se é necessário que um profissional acompanhe o atendimento e a transferência do mesmo.

Não é obrigatória a presença de acompanhante para a efetuação dos cuidados.

Fluxo para o cuidado de urgência de pessoas em síndrome de abstinência, intoxicação ou outros problemas clínicos (incluindo pessoas usuárias de serviços de saúde mental):

Serão considerados casos clínico

Devem ser encaminhados para a UPA mais próxima

Caso a equipe da UPA considere necessário será solicitada a transferência para o HCRN

Os casos causados por abuso de drogas serão comunicados ao Caps AD

Os casos de tentativa de suicídio serão comunicados à UBS de referência e ao Caps correspondente à idade do munícipe

Fluxo de cuidado de urgência para usuários de serviços de saúde mental em crise devido ao sofrimento psíquico:

Deve ser verificado se os sintomas não possuem causa clínica

Caso não possuam causa clínica o mesmo pode deve ser encaminhado para o HCRN ou para o Caps de referência

Para ser encaminhado para o Caps de referência é necessário:

Que o munícipe já seja usuário do Caps

Que a equipe responsável pelo atendimento entre em contato com o referido Caps e verifique a possibilidade de acolhimento imediato

Caso não seja possível o mesmo deve ser referenciado ao P.S. de Saúde Mental do HCRN

Atendimeto SAMU 192

Ao discar 192, sua ligação será atendida pela Central de Regulação Médica de Urgência. Em um primeiro momento, a telefonista vai fazer algumas perguntas: motivo da ligação, endereço, município, ponto de referência e, em caso de acidentes, o número de vítimas. Alguns telefonistas do SAMU já utilizam protocolos de triagem para encaminhamento mais rápido do chamado ao médico regulador. Neste caso, outras duas perguntas serão realizadas: A vítima está acordada? A vítima está respirando? Posteriormente, a ligação é transferida para um médico regulador, que faz o provável diagnóstico, orienta sobre as primeiras ações e avalia a necessidade de envio de uma ambulância. Esta avaliação é feita a partir das informações que você fornecer por telefone, por isso é necessário estar junto ao local em que se encontra a pessoa. Esta norma, preconizada pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo garantir o encaminhamento mais adequado e permite que o médico regulador vá prestando as primeiras recomendações sobre o socorro, ainda pelo telefone, enquanto a pessoa aguarda a chegada da ambulância.

Ao chamar o SAMU lembre-se:

Tente responder a todas as perguntas solicitadas, mantenha a calma e não desligue o telefone até a liberação da ambulância pelo médico regulador. As informações colhidas são de extrema importância para definir o tipo de ambulância que será enviada e as orientações que serão fornecidas até a chegada da equipe do SAMU no local. Em hipótese alguma passe trotes, pois TODAS as ligações são gravadas e vidas podem ser perdidas ao ocupar o telefone 192. Cumpra seu dever de cidadão e utilize o SAMU com responsabilidade. Ligue para o SAMU somente se estiver diante de uma situação de emergência.

Considera-se: Vítima sem condições de decidir: aquela que é encontrada inconsciente, alcoolizada ou intoxicada, dentre outras circunstâncias; Pessoa que requer amparo ou auxílio: idoso acamado ou dependente, dentre outros.

Seguir as regras gerais da abordagem de vítimas portadoras de necessidades especiais; Assim que possível, comunicar-se com a Regulação Médica sobre o atendimento à vítima sem condições de decidir e acompanhada de criança e/ou adolescente ou de pessoa que requer auxílio; Se possível, solicitar que vizinhos ou conhecidos responsabilizem-se pela criança e/ou adolescente ou pela pessoa que requer auxílio, registrando na ficha o nome completo e o endereço desse responsável; Caso não seja possível atender ao item anterior, acionar a Regulação Médica para a tomada de decisão; Caso a decisão seja por conduzir a pessoa juntamente com a vítima, informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino para o qual será encaminhada a vítima e solicitar que se possível, comuniquem a outros familiares; No hospital, após passagem do caso para o médico assistente, solicitar auxílio do serviço social local para passagem do caso acerca do acompanhante, registrando o nome e cargo do funcionário que assumir a responsabilidade da guarda; Caso não seja possível atender ao item anterior, solicitar ao enfermeiro de plantão que se responsabilize pelo acompanhante, registrando o nome e cargo do funcionário que assumir tal responsabilidade; Caso nenhum responsável pelo menor de 18 anos compareça à unidade caberá ao serviço social do hospital acionar o Conselho Tutelar.

Prevenção de Queda: Práticas cotidianas na minimização de erros. Atente para os fatores de risco para queda: o Idade <5 ou >65 anos; o Presença de agitação e/ou confusão mental e déficits sensoriais; o Uso de sedativos; o Visão reduzida; o Dificuldades de marcha; o Mobiliário e acessos: berço, camas, escadas, tapetes, macas, etc o Riscos ambientais: iluminação adequada, pisos escorregadios, superfícies irregulares; o Calçados, vestuário, bengalas ou andadores não apropriados; o Transporte em prancha longa e/ou maca sem utilização de cintos de segurança ou sem as grades de proteção elevadas; Anote na ficha se há risco para queda (fatores de risco); Auxilie nos deslocamentos sempre que necessário; Considere a necessidade de contenção física em caso de agitação ou confusão mental e siga os protocolos pertinentes; Registre os casos de queda que acontecerem na fase de APH.

HCRN e UPAS

Destacamos que o Pronto Socorro de Saúde Mental do HCRN e as UPAS são serviços de Porta Aberta e possuem funcionamento 24 horas. Todo usuário que adentrar ao hospital ou uma das UPAS após a avaliação de Risco e Vulnerabilidade deverá ser avaliada pela clínica médica para descartar quadros clínicos e depois de ser atendido e descartada as hipóteses de quadro clínico será avaliada a necessidade de encaminhamento à equipe multidisciplinar de Atenção Psicossocial.

Obrigatoriamente devem ser encaminhados para avaliação da clínica médica que decidirá pelo encaminhamento para saúde mental.

Fica estipulado que as situações de intoxicação exógena devem ser tratadas e compensadas pela clínica médica, antes de qualquer intervenção em saúde mental.

Usuários com mudança no comportamento, como auto e heteroagressividade e alteração de dados vitais devem ser obrigatoriamente avaliados pela clínica médica, antes de seguir para saúde mental, a fim de excluir causas orgânicas.

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é uma Intercorrência clínica que deve ser manejada pela clínica médica, podendo esta solicitar o acompanhamento conjunto pela saúde mental.

Quadros depressivos graves com ideação suicida e dados vitais alterados devem ser avaliados pela clínica médica, para exclusão de causas clínicas ou quadros de intoxicação.

Todo usuário com agitação psicomotora intensa e alteração de dados vitais deverá ser atendido pela clínica médica, antes de seguir para saúde mental para afastar causas clínicas/orgânicas.

Em todas as situações classificadas como vermelho ou laranja ressalta-se, que é necessária a avaliação clínica precoce, para afastar doenças clínicas como causa de transtornos mentais.

Não será realizada troca de receita ou primeira prescrição em situações que não configurarem Urgência ou Emergência ou sem pactuação prévia com os demais serviços da RAPS.

Não serão realizadas elaborações de Laudos ou perícias para qualquer finalidade salvo determinação judicial ou pactuação prévia com os demais serviços da Rede.

Atestado de permanência ou de comparecimento são Fornecidos pelo próprio HCRN, inclusive nos casos de necessidade de afastamento imediato do trabalho.

Unidade de Pronto Atendimento 24h

As UPAs do município são componente pré-hospitalares fixos de porte II que funcionam 24 horas do dia em todos os dias da semana, de complexidades intermediárias situadas entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar. Possuem equipes interdisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêutico, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, recepcionistas, controladores de acesso e apoio operacional. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados, prestando primeiro atendimento, estabilizando os usuários e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de referenciar a serviços hospitalares de maior complexidade. É retaguarda da rede para os casos de urgências atendidas pelos usuários trazidos pelo SAMU 192. Sua

estrutura conta com o apoio diagnóstico de raios-x, exames laboratoriais e eletrocardiograma nas 24 horas do dia.

O Cuidado nas UPAS:

Todo munícipe que buscar atendimento emergencial, independente de estar em crise por problemas relacionados à saúde mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, será acolhido pelos profissionais da recepção e passará em acolhimento onde o profissional enfermeiro realizará o processo de classificação de risco para identificar a prioridade do seu cuidado. Esta avaliação estabelece o potencial risco de agravos à saúde ou sofrimento do usuário, priorizando assim o seu atendimento. Neste processo a equipe realiza uma escuta qualificada, buscando considerar a queixa e o histórico que o usuário/acompanhante traz no seu processo de cuidado, enfatizando que existe uma RAPS para apoiá-lo e acionando a mesma quando necessário.

O cuidado respeita os princípios de redução de danos, objetivando construir uma relação de confiança com o usuário através de um diálogo que oriente e não discrimine, conciliando a dinâmica de um serviço de Urgência e Emergência com um atendimento humanizado, vendo a pessoa não como um paciente e sim como um sujeito, que possui necessidades biopsicossociais.

Havendo a necessidade o usuário pode ser assistido em um leito na observação, por um período determinado, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica. Os usuários que não tiverem suas queixas resolvidas são encaminhados para uma avaliação e/ou vaga hospitalar através do Complexo Regulador do município.

Os usuários que receberem alta do atendimento da UPA serão referenciados para a Unidade Básica de sua referência proporcionando continuidade no cuidado com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

Para atendermos em consonância com os paradigmas resultantes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial é de extrema importância potencializar o cuidado entre a equipe multiprofissional, a discussão de casos e a articulação com os demais pontos da Rede (UBS/NASF, CAPS AD, CAPS Adulto, CAPS infantil, Hospital Nardini, Consultório de Rua, CRS, CREAS, CRAS e

CRSMCA), visando a integralidade do atendimento, promoção e recuperação da saúde e inclusão social.

Neste processo de trabalho, o serviço social das Unidades tem um papel essencial em acolher o usuário e acionar a Rede, fazendo-se necessário o registro e discussões de casos entre a equipe, de forma que sejam acolhidas as demandas das pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou sofrimento psíquico. Na ausência deste profissional a equipe deve realizar esta intervenção.

Enfermaria de Saúde Mental HCRN

Os Leitos da Enfermaria de Saúde Mental são destinados para Adultos de ambos os Sexos. Para a avaliação dessa condição consideraremos a idade cronológica de 18 anos completos. Crianças serão acolhidas na enfermaria de Pediatria sob acompanhamento conjunto da equipe multidisciplinar de trabalho interdisciplinar de saúde mental. Usuários adolescentes, quando necessário, devem ser internados no setor de Clínica Médica, mantidos sempre sob o acompanhamento da equipe multidisciplinar de saúde mental.

Nos casos de pessoas com déficit cognitivo considerável será avaliada a necessidade de permanência em diversa da prevista para sua idade cronológica, devido a possível prejuízo para sujeito, buscando a permanência com pessoas com estrutura de desenvolvimento psíquico emocional semelhante.

Já no caso de gestantes com necessidade de internação por problemas relacionados à Saúde Mental, Álcool ou Outras Drogas, terão prioridade no atendimento e leito na enfermaria de saúde mental após a avaliação clínica.

As internações nos Leitos de Saúde Mental do HCRN devem seguir o disposto na Lei 10.216/2001, na PORTARIA MS Nº 148/2012 e na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

I - Ações de cuidado

A) O acolhimento:

É realizado por todos os profissionais da equipe e tem a finalidade de entender a demanda, pela escuta qualificada, do sofrimento que o usuário trás

em sua queixa. Essa escuta vai permitir que se obtenha um primeiro entendimento da situação e que se avalie a necessidade de cuidados no NCRN, ou, por receber também a demanda espontânea, se a situação pode ser atendida no Território.

Os critérios de pertinência aos leitos de Enfermaria de Saúde Mental do HCRN são orientados por:

- Classificação de Risco e Vulnerabilidade
- Grau de prejuízo no desenvolvimento;

Essas características devem ser avaliadas por ocasião do acolhimento e discutidos entre as equipes dos serviços. Quanto mais integradas estiverem as equipes do HCRN com os demais serviços da RAPS, mais ágil fica o acesso e a discussão de estratégias para o cuidado.

B) Processo de avaliação

Nem sempre as queixas trazidas no acolhimento se constituem em demandas identificáveis, embora às vezes, as aparências apontem para determinados diagnósticos. Problemas de aprendizagem, de comportamento, agressividade, mutismo, negativismo, febre, dores abdominais, falta de apetite, timidez, muitas vezes podem estar refletindo um problema ou conflito familiar, que podem ser acolhidos e devidamente cuidados, em outros serviços de saúde ou na rede intersetorial.

Deve-se também levar em conta a natureza da pessoa, sua personalidade, os hábitos e as relações familiares, a atenção que lhe é oferecida, etc. Muitos sintomas relatados ou referidos podem ser passageiros; e sua frequência, persistência e intensidade devem ser avaliadas. Além disso, fatores como a estrutura familiar, as condições, socioeconômica e cultural, situações ambientais, de risco e vulnerabilidade, devem ser levadas em consideração.

Devendo a equipe trabalhar para que a queixa seja compreendida e que nesse processo seja construída a real demanda de cuidados da pessoa ou comunidade.

A Classificação Internacional de Funcionalidades – CIF é um instrumento fundamental para a elaboração e ou complementação de um diagnóstico e do

PTS, contribuindo inclusive nos encaminhamentos para outros recursos especializados de saúde que eventualmente deverão compartilhar o cuidado.

Os processos de avaliação devem ser flexíveis e variáveis, procurando atender as reais necessidades de cada pessoa. A avaliação consiste em uma abordagem interdisciplinar, individual ou grupal, realizada por vários profissionais, conjuntamente a realização de abordagem familiar que pode ser realizada também em grupo ou individualmente, conforme a situação o exigir.

O PTS deve ser construído para todos os usuários dos Leitos da Enfermaria de Saúde Mental do HCRN e não é um produto do saber da equipe interdisciplinar, e sim uma construção com a participação do sujeito e quando necessário de sua família e ou comunidade. Esse PTS deve ser construído em conjunto com o CAPS e UBS de referência, e quando necessário devem ser incluídos outros serviços da rede de saúde.

C) Ações do cuidado

Será priorizado o cuidado em grupos terapêuticos diversos, compostos por um ou mais profissional de nível superior, médio e/ou fundamental, tem por objetivo o desenvolvimento afetivo, cognitivo, motor e social e a superação de conflitos internos. São formados de acordo com a faixa etária e as afinidades das necessidades dos usuários. Os participantes são constantes e tem uma frequência semanal. Mas os atendimentos individuais realizados pelos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar são ofertados sempre que o se fizer necessário.

Oficinas terapêuticas, complementam as ações proporcionando espaços de atividades, que possam desenvolver a noção de corpo, esquema corporal, equilíbrio, coordenação, alívio de tensão, sociabilidade, auto estima e desenvolvimento de habilidades específicas. É formado por participantes fixos, com indicação nos respectivos PTS e é aberto à participação espontânea de outros usuários. As oficinas podem ser abertas também aos familiares ou cuidadores, sempre de acordo com o PTS.

II - A continuação do cuidado para além do HCRN

O cuidado ofertado no HCRN deve estar intimamente vinculado a ações das equipes de cuidado de base territorial garantindo que este cuidado se integre ao PTS de toda a rede

III Co-gestão e Gestão Participativa

As Clínicas e a equipe Interdisciplinar de Saúde Mental do HCRN devem possuir:

Conselho Gestor (Apenas 1 para o HCRN): É formada por dois (2) usuários e/ou familiares, um (1) trabalhador do serviço e o gerente. Esta comissão compõe o controle social. Possui frequência mínima de reuniões mensais.

Reuniões de Equipes: Participam todos os trabalhadores e gerente do serviço, podendo contar com convidados. Ocorrem para discutir o funcionamento do serviço e do cuidado dos usuários. Deve possuir frequência mínima de uma reunião semanal.

O HCRN deve participar:

Colegiado pleno representado pela gerência (reuniões mensais)

EP de Território representados pelas gerências (reuniões mensais)

Reuniões de Articulação de território representados pelas gerências (frequência mínima quadrimestral)

Colegiado da RAPS representados pela Diretoria (frequência mensal).

Rede Rua: representados por trabalhadores e a gerência (frequência mínima mensal).

Reunião de Matriciamento com os Caps e CdR: representados por trabalhadores das mine equipes e quando necessário as gerências

NAQH

CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviço de Saúde

Após atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e havendo necessidade de transferência deste usuário, o estabelecimento solicitante ficará responsável pela inclusão do caso no sistema CROSS. O médico regulador realizará a regulação, sendo Hospital Dr. Radamés Nardini e

Santa Casa de Mauá as referências municipais, se os recursos municipais não forem suficientes para atender as necessidades da solicitação, a regulação buscará via sistema CROSS estadual os recursos em âmbito estadual.

Os usuários em sofrimento psíquico e/ou usuário de drogas em situação de necessidade de internação em hospital geral, serão avaliados pelo médico da UPA, que procederá com a inserção no sistema CROSS. O médico regulador realizará o processo regulatório, e o usuário será encaminhado ao Hospital Nardini, após aceite da regulação interna do Hospital. Após transferência, o usuário será avaliado pela equipe de saúde mental, se houver indicação de internação, esta será efetuada, caso contrário, o mesmo retornará a origem.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Atenção Domiciliar destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. É organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1): destina-se aos usuários que: Necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.

II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2): Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

1) – afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

2) – afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

3) – necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

4) – prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Abaixo seguem alguns exemplos:

- Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- Adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;
- Necessidade de cuidados paliativos;

III - Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento (s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Regulação ambulatorial

A regulação ambulatorial é responsável pelo recebimento e agendamento de todos os encaminhamentos para especialidades médicas e exames. Apesar de trabalharmos com demanda inserida nos sistemas, os profissionais da regulação através destes encaminhamentos sentem a fragilidade e necessidade de brevidade em alguns agendamentos, conforme avaliação e classificação dos profissionais reguladores (médico e enfermeiros). Em especial, os casos de oncologia recém-diagnosticados, que em muitas vezes nos chegam com gravidade e geralmente para tratamentos paliativos. O usuário está entre a angústia do diagnóstico e a necessidade de agendamento com brevidade em serviços de alta complexidade.

Estes serviços referência para tratamentos oncológicos estão localizados na grande maioria fora da Região do grande ABC, gerando para estes usuários e familiares deslocamentos frequentes para o município de São Paulo.

O Transporte Ambulatorial

Transporte ambulatorial é o setor responsável pelos agendamentos de transporte de usuários, que necessitam tratamentos médicos e não tem condição de locomoção. Os usuários priorizados são os que estão em tratamento: hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, consultas e exames especializados.

Os usuários acamados e com dificuldade de locomoção, que necessitem de ambulância, também terão o transporte agendado pelo serviço. A pessoa em sofrimento psíquico é acolhida de acordo com sua condição de saúde e com o comprometimento de sua capacidade de locomoção, ou ainda na dificuldade e condição social de abandono.

A partir da escuta qualificada e classificação de risco, realizadas em conjunto com a serviço solicitante, haverá então, a indicação do transporte mais adequado (ambulância, adaptado ou van) e se existe a necessidade de acompanhante.

8.2. Anexo 2: CARTA DE BAURU

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e Direitos Humanos sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

8.3. Anexo 3: CARTA DE PRINCÍPIOS DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL DE SÃO PAULO

Nós da “Frente Estadual Antimanicomial – São Paulo” nos propomos a congregar e acolher os diversos movimentos e entidades do campo da saúde, saúde mental, e outras áreas. Reafirmamos os compromissos e propostas da “Carta de Bauru” (Bauru, 1987), do “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial” (Brasil, 2011), “Carta de Carapicuíba” (Carapicuíba, 2011), “Carta de Santos” (Santos, 2011) e da “Carta de Serra Negra” (Serra Negra, 2011).

Propomos avançar na Reforma Sanitária e na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Estado, defendendo o direito à saúde a partir dos princípios do SUS, discutindo e apresentando proposições e ações frente aos desafios da atualidade.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e Luta Antimanicomial, como muitos outros Movimentos Sociais, marcaram o século XX e início do XXI com propostas de construção de uma sociedade democrática, com a garantia de direitos sociais e transformação da atenção pública em saúde e saúde mental no Brasil.

Atualmente, encontram-se em implementação no território brasileiro redes de serviços substitutivos de atenção em saúde mental e diversas iniciativas intersetoriais nos campos do trabalho e da cultura. E, certamente, uma das principais conquistas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial tem sido a de afirmar, garantir e restituir os direitos dos usuários, dos familiares e da comunidade, buscando garantir seu protagonismo e a participação popular.

O Relatório Final da “IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial”, realizada em julho de 2010, após 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios e aproximadamente 46.000 pessoas, reafirma os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Apresenta um conjunto significativo de propostas para enfrentar os desafios atuais, trazer avanços à Política Nacional de Saúde Mental e às articulações intersetoriais e, do mesmo modo, contribuir

para o fortalecimento de políticas sociais, tais como: direitos humanos, assistência social, habitação, educação, cultura, trabalho e economia solidária.

Governo do Estado de São Paulo marcou seu retrocesso ao se recusar a participar da “IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial”. No entanto, movimentos sociais associados ao Conselho Estadual de Saúde fizeram frente a essa omissão autoritária e conseguiram organizar a “Plenária Estadual de Saúde Mental Intersetorial”, realizada em São Bernardo do Campo.

Esse posicionamento do Governo do Estado de São Paulo evidencia uma oposição à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o descaso com princípios do Sistema Único de Saúde, o Controle Social e a participação popular. Isto evidencia o investimento de ações e serviços distantes dos princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Antimanicomial: Unidade Experimental de Saúde, Comunidades Terapêuticas, Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME Psiquiatria. Destacamos que o governo desse estado vem transferindo sua responsabilidade de gestão e oferta de serviços SUS para terceiros como as Organizações Sociais, colocando interesses privados acima dos públicos.

Defendemos a extinção definitiva de toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos ou em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado, como uma das formas de enfrentar o estigma e a segregação das pessoas em sofrimento psíquico e primar pela garantia dos direitos humanos.

Consideramos as seguintes prioridades para o avanço da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial:

- Que o usuário de serviço de saúde mental não seja reduzido a um diagnóstico, devendo ser considerado como sujeito de direitos;
- O reconhecimento do protagonismo de usuários e familiares para a construção de políticas públicas de saúde mental e intersetoriais;
- A garantia do direito à saúde por meio de ações intersetoriais que visem à integralidade da atenção, com horizontalidade nas relações profissionais, a partir de equipes e serviços interdisciplinares;
- Implementar, ampliar e fortalecer as redes territoriais de atenção à saúde mental com diversos serviços substitutivos, estreitando relações com

importantes frentes de luta e cuidado: direitos humanos, assistência social, educação, moradia, trabalho e economia solidária;

- Entender e considerar a política de atenção a usuários de álcool e outras drogas como parte integrante das ações em saúde mental devendo respeitar os mesmos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em que a centralidade está na construção de projetos terapêuticos singulares;
- Fechamento de todos os leitos de Hospitais Psiquiátricos, destinando seus recursos de acordo com a Portaria 106/2000 e garantindo a criação da rede substitutiva;
- Extinção de toda e qualquer forma de internação de cidadãos em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, manicômios judiciários e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado;
- Criação de leitos em hospitais gerais previstos na Lei 10.216;
- O fechamento imediato da Unidade Experimental de Saúde, considerando essa como uma afronta aos Direitos Humanos, à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial;
- Retirar os investimentos públicos de Comunidades Terapêuticas, entendendo que estas se apresentam como equipamentos contrários à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, representando a volta dos manicômios e da assistência baseada na exclusão social;
- Ampliar os investimentos na implementação de redes de atenção comunitária à saúde mental;
- Garantir que todos os moradores mapeados pelo “Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo”, sejam desinternados e desinstitucionalizados, e, quando necessário, possam morar em residências terapêuticas;
- Implementar Casas de Acolhimento Transitório e moradias solidárias vinculadas às redes de saúde mental, contemplando também a população em situação de rua;
- Implementar, ampliar e fortalecer ações intersetoriais para garantir os direitos sociais para a população em situação de rua;

- Garantir a efetivação dos consultórios de rua e o fortalecimento das políticas de Redução de Danos;
- Garantir a eliminação da dupla porta no SUS;
- Revogação a Lei Estadual 1131/2010 que permite ao Estado vender 25% das vagas de serviços SUS para os Planos de Saúde Privados e particulares, cerceando os direitos dos usuários do SUS e atacando diretamente os princípios do SUS;
- Respeitar e fortalecer os espaços e instâncias de controle social (Conselhos, Conselhos Gestores, Conferências) como espaços de proposição, fiscalização e acompanhamento das políticas de saúde e de saúde mental em suas áreas de abrangência.

Em defesa do SUS, Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, por uma Sociedade sem Manicômios!

	II. Atenção de Urgência e Emergência	UPA	2	1	1	1	
		SAMU	1	1	0	0	
		PA	1	1	0	0	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	0	1	0	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
		UA INFANTO-JUVENIL	1	0	1	0	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.
							Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
		COMUNIDADE TERAPÊUTICA	0	0	0	0	
	V. Atenção Hospitalar	LEITOS	18	0	18	18	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02 errada / certa 148/12 e 1615/12
		ENFERMARIA ESPECIALIZADA					
	VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT Tipo I	1	0	1	0	A depender do nº de munícipes longamente internados
		PVC		99			A depender do nº de munícipes longamente internados
	VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS					

MAUÁ

População: 417.064						
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Proposto	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	23	23	0	0	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro2 0 11
	Equipe de Saúde da Família	96	46	50	50	Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Consultório de Rua Tipo III	1	1	0	0	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.
	NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família	18	7	11	11	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	EMAD Tipo I	6	0	6	6	Equipes de Atenção Domiciliar - Equipes multiprofissional de atendimento domiciliar
	EMAP	2	0	2	2	Equipes de Atenção Domiciliar - equipe multiprofissional de apoio
	SAÚDE BUCAL TIPO II (qualificada de tipo I para tipo II)	32	0	32	32	
	SAUDE BUCAL TIPO II nova	18	0	18	18	
	CECO	5	0	5	5	
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial					
	CAPS I	0	0	0		Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	0	1	sendo qualificado para III	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.

	CAPS III	2	0	2(incluso CAPS II que está sendo qualificado para III)	2	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS ad	0	1sendo qualificado para III	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS ad III (qualificação do tipo II já existente)	1	0	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS i	0	1 sendo qualificado para III	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS AD III i	1	0	1previsto para 2014	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS III i (qualificação do tipo II já existente)	1	0	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	III. Atenção de Urgência e Emergência					
	UPA	4	4	0	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
	SAMU Regional	1	1 Ribeirão Pires e RGS	0	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
	IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório					
	UA adulto	2	0	2	2	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA infanto-juvenil	1	0	1	1	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
						Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.

						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	0	0	0	0	
	P.S PSIQUIATRIA leitos	0	8	0	0	
V. Atenção Hospitalar	Leitos	0	0	0		1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	Enfermaria especializada	21	8	13	13	
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT Tipo II	2	0	2	2	A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC		0			A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas					PROJETOS DE GERAÇÃO DE RENDA EM TODOS OS CECOS E IMPLANTANDO O FORUM DE ECONOMIA SOLIDÁRIA

População: 113.068						
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Proposto	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde	9	9	0	0	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011
	Consultório de Rua	0	0	0	0	Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	0	0	0	0	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.
	NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família	1	0	1	0	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial					
	CAPS I	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	1	1	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III	1	0	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS ad	1	1	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III ad	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.

	CAPS i	1	1	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA	1	1	0	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
	SAMU Regional		Regionalizado com município de Mauá			
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA Adulto	1	0	1	0	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA Infanto-juvenil	1	0	1	0	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.
						Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	Comunidade Terapêutica	0	0	0	0	
V. Atenção Hospitalar	Leitos	5	0	5	3	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	Enfermaria especializada		0			
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT Tipo I	8	8	0	0	A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC		16			A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas					

RIO GRANDE DA SERRA

População: 43.974						
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Proposto	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde	2	9	0	0	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro2 0 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas		Não há			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.
	NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família	1	0	1	0	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de convivência		Não há			
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial					
	CAPS I	1	0	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS ad	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III ad	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS i	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.

	III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA	1	0	1	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
		SAMU Regional		com o município de Mauá			
	IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA adulto	0	0	0	0	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
		UA Infanto-juvenil	0	0	0	0	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.
							Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
		Comunidade Terapêutica		Não há			
	V. Atenção Hospitalar	Leitos	RETAGUARDA DE MAUÁ	Hospital Nardini			1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
		Enfermaria especializada					
	VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT		Não há			A depender do nº de municípios longamente internados
		PVC		Não há			A depender do nº de municípios longamente internados
	VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas	0	0	0		

SANTO ANDRÉ	População: 676.407						
	COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Proposto	Parâmetro
	I. Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde	33	33	0	0	
		Estratégia de Saúde da Família	170	40	130	2 (mais equipes em processo de definição)	01 Equipe a cada 4 mil habitantes
							Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro2 0 11
		Consultório na Rua	2	1	1	1	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.
		NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família	7	0	7	7	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial					
		CAPS I	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
		CAPS II	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.

	CAPS III	3	3	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS ad	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III ad	2	1	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS AD III i	1	0	1	1	
	CAPS i	1	1	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	III. Atenção de Urgência e Emergência					
	UPA	9	3	6 (03 serão PA's transformados em UPA's)	6	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
	SAMU Regional		Regionalizado - com São Caetano do Sul - 11 viaturas comuns e 02 avançadas.			
	PS Psiquiatria	1	1	0	0	
	PA	1	4	03 serão transformados em UPAS	3	
	Sala de Estabilização	0	0	0	0	
	IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório					
	UA Adulto	2	1	1	1	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.

	UA Infanto-juvenil	1	1	0	0	Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC,2 0 11) . Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.	
						Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.	
	Comunidade Terapêutica	0	0	0	0		
	V. Atenção Hospitalar	Leitos	20	10	10	10	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
		Enfermaria especializada	0	0	0	0	
	VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	5	3	2 - 01 tipo I e 01 tipo II (01 funcionando, em fase de habilitação)	2	A depender do nº de munícipes longamente internados
		PVC		31			A depender do nº de munícipes longamente internados
	VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas (Núcleo de Projetos Especiais - geração de trabalho e renda)	1	1	0	0	São oito os projetos em curso no NUPE

SÃO BERNARDO DO CAMPO

População: 765.463						
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Proposto	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde	35	32 com 100 ESF, cobertura 53%.	3 (02 previstas)	2	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro2 0 11
	Consultório na Rua	1	1(consultório de rua funcionando e em qualificação para Consultório na Rua tipo III)	0	0	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.
	NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família	18	11	07 previstas	7	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência					
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial					
	CAPS I	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	0	1(ainda não habilitado), tornando-se III	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.

	CAPS III	5	2	3 (2 em implantação, sendo 01 por qualificação de 01 CAPS II)	3	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS ad	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III ad (sendo 01 CAPS AD i)	4	2	02 (01 já em implantação)	2	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS i	1	1	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	III. Atenção de Urgência e Emergência					
	UPA	9	9	0	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
	SAMU - municipal	1	1	0	0	
	IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório					
	UA adulto	4	1(habilitada como CAT)	3	3	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA Infanto-juvenil	1	1(habilitada como CAT)	0	0	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.
						Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	Comunidade Terapêutica	0	0	0	0	

	V. Atenção Hospitalar	Leitos (parâmetro 34)	17	0	17	17	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
		Enfermaria Especializada (nº de leitos)	0	0	0	0	
	VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	8	5(2 em processo de recadastramento pela nova portaria como SRTII)	3 (01 em implantação)	3	A depender do nº de munícipes longamente internados
		PVC		49			A depender do nº de munícipes longamente internados
	VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas		10 frentes ger. Renda	9 (03 em implantação)	5	Frentes de geração de Renda com participação no Fórum Municipal e na Rede Estadual de Economia Solidária

SÃO CAETANO DO SUL	População: 149.263						
	COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Proposto	Parâmetro
	I. Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde	12	10	2	?	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro2011
		Consultório na Rua	0	0	0	0	Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
		Equipes de atenção básica para populações em situação específicas	0	0	0	0	Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
		ESF - Estratégia de Saúde da Família	48	24 equipes, com cobertura populacional de 50,61%	24	?	

		NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família	3	2	1	0	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
		Assistência Domiciliar - Programa Melhor em Casa	1	1 equipe EMAD 1 equipe EMAP	0	0	Portaria MS/GM 2527 de 27/10/2011
							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.
		Centro de Convivência - Terceira Idade	3	3 Unidades	0	0	
	II. Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I	0	0	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
		CAPS II	1	0	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
		CAPS III	1	0	1	1	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
		CAPS ad	1	1	0	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
		CAPS ad III	1	0	1	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
		CAPS i	1	0	1	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA tipo I (em construção)	1	1	0	0	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
		SAMU 192 - Regional com Santo André	1	1	0	0	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	0	1	0	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.

	UA Infanto-juvenil	1	0	1	0	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.
						Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	Comunidade Terapêutica		Não há			
	V. Atenção Hospitalar					
	Leitos	7	3	4	0	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	Enfermaria especializada	0	0	0	0	
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	0	0	0	0	A depender do nº de municípios longamente internados
	P.c.		0			A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas		0		0	