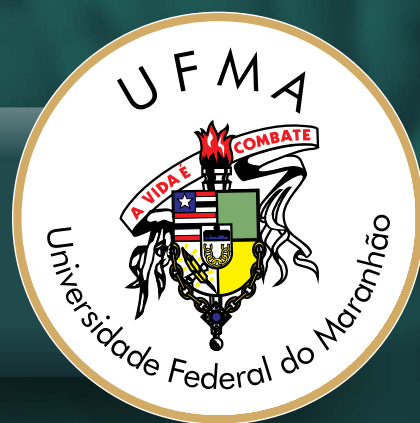


Especialização

SAÚDE MENTAL



MÓDULO 2

**AÇÕES PRAGMÁTICAS
ESTRATÉGICAS**

Parte 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA

COORDENADORA GERAL

Ana Emília de Figueiredo Olivera

COORDENADOR ADJUNTO

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENADORA DO CURSO

Christiana Leal Salgado

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENADOR DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Patrícia Maria Abreu Machado

COORDENADORA TUTORIA

Maiara Marques Leite

COORDENADORA EXECUTIVA

Fátima Gatinho

PRODUÇÃO

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO TÉCNICA

Raissa Bezerra Palhano

DESIGN INSTRUCIONAL

Cácia Samira de Sousa Campos

DESIGN GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ORGANIZADORES

Ana Emília de Figueiredo Oliveira

Christiana Leal Salgado

Carla Lúcia Penha Cardoso

Cristina Maria Douat Loyola

Elza Bernardes Ferreira

Patrícia Maria Abreu Machado



Saúde Mental

PATRICIA MARIA ABREU MACHADO
CARLA LÚCIA PENHA CARDOSO
CHRISTIANA LEAL SALGADO

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Ações pragmáticas estratégicas: passado, presente e futuro (Parte I) /Carla Lúcia Penha Cardoso; Christiana Leal Salgado; Patrícia Maria Abreu Machado (Org.). - São Luís, 2013.

20f. : il.

1. Saúde pública. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4.UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Cardoso, Carla Lúcia Penha.III. Salgado, Christiana Leal. IV. Loyola, Cristina Maria Douat. V. Ferreira, Elza Bernardes. VI. Machado, Patrícia Maria Abreu. VII. Título.

614.2

Autores

Patrícia Maria Abreu Machado

Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Guarulhos – SP. Especialista em Saúde Mental – UFMA. Professora do UNICEUMA – MA. Psicóloga do Serviço de Neonatologia – HUMI/UFMA. Docente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) – HUUFMA. Coordenadora Pedagógica dos Cursos da Área de Saúde Mental – UNASUS/UFMA.

Carla Lúcia Penha Cardoso

Médica Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Mestre em Ciências Biológicas (Fisiologia) pela UFPE. Professora Assistente I da Faculdade Santa Terezinha – MA. Psiquiatra assistente do Hospital Tarquínio Lopes Filho – MA. Professora colaboradora da UNASUS/UFMA.

Christiana Leal Salgado

Psicóloga. Especialista em Dependência Química – UNIAD/UNIFESP. Mestre em Saúde Materno-Infantil – UFMA. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP. Docente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) – HUUFMA. Coordenadora Geral dos Cursos da Área de Saúde Mental da UNASUS/UFMA.

Apresentação

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde. A concepção e implantação do programa é interfederativa.

Este livro faz parte do Curso de Especialização em Saúde Mental, destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais Dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira na área da Saúde Mental, que utiliza as tecnologias educacionais para disponibilizar um programa de qualificação profissional, gerando, no exercício de sua prática, novas competências e posturas adequadas ao modelo de atenção.

A Universidade Federal do Maranhão - UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica do ensino- aprendizagem.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional e cooperação para o desenvolvimento e a implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. É uma rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para a certificação educacional compartilhada. Dessa forma é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para autoinstrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. O uso de técnicas de educação a distância minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador.

Esperamos que o leitor aprecie este material instrucional, tanto quanto a equipe UNA-SUS apreciou a sua elaboração e produção.

Seja bem-vindo a este curso!

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

Christiana Leal Salgado, MSc

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

SUMÁRIO

UNIDADE 1

A CONSTRUÇÃO DO SUS	07
---------------------------	----

UNIDADE 2

PROCESSO DE REFORMA DO MODELO ASSISTENCIAL PSIQUIÁTRICO	08
---	----

UNIDADE 3

REESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL	09
--	----

UNIDADE 3

PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	11
--	----

REFERÊNCIAS	16
-------------------	----

UNIDADE 1

A CONSTRUÇÃO DO SUS

O processo de Reforma Sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ocorreu em 1986. Os debates que se apresentaram no decorrer da VIII CNS levaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando a história da saúde no Brasil. Ademais, representaram um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 2004).



VALE LEMBRAR!

O Estado antecipou a implementação do SUS, criando por Decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo (KANTORSKI, 2011).

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências”; o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a) e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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” (BRASIL, 1990b).

FIQUE ATENTO!

O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera do governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, que detalha o funcionamento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

UNIDADE 2

PROCESSO DE REFORMA DO MODELO ASSISTENCIAL PSIQUIÁTRICO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil seguiu os trabalhos desenvolvidos pelo Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Franco Basaglia, que se constituiu como modelo de referência para muitas das experiências brasileiras (KANTORSKY, 2011).

Evidencia-se neste movimento a luta pela extinção progressiva dos manicômios, com a progressiva substituição destes por serviços comunitários que rompessem com o paradigma clínico, com a relação linear de causa-efeito na concepção e tratamento da loucura, com o vínculo entre loucura e periculosidade referindo-se à necessidade de negar a instituição psiquiátrica e inventar um outro modo de assistir o doente mental (KANTORSKY, 2011).

MA PSIQUIÁTRICA

Conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais inscrito num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005).

Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos

conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2004b).

IMPORTANTE!

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Na década de 90, após a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária (CAPS, NAPS e Hospital-s-Dia) e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ao final do ano de 2001, ocorre em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e controle social (BRASIL, 2004b).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada logo após a promulgação da Lei 10.216, e sua etapa nacional é realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001. Neste momento, foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica foi consolidada como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência hospitalocêntrico (BRASIL, 2004b).

UNIDADE 3

REESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

A reestruturação do modelo de assistência à saúde mental implicou em avanços e desafios. Separamos a seguir alguns marcos e suas respectivas propostas, os quais representam bem essa reforma:

- ***Declaração de Caracas (1990)***

1. Assistência psiquiátrica ligada ao atendimento primário da saúde;
2. Promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
3. Revisão crítica do modelo hospitalocêntrico;
4. Os recursos, cuidados e tratamentos devem:
 - Salvar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - Ser baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - Propiciar a internação psiquiátrica em hospitais gerais.

- ***Lei nº 10.216 (2001) ou “Lei da Reforma Psiquiátrica”***

“O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e da cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2004).”

Esse sistema se alicerça nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo possível dos usuários que dele necessitam; e controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação de usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras” (BRASIL, 2004a).

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do projeto de lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. A Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (BRASIL, 2004b).

- Listamos abaixo os ***direitos do portador de transtorno mental (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004):***

Acesso ao melhor tratamento, conforme suas necessidades;

Tratamento com respeito e humanidade visando sua recuperação pela

inserção na família, no trabalho e na comunidade;

Proteção contra abusos e exploração;

Sigilo nas informações prestadas;

Presença médica para esclarecimentos sobre sua internação involuntária;

Acesso livre aos meios de comunicação disponíveis;

Acesso a informações sobre sua doença e tratamento;

Tratamento em ambiente terapêutico o menos invasivo possível;

Tratamento preferencialmente em serviços comunitários

- Veja agora os direitos previstos nas determinações da Lei 10.216 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004):
 - “Internação em qualquer modelo somente quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes;
 - Proibida internação em modelos asilares que desrespeitem os direitos assegurados na lei;
 - Paciente em situação de grave dependência institucional terá alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (objeto de política própria);

- Internação somente mediante laudo médico que a justifique;
- Definição dos tipos de internação psiquiátrica:

Voluntária	Consentida pelo usuário (assinar termo de consentimento no ato da admissão) e terminada por solicitação do paciente ou determinação do médico assistente;
Involuntária	Sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros, deverá ser comunicada, em até 72 horas, ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento;
Compulsória	Determinada pela justiça.

- Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados em até 24 horas aos familiares ou ao representante legal e à autoridade sanitária responsável;
- Pesquisas científicas com fins terapêuticos ou de diagnóstico somente podem ser feitas com o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal e devem ser comunicadas aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.”¹

UNIDADE 4

PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

▪ Redução de leitos

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2004b).

▪ Avaliação anual dos hospitais psiquiátricos

Entre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada está o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde.

Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores fazer um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e descredencia aqueles hospitais que não tem qualidade na assistência prestada a sua população adstrita. Trata-se da instituição, no Brasil, do primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004b).

É importante ressaltar que a tradição de controle e avaliação anterior ao PNASH/Psiquiatria ancorava-se em dois mecanismos:

Supervisões hospitalares

Realizadas por supervisores do SUS, de alcance limitado.

Fiscalizações ou auditorias

Atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades.

É a partir da instituição do PNASH/Psiquiatria que o processo da avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao Sistema Único de Saúde passa a ser sistemático e anual, e realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo (BRASIL, 2004b).

Fundamentado na aplicação, todos os

anos, em cada um dos hospitais psiquiátricos da rede, de um instrumento de coleta de dados qualitativo, o PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares e os processos e recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS.

É parte deste processo de avaliação a realização de “**entrevistas de satisfação**” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados:

- Aqueles de **boa qualidade** de assistência;

- Os de **qualidade suficiente**;

- Aqueles que **precisam de adequações** e devem sofrer **revisoria**;

- E aqueles de **baixa qualidade**, encaminhados para o **descredenciamento** pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população (BRASIL, 2004b).

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O PNASH vem conseguindo nos últimos três anos, vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos e os leitos de unidades psiquiátricas em hospital Geral do país, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população (BRASIL, 2004b).

▪ **Residências Terapêuticas**

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde, para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos, também chamadas de Residências Terapêuticas ou simplesmente de Moradias.

VEJA!

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não (BRASIL, 2004b).

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes de, em primeiro lugar garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, assim como auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais a se reconstituírem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo uma residência, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmicas de seus moradores. Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores (BRASIL, 2004b).

De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação, que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de moradia (BRASIL, 2004b).

▪ Programa de Volta para Casa

PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

Um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização.

Trata-se de uma das estratégias mais potencializadas da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios.

Criado pela Lei Federal Nº 10.708, encaminhada pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2004b).

De vacordo com o Ministério da Saúde, o objetivo do Programa consiste em “contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação” (BRASIL, 2004b). Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Assim, cada beneficiário do Programa recebe um cartão magnético, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos. Para habilitar-se ao Programa, o município de residência do beneficiário deve ter assegurada uma estratégia de

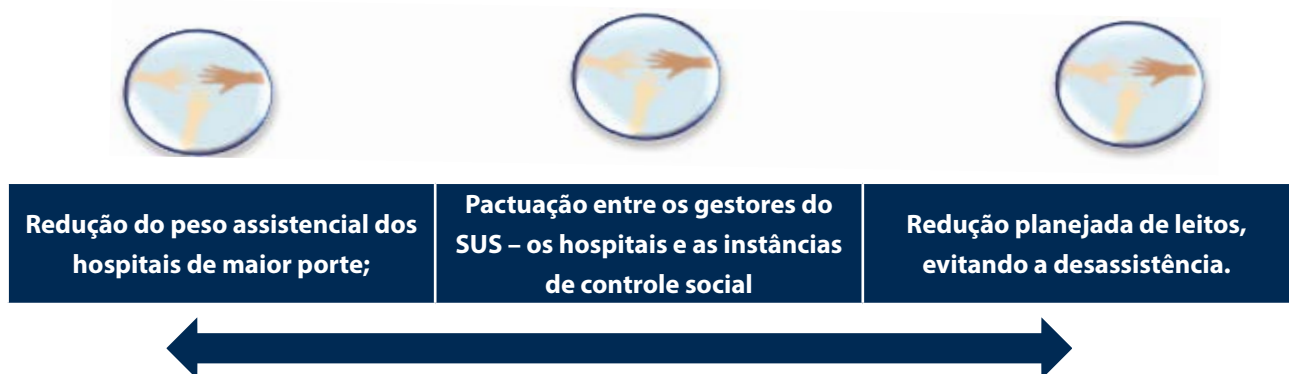
acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental. A cada ano o benefício pode ser renovado, caso o beneficiário e a equipe de saúde que o acompanha entendam ser esta uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação (BRASIL, 2004b).

Além do esperado desafio da mudança efetiva do modelo de atenção à saúde mental nos estados e municípios, o Programa de Volta para Casa enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. A grande maioria dos potenciais beneficiários, sendo egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, não possui a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. Muitos não possuem certidão de nascimento ou carteira de identidade. O longo e secular processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, além dos modos de funcionamento típicos das instituições totais, implica muitas vezes a ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania” (BRASIL, 2004b).

▪ **Estratégia de redução progressiva de leitos em hospitais de grande porte**

Aprofundando as estratégias já estabelecidas para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e para o incremento dos serviços extra-hospitalares, o Ministério da Saúde aprova, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). A principal estratégia do Programa é “promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro- hospitais (acima de 600 leitos, muitas vezes hospitais-cidade, com mais de mil leitos) e dos hospitais de grande porte (com de 240 a 600 leitos psiquiátricos)” (BRASIL, 2005).

Assim, são componentes fundamentais do programa:



Desta forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS) (BRASIL, 2005).

VALE LEMBRAR!

Todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (o mínimo é 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano (MELLO;

Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos). Ao mesmo tempo, garante-se que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais. Este processo, com ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, os hospitais e o controle social, deve incluir um aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2004b).

Na mesma direção estratégica, o Programa recompõe as diárias hospitalares em psiquiatria. Assim, a partir do Programa, passam

a vigorar diárias hospitalares compostas e diferenciadas para os hospitais, levando-se em conta o seu porte (classe), a qualidade do atendimento avaliada anualmente pelo PNASH/Psiquiatria e a redução de leitos efetivada. Assim, passam a ser mais bem remunerados pelo SUS todos os hospitais que reduzem leitos e que melhoram a qualidade de atendimento, aferida pelo PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2004b).

A partir do Programa, a recomposição das diárias hospitalares passa a ser uma ferramenta da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento em psiquiatria no SUS. O Programa também visa “garantir que os recursos que deixem de ser utilizados nos hospitais com a progressiva redução de leitos permaneçam no campo das ações de saúde mental e sejam direcionados para os equipamentos da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2004b).

Para complementar seu estudo, leia:

Saúde mental na Atenção Básica de autoria de Cristina Loyola e Alexandre Pereira.

Acesse: http://www.eadunasus.ufma.br/file.php/91/pdf/SAUDE_MENTAL_NA_ATENCAO_BASICA.pdf.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Associação Brasileira de Psiquiatria. Proposta de diretrizes técnicas para assistência integral à saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro, 2009.
- _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. DAPES. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. _____. _____. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. _____. _____. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2013.
- _____. _____. _____. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. _____. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. _____. _____. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. _____. Saúde mental passo a passo: como organizar a rede em seu município. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. _____. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. _____. _____. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília, 2005.
- _____. _____. _____. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS. Brasília: OPAS, 2005.
- _____. _____. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de novembro 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

Brasília, DF, 20 nov. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 jun. 2013.

_____. _____. Lei 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 jun. 2013.

_____. _____. Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 28 jun. 2013.

KANTORSKI, L. P. A Reforma Psiquiátrica: um estudo parcial acerca da produção científica. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 18 abr. 2011.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em: <<http://books.google.com.br>>. Acesso em: 28 jun. 2013.