**NOTA TÉCNICA PARA SUBSIDIAR A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

**DOS PACIENTES DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**

**Assessoria Técnica de Saúde Mental/ GS Coordenadoria de Regiões de Saúde**

 Em dezembro de 2012 a Secretaria de Estado da Saúde formalizou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério Público do Estado de São Paulo, o Ministério Público Federal, União e municípios para enfrentamento dos problemas no atendimento dos sete hospitais psiquiátricos privados da região de Sorocaba que compõem o maior polo manicomial do País. Em 2011, estavam internados nos 07 hospitais psiquiátricos do DRS de Sorocaba, mais de 2,7 mil moradores.

 O TAC estabelece que, em até três anos (podendo o prazo ser estendido por mais um ano, assim 2016 é o limite máximo para a realização da desinstitucionalização), todos os moradores hoje internados nos sete hospitais psiquiátricos – que recebem verba do SUS – serão desinstitucionalizados para a Rede de Atenção Psicossocial gerida pelo poder público e os hospitais serão descredenciados.

 Esta questão já foi abordada em diferentes fóruns de discussão junto aos técnicos e diretores dos DRS desde 2013 e poucas iniciativas foram desencadeadas concretamente nos outros DRS, concentrando-se as ações no DRS de Sorocaba.

Cabe destacar que os processos de desinstitucionalização tem vinculação direta com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. O Termo de Ajustamento de Conduta – TAC reafirma que, para a garantia da integralidade da assistência é de fundamental importância a implantação de todos os componentes da RAPS, assim, é urgente a concretização das pactuações das RAPS nas CIRs e encaminhamento para agendamento no Grupo Condutor Estadual.

 A população que hoje encontra-se institucionalizada **tem o direito e** **deverá ser acolhida em Residências Terapêuticas nos municípios do Estado de São Paulo**.

 Enfatizamos a importância de os DRS pautarem **de forma prioritária** esta temática nas reuniões das CIR e formalizarem em no máximo 60 dias um plano de ação para o recebimento de seus moradores. Tal plano de ação será encaminhado para o Grupo de Acompanhamento do TAC, composto por representantes das instituições citadas acima, na reunião de março, para apoio à sua realização.

 Informamos que os dados de quantitativo de moradores do município de Sorocaba também foram incluídos na tabela RAPS em anexo, pois o Hospital que está sob gestão municipal segue os mesmos fluxos e critérios estabelecidos para os hospitais de gestão estadual no TAC. Cabe informar que a divisão territorial foi realizada a partir de dados do Censo Psicossocial e que a composição das casas deverá ter como premissa fundamental a garantia de direitos dos moradores.

 São critérios para o recebimento dos munícipes egressos dos hospitais psiquiátricos:

1. Sempre respeitar os vínculos constituídos no período de internação;
2. A existência de alguma referência familiar no município;
3. O município de nascimento
4. O ultimo município de residência

Ressaltamos que nos Hospitais Psiquiátricos há moradores cuja origem não é identificada, assim é importante que **o vínculo seja o critério maior de organização das casas**.

Para subsidiar as discussões e pactuações que deverão ser conduzidas pelos DRS nas CIR é importante considerar que:

* Todos os moradores têm direito garantido por Lei à Residência Terapêutica, assim os municípios devem se organizar territorialmente nas RAPS para receber seus moradores.
	+ Ter familiar localizado não é sinônimo de vinculo familiar;
	+ Nenhum paciente deve ser encaminhado para a família sem um trabalho e monitoramento constante do CAPS, pois é comum a família solicitar novas internações ou colocar estes moradores em instituições asilares. Os familiares não devem ser pressionados a receber seu membro; este trabalho deve ser desenvolvido pela equipe do CAPS em conjunto com a Atenção Básica, a partir da inclusão do morador na RT mais próxima da família;
	+ O que iremos realizar no Estado de São Paulo é desinstitucionalização e não uma simples desospitalização que não garante os direitos dos moradores;
	+ Não é autorizada no TAC a prática da trans–hospitalização, assim trabalharemos segundo a regra de que **TODOS** irão para RT;
	+ Como alguns moradores, de acordo com o critério “***Sempre respeitar os vínculos constituídos no período de internação”*** descrito acima, já estão em RT em outro município, um morador no mesmo critério do vínculo poderá compor uma RT independente do município de nascimento.
* Para o cumprimento do TAC as solicitações de novas Residências Terapêuticas deverão ser realizadas até no máximo abril de 2016, considerando que 2016 é ano eleitoral. Para apoiar os DRS nos processos de pactuações é importante alinhar questões conceituais, técnicas e financeiras, a saber:
	+ A SES realizará antecipação de recurso de implantação no valor de R$ 20 mil (R$ 10 mil pela Deliberação CIB nº 93/08 e R$ 10 mil como apoio à desinstitucionalização) e custeio, seguindo as tabelas ministeriais, por até 06 meses. O repasse de custeio poderá ser interrompido antes do período de 06 meses caso haja habilitação por parte do Ministério da Saúde;
	+ As solicitações de antecipação de recursos por parte dos municípios devem ser enviadas à SES para a Assessoria de Saúde Mental vinculada ao Gabinete, através de ofício do gestor, após inclusão da solicitação do recurso de implantação da RT para o Ministério da Saúde no SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde. A transferência de teto financeiro do Estado para o município que receber o morador deve ser feita imediatamente à inclusão do morador na residência e segue os procedimentos habituais de transferência de teto já realizados pelo setor de credenciamento dos DRS.
	+ O valor de recurso financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde para implantação e custeio das RT será o orientador das antecipações oferecidas pela SES, de acordo com as tabelas abaixo:

**Recurso de implantação para RT tipo I ou II : R$ 20.000,00**

**Custeio RT tipo 1 :**

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

**Custeio RT tipo 2 :**

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

O recurso de custeio para RT será acrescido da transferência de teto financeiro referente às AIH destes moradores, a ser repassada pelo gestor (estado ou município) que detém a contratualização do hospital para o município que recebeu este morador em RT, sendo que o leito hospitalar correspondente deve obrigatoriamente ser fechado. Este processo deve ser imediato e o setor de credenciamento do DRS realizará o encaminhamento para a CIB, evitando falta de recurso para o município sustentar a RT.

* + A SES está elaborando proposta de cofinanciamento para CAPS vinculada a indicadores de desempenho, em municípios com RT implantadas ou a ser implantadas com vistas ao processo de desinstitucionalização;
	+ Os DRS devem apoiar tecnicamente os municípios para a elaboração de projetos para a implantação dos serviços que compõem a RAPS, observando os critérios de habilitação evitando assim que os serviços apresentem restrições para a sua habilitação. Informações e instruções estão disponíveis no endereço eletrônico (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10593&Itemid=575>) ;
	+ Para a implantação das RT há a necessidade da existência de CAPS, e caso não exista uma organização na RAPS para receber estes moradores em RT localizadas em outro município, os municípios com mais de 15 mil habitantes que apresentem acima de 04 moradores devem encaminhar, em conjunto com a proposta de RT, a de implantação de CAPS;
	+ Não há RT regional; como os recursos destinados a implantação e custeio das RT são suficientes para a manutenção do serviço, ele é municipal, mesmo que acolha moradores de outros municípios de origem;
	+ Não há CAPS Regional; o CAPS é um serviço especializado em Saúde Mental, porta aberta, que tem por objetivo o cuidado integral, a redução de internações e o estímulo à autonomia. Para atingir estes objetivos o vinculo e o trabalho territorial são essenciais. Isso somente se realiza quando as ações se dão no município; um CAPS dito regional realiza seus atendimentos de forma pontual na forma ambulatorial, o que não corresponde ao seu papel. Porém o CAPS pode ser referência em cuidado conjunto (matriciamento) com a Atenção Básica e corresponsabilização das duas equipes;
	+ Não se habilita RT vinculada a ambulatório, as portarias preveem somente vinculação de RT a CAPS;
	+ A agilidade na realização das visitas técnicas para habilitação dos serviços junto ao MS por parte dos DRS é essencial para a garantia do processo;
	+ Um desafio nos processos de desinstitucionalização são as curatelas e interdições. Hoje está constituído um grupo de trabalho composto por operadores do direito e técnicos (MP Federal, MP Estadual, Defensoria Pública, Assessoria Jurídica do Gabinete e Assessoria de Gabinete - Saúde Mental) para discutir, avaliar e elaborar estratégias e ações para que estas questões não sejam impeditivas da desinstitucionalização, ou para evitar que os moradores das RT sejam privados de fazer uso de recursos financeiros de seus benefícios;
	+ O benefício do morador é de propriedade deste morador, não devendo ser utilizado para aluguel, pagamento de concessionária ou despesas básicas de alimentação, já previstos no recurso de custeio;
	+ O DRS deve orientar o município que irá implantar a RT a se habilitar no programa De Volta Pra Casa - PVC, conforme instruções que seguem anexas no ‘passo a passo’;
	+ O Morador tem direito ao BPC e pode acumular com o benefício do PVC.

Considerando a avaliação das equipes de desinstitucionalização (faixa etária dos moradores, tempo de institucionalização entre outros) a Assessoria Técnica de Saúde Mental recomenda aos municípios a implantação de RT II; a solicitação de RT I deve estar condicionada à avaliação realizada pelo município dos seus moradores pois não há reclassificação de RT junto ao MS e o recurso humano para o cuidado adequado é indispensável à manutenção do cuidado nas RT.

A participação da Atenção Básica é imprescindível para favorecer a qualidade de vida dos moradores das RT, pois muitos são idosos e apresentam doenças crônicas ou limitações físicas que não impedem sua inserção mas requerem outros atores na busca da integralidade do cuidado.

Para os demais processos de desinstitucionalização as mesmas recomendações técnicas devem ser observadas e o DRS, em parceria com os municípios, quando do fechamento de um hospital psiquiátrico ou redução deve ainda:

* Solicitar ao prestador lista atualizada dos moradores contendo dados sobre origem, família, documentação, data de nascimento, número de prontuário, tempo de internação entre outros, objetivando evitar transferências ou altas familiares sem apoio psicossocial para as famílias e para o morador, o que acarretaria trans-institucionalização e violação de direitos;
* Compor uma equipe de desinstitucionalização em parceria com os municípios integrantes da RAPS onde o hospital está localizado;
* Orientar os municípios para solicitação ao MS de equipe de desinstitucionalização, caso a RAPS não tenha sido aprovada ou quando no momento da aprovação o município ainda não tenha solicitado a equipe.

Cabe à equipe de desinstitucionalização vinculada ao DRS:

* Visitas técnicas;
* Avaliações das instituições psiquiátricas;
* Qualificação;
* Orientação e adequação do cuidado atuando na dinâmica dos hospitais psiquiátricos para o processo de desinstitucionalização;
* Avaliação de pacientes internados;
* Busca de referências e vínculos sociais e familiares;
* Acesso a documentação e benefícios;
* Realização de articulação com gestores e equipes, para encaminhamento às residências terapêuticas em diferentes territórios;
* Apoio técnico para implantação e cuidado integral à saúde aos moradores dos hospitais psiquiátricos desinstitucionalizados;
* Apoio aos serviços e às equipes que compõem as Redes de Atenção Psicossocial - RAPS nas diferentes regiões do Estado de São Paulo;
* Articular, junto aos demais DRS, RT para os moradores que apresentem vínculo familiar em outro território ou manifestem o desejo de morar em um município que não pertença ao território do DRS de origem do hospital.

É de fundamental importância manter atualizadas as informações dos moradores para garantir direitos, acompanhar o processo de desinstitucionalização, monitorar o atendimento oferecido pelo prestador. Assim recomendamos aos DRS que solicitem e encaminhem à Assessoria Técnica de Gabinete conforme modelo de planilha em anexo, atualizações mensais referentes aos:

* Óbitos;
* Transferências;
* Altas para a Família e RT;
* Lista de Internações Compulsórias Geral e Compulsórias com Alta Médica;
* Moradores que completaram um ano de internação.

É recomendável que os hospitais psiquiátricos sejam visitados semestralmente, independentemente do processo de desinstitucionalização, com o objetivo de verificar o cumprimento das normas mínimas previstas na legislação vigente, visando minimizar os prejuízos da institucionalização.

Considerando as pactuações realizadas entre a Coordenadoria de Serviços de Saúde e a Assessoria Técnica de Saúde Mental do Gabinete, encaminhamos este documento com as recomendações técnicas apoiadas na legislação vigente e que subsidiarão os DRS nas suas ações.

Segue em anexo impresso e em CD que acompanha o documento:

* Listagem com o quantitativo numérico dos moradores e a existência de CAPS (baseado no CNES, assim qualquer diferença entre o dado encaminhado e o real deverá ser informada à Assessoria Técnica de Saúde Mental do Gabinete para adequação dos parâmetros que serão utilizados nos processos de desinstitucionalização);
* Listagem com dados pessoais relativos aos moradores. Reafirmamos a necessidade da ética na utilização do dado e reiteramos que todo este processo é dinâmico e podem ocorrer variações considerando que as saídas seguem critérios de vinculo como prioridade e acontecem com alguma frequência; observamos também óbitos nas instituições. Assim a Assessoria de Saúde Mental do Gabinete solicita que as visitas aos hospitais e as dúvidas em relação aos moradores, curatelas, benefícios, entre outras nos sejam encaminhadas para que possamos agilizar a concretização deste processo crucial para a garantia de direitos destes cidadãos que foram privados de direitos fundamentais devido ao modelo excludente de saúde mental praticado por muito tempo no nosso país e que necessita de todos para ser superado;
* Passo a Passo do PVC;
* Modelo de instrumento de avaliação validado pela equipe técnica de Saúde Mental do Gabinete e equipe técnica do Ministério da Saúde;
* Modelo de planilha de acompanhamento de óbitos, transferências e alta;
* Planilha de acompanhamento dos recursos liberados pela SES para desinstitucionalização;
* Planilha para atualização do Censo Psicossocial.