

POR UMA

RAPS

fortalecida

Monitoramento da Atenção Psicossocial
na Região Metropolitana do Estado
do Rio de Janeiro



REALIZAÇÃO



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



CEJUR
Centro de Estudos Jurídicos
Defensoria Pública - RJ

APOIO



Fesudeperj
Fundação Escola Superior da Defensoria
Pública do Estado do Rio de Janeiro



AUTORAS E AUTORES

Filipe Abreu Nave da Silva

Gislaine Carla Kepe Ferreira

Guilherme Thiago Strauch Ribeiro

Lucas Teixeira Reis Barbosa

Luciana Janeiro Silva

Marina Wanderley Vilar de Carvalho

Natalia Soares da Silva Palmar

Roberta Gomes Thomé

Telenia Maria de Senna Hill

Thalita Thomé dos Santos

POR UMA
RAPS
fortalecida

Monitoramento da Atenção Psicossocial
na Região Metropolitana do Estado
do Rio de Janeiro



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CEJUR
Centro de Estudos Jurídicos
Defensoria Pública • RJ



Fesudeperj
Fundação Escola Superior da Defensoria
Pública do Estado do Rio de Janeiro

NUDEDH

Núcleo de Defesa
dos Direitos Humanos

NUFAZ

Núcleo de
Fazenda Pública

COSAU

Coordenação de Saúde
e Tutela Coletiva

CDEDICA

Coordenadoria de Defesa dos
Direitos da Criança e do Adolescente

**DEFENSORIA PÚBLICA DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Av. Marechal Câmara, 314
CEP 20020-080 - Centro, RJ – Brasil
Tel.: 21 2332-6224 (Sede)
www.defensoria.rj.def.br

**DEFENSOR PÚBLICO-GERAL
DO ESTADO**

Rodrigo Baptista Pacheco

**1º SUBDEFENSOR PÚBLICO-
GERAL DO ESTADO**

Marcelo Leão Alves

**2ª SUBDEFENSORA PÚBLICA-
GERAL DO ESTADO**

Paloma Araújo Lamego

CHEFE DE GABINETE

Carolina de Souza Crespo
Anastácio

**DIRETOR GERAL DO CENTRO
DE ESTUDOS JURÍDICOS –
CEJUR**

José Augusto Garcia de Sousa

**DIRETORA DE CAPACITAÇÃO
DO CEJUR**

Adriana Silva de Britto

**PROJETO GRÁFICO E
DIAGRAMAÇÃO**

Rafael Veiga

REVISÃO

Zezé Vargas

© 2021 Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

Todos os direitos reservados.

Proibida a reprodução total ou parcial desta publicação sem o
prévio consentimento, por escrito, da Defensoria Pública.

Catálogo na Publicação (CIP)


Biblioteca Defensor Público Mário José Bagueira Leal

- P832 Por uma RAPS fortalecida : monitoramento da atenção psicossocial
na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro /
Filipe de
Abreu Nave Silva...[et al], – Rio de Janeiro: Defensoria
Pública
do Estado do Rio de Janeiro, 2021.
281p.

ISBN 978-65-86548-12-9

1. Serviços de Saúde Mental – Rio de Janeiro. 2. Saúde mental – Aspectos
sociais. 3. Direitos Humanos. 4. Projeto RAPS. I. Título. II. Silva, Filipe de
Abreu Nave III. Rio de Janeiro (Estado).Defensoria Pública.

CDD: 362.20981



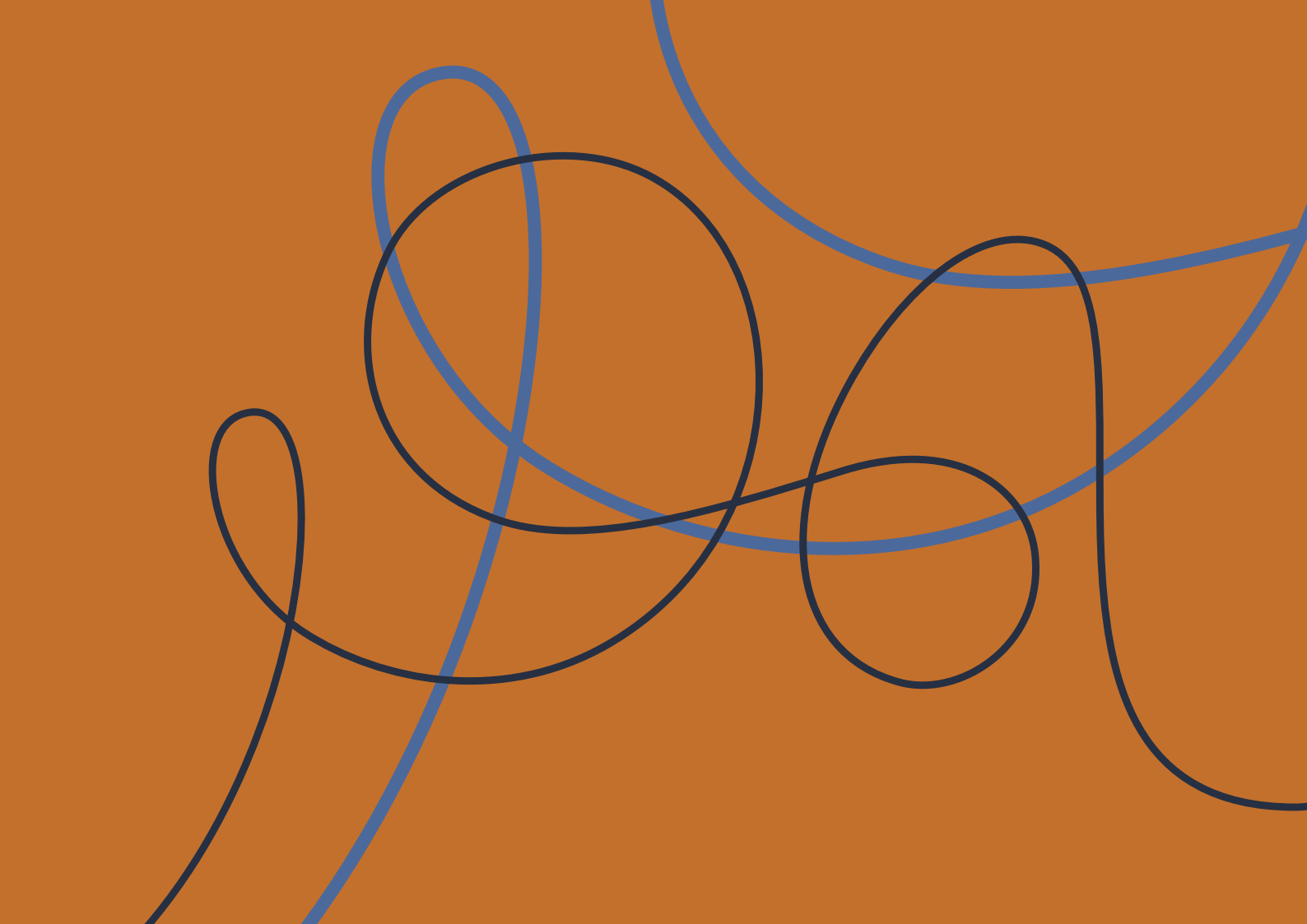
Este projeto não poderia ser realizado sem a construção conjunta de diversos órgãos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Defensoras e defensores públicos, servidoras e servidores, estagiárias e estagiários não mediram esforços para implementar um trabalho colaborativo com as gestoras e os gestores públicos, visando promover o acesso à saúde, direito fundamental das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e daquelas com danos decorrentes do uso prejudicial de drogas.

Aqui merece ser dito que este trabalho manifesta o cumprimento da função primordial desta instituição defensorial, que é a de promover a defesa dos direitos individuais e coletivos de todas as pessoas que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade, permanentemente na busca pelo pleno desenvolvimento da personalidade dessas pessoas.

Assim, agradeço ao Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos – NUDEDH, à Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva – COSAU, ao Núcleo de Fazenda Pública – NUFAZ e à Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – CDEDICA, bem como a todas as pessoas mencionadas ao final deste livro, que compartilharam e continuam compartilhando desse ideal de justiça.

Gislaine Kepe

*Defensora Pública do Núcleo de
Defesa dos Direitos Humanos*

The top half of the page features an abstract graphic consisting of several thick, flowing lines in shades of blue and dark blue. These lines are intertwined and looped, creating a sense of movement and complexity against the solid orange background.

“A agitação (da loucura) não é meramente uma excrescência, um câncer “psicomotor”. Isso é também - e acima de tudo – uma modalidade de existência, um tipo de atualização, um estilo expressivo... Em realidade, o indivíduo agitado ao mesmo tempo sabe e não sabe o que está fazendo. Ou, se preferir, ele não sabe o que está fazendo, mas está tentando descobrir. São as tentativas que esclarecem aqui e ali a cena, deixando o observador com a desagradável impressão de ser enganado. Assim, mesmo no fundo desses comportamentos anárquicos desordenados, carimbados com o selo do absurdo, a ambiguidade fundamental da existência é integralmente assumida.”

Frantz Fanon, in *Alienação e Liberdade* (pg. 447).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
AGRADECIMENTOS	12
INTRODUÇÃO	13
1. RETOMADA TEÓRICO-HISTÓRICA DAS PREMISSAS DA RAPS	16
1.1 O cuidado com pessoas com transtorno e sofrimento mental	16
1.1.1 Do modelo manicomial à atenção em saúde mental de base comunitária	16
1.1.2 A perspectiva jurídica da loucura	23
1.2 O uso prejudicial de drogas	25
1.2.1 O uso de drogas como hábito humano	26
1.2.2 A massificação do uso de drogas	28
1.2.3 Formulação de políticas públicas sobre drogas	29
2. PROJETO RAPS EM DADOS	40
2.1 A RAPS: serviços e princípios norteadores	42
2.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	44
2.1.2 CAPS	44
2.1.3 CAPSi (infanto-juvenil)	45
2.1.4 CAPSad (álcool e outras drogas)	46
2.1.5 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	47
2.2 Atuação Estratégica da Defensoria Pública no Fomento à Implantação, Expansão e Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial - PROJETO RAPS	47
3. AS VISITAS INSTITUCIONAIS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DA CAPITAL	50
4. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	74
4.1 Panorama dos CAPS	75
4.1.1 Implantação e Habilitação de CAPS	76
4.1.2 Localização dos serviços	81

4.1.3 Salubridade dos CAPS	83
4.1.4 Fornecimento de medicação, alimentação e água potável	87
4.1.5 Acessibilidade	90
4.1.6 Acesso à informação sobre os serviços	93
4.1.7 Adequação à equipe técnica mínima preconizada	94
4.1.8 Disponibilidade de material de trabalho para a equipe técnica	96
4.2 Panorama dos SRTs	104
4.2.1 Perfil dos moradores	105
4.2.2 Estrutura dos serviços	112
4.2.3 Quantidade e acomodação dos moradores	117
4.2.4 Fornecimento de alimentação e medicação	121
4.2.5 Adequação à equipe mínima preconizada	123
4.2.6 Atividades	126
5. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO	132
5.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	133
5.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	139
5.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	145
6. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	147
6.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	149
6.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	157
6.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	163
7. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ	164
7.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	166
7.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	174
7.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	176
8. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JAPERI	178
8.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	179
8.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	182
8.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	184

9. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS	187
9.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	188
9.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	192
9.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	199
10. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU	201
10.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	203
10.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	211
10.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	223
11. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE QUEIMADOS	225
11.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	226
11.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	235
11.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	241
12. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI	243
12.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	244
12.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	252
12.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	259
13. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA E AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SEROPÉDICA	261
13.1 Serviços da atenção psicossocial especializada	262
13.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização	267
13.3 A intervenção da Defensoria Pública no município	269
CONCLUSÃO	270
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275
AUTORAS E AUTORES	281

APRESENTAÇÃO

Era uma vez um tempo em que pessoas diferentes eram trancadas em manicômios. A diferença era temida e escondida. Pessoas loucas, proscritas, mulheres namoradeiras, pobres e rebeldes... Diferentes na forma de viver. Talvez estas pessoas conseguissem escutar a música que mais ninguém era capaz de escutar. E a música se tornava um baile onde só elas dançavam. E precisavam ser contidas, trancadas e ter retirada a sua singularidade. O método manicomial era o fim de todas as pessoas que experimentavam a vida de uma forma única, por destino ou ousadia.

O tempo passou e vieram as ações heróicas da Itália, Martinica, Reino Unido, França, e seus feitos bafejaram os ares brasileiros, destrancando portões, abrindo celas, desatando amarras. Trazendo para fora homens e mulheres que estavam dentro porque tinham sido escondidas(os). Não foi fácil essa mudança, não está sendo fácil. Avanços vimos, retrocessos sentimos, mas seguimos firmes cumprindo a promessa que diz que “ao embarcarmos nesta grande jornada coletiva, comprometemo-nos que ninguém será deixado para trás”¹.

E é aí que entra a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, exercendo sua função institucional de promover o acesso à justiça das pessoas em situação de vulnerabilidades, as mais diversas, e se comprometendo com o empenho para que todas as pessoas tenham uma vida digna. Para que isso ocorra, não há outro modo a não ser ultrapassar a linha abissal, aquele limite que não possui localização territorial fixa, mas que nos distancia dos sujeitos que devemos defender².

Foi por isso que surgiu o “Projeto RAPS”, um trabalho conjunto de defensoras e defensores públicos, servidoras e servidores,

¹ Declaração de lançamento da Agenda 2030.

² Boaventura de Sousa Santos, em sua palestra no XIV Congresso Nacional de Defensoras e Defensores Públicos – CONADEP.

estagiárias e estagiários. Compreendendo a existência de uma vasta gama de experiências desperdiçadas, tornadas invisíveis³ pela falta de políticas públicas que se comprometam com o desenvolvimento da personalidade das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e também daquelas que fazem uso prejudicial de drogas, colaboraram com gestoras e gestores públicos para proporcionar a esse público uma vida digna, através de um melhor tratamento de saúde mental, em base comunitária.

Não vem sendo fácil, como vamos mostrar nas próximas páginas, mas não descansaremos no nosso compromisso de participar da melhoria das Redes de Atenção Psicossocial dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, para que ofereçam um serviço em Saúde Mental de qualidade e adequado à sua população, através de uma atuação estratégica de promoção dos Direitos Humanos e, em especial, de garantia de não retrocesso do direito à saúde⁴.

³ SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos - Cebrap**, [S.L.], n. 79, p. 71-94, nov. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

⁴ Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossos agradecimentos a todas as pessoas que fizeram e fazem parte deste projeto, em seus diversos momentos.

A todas as estagiárias e estagiários de Direito, Psicologia e Serviço Social que compuseram nossas equipes, realizaram visitas e contribuíram nas produções de relatórios; aos motoristas da Defensoria Pública que estiveram conosco e viabilizaram nossos deslocamentos, muitas vezes por horas seguidas; à equipe da Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça, nomeadamente Carolina Dzimidas Haber e Christiane Ferreira Martins, pelo inestimável trabalho de organização dos dados e produção dos gráficos.

Agradecemos também ao professor Paulo Amarante, que sempre esteve presente em debates e gentilmente se dispôs à revisão do nosso texto.

Nossos agradecimentos, por fim, a todas as pessoas que fazem parte da RAPS, profissionais, familiares e usuárias/os, com os quais pudemos trabalhar e nos quais nos inspiramos.

INTRODUÇÃO

O presente texto se propõe à análise – orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial – da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, por meio dos resultados obtidos pelo Projeto de Fomento à Implantação, Expansão e Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial – “Projeto RAPS”, da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. O “Projeto RAPS” faz visitas *in loco* aos serviços da rede, produz relatórios técnicos interdisciplinares por equipe multiprofissional, e ao final expede recomendações às gestoras e aos gestores públicos de saúde. O objetivo deste texto é fornecer, para o público em geral, mas, sobretudo, para pesquisadoras, pesquisadores e atores do sistema de justiça, subsídios, tanto teóricos quanto quantitativos, acerca dos fundamentos e da disposição atual da RAPS nessa região.

As análises do trabalho indicam, primeiramente, que a Reforma Psiquiátrica antimanicomial ainda é um ideal, já que, de um lado, o poder público deixa de implementar completamente a RAPS, havendo defasagem de serviços, pessoal e infraestrutura e, de outro, reinsere, nessa rede especializada, hospitais psiquiátricos no seu rol de serviços, valorizando as Comunidades Terapêuticas enquanto serviço de saúde mental, afastando-se de valores orientadores da mencionada Reforma.

Para tal análise, dividiremos o texto em duas grandes partes: a primeira, intitulada “Retomada Teórico-Histórica das Premissas da RAPS”, de ênfase teórica, e a segunda, intitulada “A RAPS em Dados”, de ênfase empírica.

De início, nessa primeira parte, contextualiza-se a questão por meio de uma breve explanação teórica e histórica para situar as premissas que orientam a RAPS e o projeto idealizado pela Defensoria Pública. Essa retomada histórica se ocupa de apreciar dois grandes tópicos enfrentados pela atenção psicossocial especializada: o tratamento dos sofrimentos e transtornos mentais e o uso prejudicial de drogas. A metodologia empregada para essa primeira grande parte baseia-se na revisão bibliográfica. Procura-se elucidar a leitora e o leitor sobre

os referenciais teóricos que serviram de fundamentação ao trabalho da Defensoria Pública nesse âmbito.

A segunda parte, por sua vez, contém dados relativos aos quatro anos de “Projeto RAPS”. A metodologia consiste na sistematização das informações dos relatórios redigidos por equipe multiprofissional e interdisciplinar, avaliadas de maneira geral e também nos pormenores da realidade de cada município.

Por fim, na conclusão, apresentamos nossas reflexões sobre as contribuições do nosso trabalho, fazendo um apanhado do que observamos ao longo das visitas, de como a intervenção defensorial vem tendo impacto no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial dos municípios visitados, e de como esperamos que este livro possa reverberar nos leitores.

Diversos órgãos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro participaram do PROJETO RAPS, nomeadamente, o Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva, o Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Capital e a Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

O objetivo do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, neste projeto, é conhecer, mapear e fomentar a expansão da Rede de Atenção Psicossocial, assim como dos seus Recursos Humanos, priorizando as soluções administrativas, valendo-se da via judicial apenas como última alternativa. Isso porque a Equipe Psicossocial do NUDEDH nutre respeito, reconhecimento e valorização da autonomia dos profissionais dos serviços como princípios interventivos. A atuação ocorre através da construção de uma parceria com as(os) profissionais e usuárias(os), na qual conhecemos o equipamento, assim como os entraves que dificultam e/ou impedem a boa execução do serviço.

A Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva, por sua vez, é a coordenação temática responsável pela indução da missão institucional de promoção e defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, do Direito Humano à Saúde. Além da assessoria técnica e administrativa

na área, a Coordenação atua como órgão conector entre todos os membros da Defensoria Pública que trabalham na área da Saúde Coletiva, de modo a fomentar e proporcionar uma atuação estratégica, coordenada e em rede intersetorial e interinstitucional que combata as múltiplas vulnerabilidades em saúde decorrentes do processo de desigualdade estrutural do país e do Estado do Rio de Janeiro.

Nesse espectro de atuação, compete à Coordenação a elaboração, em parceria com outros órgãos da instituição, de projetos de atuação institucional destinados à implantação, expansão, qualificação e monitoramento permanente das políticas públicas de saúde, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial. Para tanto, é indispensável a participação da equipe psicossocial da instituição que colabora com a experiência na área e com a articulação com a rede socio-assistencial e a população afetada.

O objetivo do Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Capital, neste Projeto, é garantir a efetivação das políticas públicas de atenção psicossocial, assegurando o acesso e a assistência integral à população em geral. A sua equipe psicossocial atua realizando mapeamento da rede, visitas institucionais, reuniões interinstitucionais e escuta atenta às pessoas assistidas e às equipes profissionais, a fim de fortalecer e adequar os equipamentos e serviços da RAPS.

Por fim, o objetivo da Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, neste Projeto, é contribuir com a promoção, proteção integral e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, usuárias(os) dos equipamentos de saúde mental. Por meio de sua equipe psicossocial, atua de modo a conhecer e mapear as demandas desse público, e os desafios de acesso que encontram, como, também, as falhas que tais serviços apresentam e os problemas que enfrentam na relação com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos visando fortalecer a rede de proteção.

1. Retomada Teórico-Histórica das Premissas da RAPS

1.1 O cuidado com pessoas com transtorno e sofrimento mental

1.1.1 Do modelo manicomial à atenção em saúde mental de base comunitária

“Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”⁵. Essas foram as palavras usadas por Franco Basaglia para descrever sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena, em 1979. Talvez não houvesse melhor maneira de retratar essa experiência tão emblemática para a história da Saúde Mental no Brasil⁶.

Os dados do período de atividade do hospício são alarmantes: pelo menos 60 mil pessoas morreram dentro de seus muros, e 70% dos internos sequer apresentavam diagnóstico de doença mental⁷. Os casos e a rotina da instituição, resgatados por Daniela Arbex e outros em suas respectivas obras⁸, ilustram vividamente a crueldade suportada por tantas pessoas. O Colônia foi apenas uma dentre várias instituições de internação de “loucos” representantes de um modelo de tratamento de pessoas com transtorno mental seguido não só no Brasil, mas também em grande parte do Ocidente, e cuja desconstrução deu-se lentamente, perpassando denúncias feitas por diversos autores e movimentos sociais, como passaremos a expor.

⁵ ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019. p. 16.

⁶ Outra semelhança evidente entre as duas estruturas, além das condições em que as pessoas eram tratadas, são os meios de transporte utilizados para encaminhá-las até lá. Os chamados “trens da loucura”, retratados por Graciliano Ramos, remetem aos que outrora levaram os perseguidos para serem exterminados em campos de concentração na Alemanha Nazista.

⁷ ARBEX, Daniela, op. cit., p.14.

⁸ Na película “Em nome da razão” de Helvécio Ratton (1979), pelo fotógrafo Luiz Alfredo e pelo repórter José Franco na matéria para a revista *O Cruzeiro*, “A sucursal do inferno”.

Em *A História da Loucura*⁹, Michel Foucault (1978) traça as origens desse modelo excludente e hospitalocêntrico. Logo em seu primeiro capítulo, a obra estabelece um paralelo entre a hanseníase e a loucura, no que diz respeito à imagem com que ambas eram vistas e ao tratamento reservado aos que delas sofriam. Os (então chamados) lazarentos eram enxergados como uma manifestação de Deus, pois, ao mesmo tempo em que denotavam sua cólera, marcavam sua bondade¹⁰. O autor também traz um trecho de um ritual da Igreja de Viena, em que se enunciava: “Meu companheiro, apraz ao Senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo.” Assim, os hansenianos eram isolados em gafarias, num processo de exclusão que se acreditava ser o caminho para a cura. Brilhantemente, argumenta que essas “testemunhas hieráticas do mal obtêm a salvação na e através dessa própria exclusão; (...). Eles se salvam pela mão que não se estende. O pecador que abandona o leproso à sua porta está, com esse gesto, abrindo-lhe as portas da salvação”.

No final da Idade Média, com o fim das Cruzadas e o conseqüente rompimento com os focos orientais de propagação da doença, a hanseníase desapareceu do mundo ocidental¹¹. As diversas gafarias na Europa permaneceram sendo, contudo, vagarosamente esvaziadas. A estigmatização imputada a esse grupo também não sumiu, mas se manteve latente. Posteriormente, as estruturas em que se confinavam os hansenianos e a simbologia que outrora lhes era atribuída foram redirecionadas aos loucos.

Estabelecida essa breve análise histórica, Foucault (1978) preocupa-se em partir para o tema do Hospital Geral. Demonstra,

⁹ FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551 p. Tradução de José Teixeira Coelho Netto.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

assim, que a internação surge no Classicismo¹², antes de tornar-se instrumento médico, como um instrumento político-social¹³. O Hospital Geral¹⁴, marco inicial da internação, não era estritamente uma instituição médica, mas, sobretudo:

uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (Apresenta) soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a política e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão¹⁵ (apud AMARANTE, 2007).

Os loucos foram trancafiados sem qualquer objetivo de tratamento junto aos vagabundos, pobres e rebeldes, e esse modelo espalhou-se por toda a Europa. Foucault (1978) explicita que somente com a Modernidade, devido a uma ruptura epistemológica na Medicina que permitiu florescimento da Psiquiatria e devido a empreitadas de Pinel, Tuke e outros, passa a ser atribuído um sentido médico ao confinamento¹⁶. Aí surge a “doença mental” enquanto categoria e expressão do impulso da Razão Moderna de divisão do mundo para

¹² Para Foucault, o período do Classicismo compreende os séculos XVII e XVIII.

¹³ Foucault (1978) atribui a novidade do Hospital Geral à sua função de medida econômica e precaução social. Em suas palavras: “A era clássica utiliza o internamento de um modo equívoco fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego, ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos. Agir alternadamente sobre o mercado da mão de obra e os preços de produção”. A instituição fora criada também para fazer cumprir o que com a burguesia teria se tornado um imperativo moral: o trabalho.

¹⁴ O “hospital” foi criado na Idade Média não como instituição médica, mas de caridade. Nesse período tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis e doentes. Daí a origem etimológica da palavra “hospital” que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade. Para George Rosen (apud AMARANTE, 2007), a origem desses lugares pode ser ligada aos ensinamentos de Paulo, o Apóstolo, que pregava “fé, esperança e caridade”. Com o passar do tempo, as características dos hospitais mudaram. Com o Hospital Geral, esse tipo de instituição ganha uma dimensão mais social e política, mas somente depois, com a influência de ideias da Revolução Francesa, houve sua medicalização (AMARANTE, 2007). Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault também diz que o hospital como um instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII (FOUCAULT, 2011).

¹⁵ FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551 p. Tradução de José Teixeira Coelho Netto.

¹⁶ Ibid.

conhecê-lo¹⁷. Se houve momentos históricos em que os significados da loucura eram muitos e as maneiras de lidar com essa condição eram várias, foi a essa nova categoria da Modernidade que a loucura foi reduzida. O exercício da violência das internações vê-se legitimado pela medicina oficial.

A importância do livro é ímpar por desfazer algumas relações que à época eram feitas comumente. Em primeiro lugar, demonstra que a relação estabelecida entre loucura e internação foi uma novidade do séc. XVII, espelhando o que havia sido feito com os “leprosos” na Idade Média. A figura do louco substituiu a do hanseniano nas antigas estruturas subsistentes das gafarias, e o valor simbólico atribuído pela sociedade a eles foi similarmente legado a essa outra personagem. Em segundo lugar, desnaturaliza a relação entre internação e Medicina, mostrando que inicialmente não era atribuído sentido médico ao confinamento. Habilmente dissocia as ideias antes consideradas conseqüências necessárias umas das outras, contribuindo para a desconstrução da Psiquiatria enquanto ideologia^{18|19}.

E a interrogação posta por Foucault (1978) sobre a naturalização dessas relações toma vulto junto aos demais movimentos intelectuais e sociais das décadas de 50, 60 e 70 de questionamento do saber médico-psiquiátrico clássico, como a Antipsiquiatria, de Ronald Laing e David Cooper, a Análise Institucional, de Tosquelles e o Movimento Psiquiatria Democrática levado a cabo por Franco Basaglia na Itália,

¹⁷ Boaventura de Sousa Santos procura desvendar o paradigma moderno de produção de conhecimento em *Discurso sobre as Ciências: Transição para uma Ciência Pós-Moderna*. Uma das características apontadas vai no sentido de que “conhecer significa dividir e classificar para depois determinar relações sistemáticas entre o que se separou”. Esse elemento está presente na produção intelectual de Philippe Pinel, que buscava ser o Lineu das doenças da mente, classificando os diferentes tipos de transtorno mental (AMARANTE, 1994).

¹⁸ AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120p.

¹⁹ O importante trabalho de desfazer construções que se creem necessárias: “A liberdade de espírito, quer dizer, a potência do intelecto, mede-se por sua capacidade de dissociar ideias tradicionalmente inseparáveis. Dissociar ideias custa muito mais que associá-las, como demonstrou Köhler em suas investigações sobre a inteligência dos chimpanzés. Jamais o entendimento humano teve como agora maior capacidade de dissociação” (ORTEGA Y GASSET, 2016).

influenciando, também, movimentos brasileiros como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e nossa Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, a loucura começa a ser objeto de intervenção pública a partir de 1808, com chegada da família real²⁰. De maneira similar ao que ocorrera na França, apresentou algumas interfaces com a dermatologia sanitária e com a hanseníase²¹, e transportou-se o modelo manicomial com o internamento e Psiquiatria. Nosso primeiro manicômio, o Hospício de Pedro II – que depois passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados e, mais recentemente, Centro Psiquiátrico Pedro II –, inaugurado em 1852, utilizava quase que integralmente os ideais franceses²². Figuras como Juliano Moreira, João Carlos Teixeira Brandão, Gustavo Riedel, Renato Khel, Adauto Botelho, dentre outros, foram responsáveis pela psiquiatrização em nossas terras, embora adotassem modelos diversos. E, por fim, tivemos nossos próprios intelectuais rebeldes contra os manicômios, como Nise da Silveira. Enfim, os diversos abusos perfilados nessas instituições no além-mar encontraram lugar em terras brasileiras.

Mesmo se implementado a níveis ideais, ou seja, sem a tragédia ocorrida em Barbacena, a própria estrutura do modelo manicomial mostra-se danosa ao indivíduo. Erving Goffman (1961) é mais um no rol de pensadores a condenar essas instituições e o primeiro a classificá-las como totais²³. Descreveu-as, em uma téttrade de artigos, compilados no livro *Manicômios, Prisões e Conventos*, como um local de residência e trabalho onde se congrega um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, que levam uma vida fechada

²⁰ AMARANTE, Paulo, op.cit.

²¹ LOPES GARCIA, José Ricardo. “Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas”. Disponível em: <<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/hansenint/v21aov29/2001/PDF/v26n1/v26n1a02.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

²² AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

²³ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Nova Iorque: Vintage Books, 1961.

e formalmente administrada²⁴. Por sua própria natureza, elas contrariam a disposição básica da sociedade moderna de que lazer, trabalho e residência são exercidos em locais diferentes²⁵. A definição engloba, para além dos hospitais psiquiátricos, os monastérios, os conventos, os quartéis, as prisões, os orfanatos, entre outros logradouros. Outra característica comum a elas é que existem duas camadas hierárquicas com diferentes perspectivas: os internos, que são sujeitos às ordens dos que estão acima, e a equipe dirigente – que se apresenta no topo – e tem poder sobre o que será feito a eles, bem como sobre as suas informações (no caso de hospícios até sobre seus diagnósticos²⁶).

Com o objetivo de padronizar os indivíduos, a estrutura desse modelo e suas características levam a um processo de “mortificação do eu” – uma transformação dramática que suprime a concepção que o interno tinha de si mesmo antes de sua admissão e danifica sua individualidade e a sua autonomia²⁷. Assim:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações e humilhações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado²⁸.

A partir do relato pessoal de Maura Lopes Cançado²⁹ em *Hospício é Deus - Diário 1*³⁰, em que transmite a experiência de uma de suas internações voluntárias no Hospital Gustavo Riedel, percebemos

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Daí a importância de ser elencado entre os direitos das pessoas com transtorno mental na Lei nº 10.216/2001, art. 2º, parágrafo único, VIII, o direito a receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.

²⁷ GOFFMAN, Erving, op.cit.

²⁸ Ibid.

²⁹ Lembre-se também de Lima Barreto, que esteve internado no Hospício Nacional de Alienados (Veja-se suas obras *Diário do Hospício* e *Cemitério dos vivos*) e também de Torquato Neto, que esteve no Centro Psiquiátrico Pedro II (Veja-se *Os últimos dias de paupéria*).

³⁰ CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus: Diário I**. São Paulo: Autêntica, 2015. 232p.

as indignidades às quais os internos eram submetidos. Desde o que Goffman coloca como “testes de obediência”, comuns aos primeiros momentos da experiência institucional³¹, até conceitos como “despojamento de bens” e “despojamento do eu”³² transparecem nesse livro posteriormente tido como denúncia antimanicomial. Outros elementos típicos de instituições psiquiátricas como o castigo por eletrochoque³³, o isolamento e a contenção física e química também são narrados por Maura e faziam parte de seu cotidiano no hospício. Em um momento escreve sobre sua internação anterior: “Em sua seção padeci do seguinte regime: quarto-forte. Injeção para dormir. Violência das guardas. Mais quarto-forte. Mais violência das guardas. (...) Assim sucessivamente. Fuga”. A ameaça constante feita pela enfermeira-chefe de que seria enviada para o Hospital Colônia Juliano Moreira caso não fosse “boazinha” junta-se às outras causas de pavor da interna.

A vitória da sua denúncia viria algum tempo depois. O bairro em que se edificara o Hospital Gustavo Riedel, onde foi internada, agora abriga o Museu de Imagens do Inconsciente fundado por Nise da Silveira. O espaço transformou-se junto aos ideais, e os quartos-fortes agora são salas de terapia ocupacional, oficina, atividades em grupo etc.

Toda essa exposição serviu para corroborar que outrora imperava o modelo de internação, exclusão e medicalização marcado pela figura do manicômio e pela forte presença da Psiquiatria, que agora, em razão da luta de movimentos sociais e intelectuais - e também das mudanças de mentalidades, relações e culturas, consubstanciadas em alterações nas relações culturais, políticas, sociais e de participação

31 Veja-se o trecho seguinte: “A guarda que me recebeu (...), Cajé, me fez trocar o vestido pelo uniforme do hospital. Enquanto trocava de roupa, recebia intimidações: ‘Queixas ao médico não adiantam. Vocês são doentes mesmo entendeu?’”

32 Veja-se o trecho seguinte: “Estou aqui e sou. É a única afirmativa, calada e neutra como os corredores longos, Ou não sou e estou aqui?”

33 Veja-se o trecho seguinte: “Eletrochoque devia ser tratamento, e não instrumento de vingança em mãos de irresponsáveis. Mas, aqui, até as guardas ameaçam doentes com eletrochoques, trazendo-as em constante estado de tensão nervosa”.

social, por exemplo - pouco a pouco transfere-se para a atenção em saúde de base comunitária e para os aparelhos substitutivos.

No entanto, a implementação dos princípios da reforma não foi completada e, em concreto, não se observou ainda uma completa abolição das práticas manicomialistas. O estigma que a sociedade imputa a esse grupo também não desapareceu. As marcas da segregação do louco continuam em outros âmbitos, no seio familiar, nas escolas e em ambientes de trabalho. Mesmo assim, surge, da quebra do antigo paradigma, um novo, concretizado no Brasil pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.1.2 A perspectiva jurídica da loucura

Do ponto de vista jurídico, a nova concepção do louco, levada a cabo pela Reforma Psiquiátrica antimanicomial, pouco a pouco alterou diversos institutos. A capacidade do louco na ordem civil é um bom exemplo desse fenômeno. O louco era tido como incapaz desde o direito romano, e a não aferição de capacidade jurídica ao louco permaneceu presente nos Códigos Civis de 1916 e 2002³⁴. A mudança substancial ocorre, finalmente, graças ao advento da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Conforme consta em seu artigo 12: “(as pessoas com deficiência) gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”³⁵. A postura adotada no dispositivo internacional, embora já válida no Brasil desde 2009, foi confirmada posteriormente em 2015, com a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015).

No plano internacional, além da importantíssima Convenção, há outro documento anterior relevante para a luta antimanicomial,

³⁴ No art. 5º, II, do Código Civil de 1916, os qualificados como “loucos de todo o gênero” encontravam-se no rol de absolutamente incapazes. No Código de 2002, apesar de já terem sido apresentados diversos avanços sociais no campo da Reforma Psiquiátrica, manteve-se o louco sob jugo da incapacidade, alterando-se somente o termo que era utilizado para se referir a esse grupo.

³⁵ BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 17 abr.2020.

pois versa sobre a assistência psiquiátrica no continente americano: a Declaração de Caracas da Organização Pan-Americana da Saúde³⁶. Reconhece que a psiquiatria tradicional e que o hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial não são capazes de “alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo”³⁷.

Da mesma forma, não há que se falar mais em “interdição” à luz do Direito Civil contemporâneo, instituto que deixou de figurar em nosso ordenamento jurídico e foi substituído pelo instituto da curatela. A curatela é admitida em casos excepcionais e limita-se a afetar negócios jurídicos patrimoniais, ao contrário daquela que afetava também o campo existencial. Essas mudanças ocorreram como resultado dos movimentos da década de 1970, confirmando a ideia presente desde pelo menos Montesquieu³⁸ de que o Direito deve estar adequado ao contexto em que se insere³⁹.

Viu-se no mundo jurídico, por fim, na Lei nº 10.216/2001, a consolidação de um ideal de Reforma Psiquiátrica no Brasil inspirado por esses autores e movimentos sociais, instituindo-se um modelo de atenção em saúde mental humanizado, para além dos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. Foi fruto de uma árdua luta no legislativo, marcada pela presença de grupos da sociedade civil organizada como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental. Também é marcada pelo longo caminho percorrido entre a formulação de seu projeto, até sua aprovação em 2001.

³⁶ **DECLARAÇÃO de Caracas.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 27 abr.2020.

³⁷ Ibid.

³⁸ “Convém que elas (leis) se relacionem com a natureza e o princípio do governo estabelecido que se almeja estabelecer (...) Elas devem ser relativas às características físicas do país (...), ao tipo de vida dos povos (...), ao grau de liberdade que sua constituição é capaz de tolerar, à religião dos habitantes” (MONTESQUIEU, 2000).

³⁹ OLIVEIRA, Luciano. **Manual de Sociologia Jurídica.** Petrópolis: Vozes, 2015.

1.2 O uso prejudicial⁴⁰ de drogas

Analisar as políticas públicas de saúde mental no país implica também se debruçar sobre o tema das drogas e da recuperação de pessoas que fazem uso prejudicial. Isso porque ambos os tópicos caminham lado a lado, como se infere do fato de a Rede de Atenção Psicossocial incluir serviços destinados tanto para o tratamento dos transtornos mentais, como para o tratamento do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Ambas as questões integram o tema geral da atenção e cuidado psicossocial, que envolve as ações estatais em prol do fortalecimento, inclusão e exercício dos direitos de cidadania de pessoas que fazem uso prejudicial e de seus familiares. As questões do uso prejudicial e a do tratamento de transtornos mentais compartilham ainda outro elemento que as aproxima: a estigmatização imputada aos que delas sofrem.

Neste subtítulo, serão trabalhadas duas hipóteses centrais no tratamento do uso prejudicial de drogas: (i) a criminalização de alguns tipos de droga é medida arbitrária e (ii) políticas públicas repressivas e apenas com enfoque médico-psiquiátrico são prejudiciais, e a sua desconstrução, apesar de não ter sido completamente realizada, dá lugar à política de redução de danos.

Para trabalhar essas hipóteses, partiremos de uma breve aproximação histórica do uso das drogas desde as mais antigas civilizações, com vistas a verificar se há algum critério da criminalização das substâncias, ou se a criminalização passa apenas pela moralidade e pelo poder. Após, será situada historicamente a constituição de um

⁴⁰ A utilização do termo “uso prejudicial/problemático de drogas” ao invés de “dependência química” indica nossa persistência em despatologizar o uso de drogas, preferindo a ótica de que esse hábito constitui uma prática cultural. O termo “uso abusivo de drogas” também não será utilizado, pois leva a identificação do problema para o médico. A mensuração do que é abusivo é centrada no poder médico e psiquiátrico e no julgamento subjetivo do profissional que irá avaliar o comportamento de seu paciente (ROSA, 2011). Em que pese a nossa opção seja pela expressão “uso prejudicial de drogas”, utilizamos, ao longo do texto, as expressões: “entorpecentes”, “euforizantes”, “tóxicos”, “dependentes” e “dependência química”, “tóxico-dependência”, “adicção”, “combate ao tóxico” e outras, de acordo com o usualmente utilizado na legislação respectiva da época em comento.

problema social, que ocorreu com a massificação do uso de drogas, e a subsequente formação de políticas públicas sobre o assunto no Brasil.

Preliminarmente, é necessário, no entanto, apontar que o termo “droga” é semanticamente carregado. Ao tratar sobre esse tema, portanto, deve-se clarificar a terminologia utilizada, tendo em vista que a linguagem relacionada é moralmente ambígua, e seus sentidos podem variar de acordo com as referências legais e éticas do contexto⁴¹. A opção utilizada é a de drogas psicoativas: “substâncias exógenas ao corpo que quando ingeridas alteram as funções biológicas imitando a ação de neurotransmissores nos neurônios”⁴². Não englobamos, dessa forma, noções como alimentos-droga, fármacos e afins.

1.2.1 O uso de drogas como hábito humano

O uso recreativo, religioso e medicinal de drogas psicoativas é observado ao longo da história humana nas mais diversas sociedades, diferindo, apenas, quanto à reação social a ele associada.

Para abordar o uso recreativo, vejamos o álcool, cuja origem do uso poderia ser retraçada até a pré-história. A produção de bebidas fermentadas é uma prática presente desde os primeiros hominídeos, mas só floresceu realmente com o processo de sedentarização da humanidade há 12.000 anos⁴³. Propagou-se por todo o mundo e foi usado desde a Antiguidade, nas reuniões sociais da elite romana, até hoje em casas, restaurantes e bares ao redor do mundo.

Outro exemplo do emprego de substâncias psicoativas, agora no campo religioso, é a Ayahuasca. Esse elemento enteogênico,

⁴¹ GOODMAN et al, 1995 apud WADLEY, Greg. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Research Bulletin**, [S.L.], v. 126, p. 138-151, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>.

⁴² KENAKIN, 2004 apud WADLEY, Greg. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Research Bulletin**, [S.L.], v. 126, p. 138-151, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>.

⁴³ WADLEY, Greg. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Research Bulletin**, [S.L.], v. 126, p. 138-151, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>.

importantíssimo em algumas culturas tribais da Amazônia, permanece relevante como sacramento em algumas religiões sincréticas do Norte do Brasil, quais sejam, a Igreja do Santo Daime, União do Vegetal (Udv) e a Barquinha⁴⁴.

Já no contexto médico, observam-se, em tábuas sumérias, em cilindros babilônicos e em hieróglifos egípcios, registros do emprego do ópio para tratamentos desde o terceiro milênio antes de Cristo. Há também relatos do emprego de cânhamo em tratados medicinais da China do século I e, na Índia, a tradição brâmane apontava o uso da planta como afrodisíaco e agilizador da mente⁴⁵.

Como já observamos, os relatos dos usos de drogas ao longo da civilização são ricos. No entanto, a proposta de uma reconstrução e organização desses em uma só genealogia é uma tarefa árdua. Os sentidos a elas atribuídos são tão múltiplos quanto a quantidade de espécies em que se apresentam ou quanto às sociedades que tiveram por hábito seu consumo.

Essa breve análise histórica aponta um argumento central na discussão: a criminalização do uso de drogas não foi uma constante na história da humanidade. Não se trata de um impulso natural do ser humano proibir o uso de substâncias psicoativas. A legalidade e a “aceitabilidade” das drogas tendem a ser uma decisão arbitrária, dependendo mais das normas sociais e relações de poder do que do grau de “adicção” que podem causar ou outros fatores farmacológicos. Ora, em nosso próprio sistema jurídico atual, algumas drogas ilegais não causam “adicção” química (LSD), enquanto outras drogas legais geram “dependência” (nicotina), o que demonstra certa arbitrariedade na proibição, que não segue critérios objetivos.

⁴⁴ SHANON, Benny. Os conteúdos das visões da ayahuasca. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 109-152, Out. 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/mana/a/LsSHhNnxtCswpPWk4vVgGNs/?lang=pt>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

⁴⁵ MACRAE, Edward. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001, p.4.

1.2.2 A massificação do uso de drogas

Como se observou previamente, o consumo de drogas é um fenômeno quase tão antigo quanto o próprio homem. E muito embora esteja na maioria das vezes associado – nas pesquisas psicológicas, farmacológicas, sociológicas e antropológicas⁴⁶ – à “adicção”, essa enquanto problema social só surgiu no século XIX⁴⁷ ou XX. O uso de drogas é primitivo, enquanto a problemática da “dependência química” como problema comunitário é uma novidade na história humana.

Contribuiu para o surgimento desse fenômeno uma miríade de fatores. Como primeiro fator, avanços tecnológicos possibilitaram um grande aumento na oferta e facilidade do uso de drogas. A possibilidade de isolamento de princípios ativos⁴⁸, a invenção do cigarro e da agulha hipodérmica são exemplos desses avanços. Ao mesmo tempo, acompanhados do que seria o segundo fator: a elevação do comércio regional de drogas a nível internacional com o início da globalização⁴⁹. O contexto de grande mudança social e os traumas advindos de múltiplos conflitos bélicos, por sua vez, é mais um fator que aumentou a demanda por substâncias que aliviassem as dores físicas e psíquicas.^{50 | 51}

⁴⁶ WEINBERG, 2011 apud WADLEY, Greg. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Research Bulletin**, [S.L.], v. 126, p. 138-151, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>.

⁴⁷ WESTERMEYER, 2013 apud WADLEY, Greg. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Research Bulletin**, [S.L.], v. 126, p. 138-151, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>.

⁴⁸ Como morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896).

⁴⁹ WESTERMEYER, 2013 apud WADLEY, Greg, op. cit.

⁵⁰ WADLEY, Greg. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Research Bulletin**, [S.L.], v. 126, p. 138-151, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>.

⁵¹ MACRAE, Edward. **Aspectos Socioculturais do Uso de Drogas e Políticas de Redução de Danos**. Disponível em: <<https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/aspectos-socioculturais-do-uso-de-drogas-e-politicas-de-reducao-de-danos>>. Acesso em: 30 set. 2021.

A disposição social, dessa forma, foi propícia a um grande aumento no consumo de drogas na Europa, o que leva alguns autores⁵² a apontarem esse momento como início da visão que atribui ao uso prejudicial o *status* de problema social/público. De maneira geral, seu uso não fora até então considerado ameaçador à ordem social, com exceção do período da caça aos heréticos e às bruxas⁵³.

1.2.3 Formulação de políticas públicas sobre drogas

Enquanto problema social, a questão da “adicção” impulsionou a formulação de políticas públicas. No séc. XX, observou-se a construção de dois processos ao redor desse hábito: o da medicalização e o da criminalização⁵⁴. O usuário de drogas passa a ser alvo do discurso médico-psiquiátrico ou considerado uma responsabilidade do sistema penal.

Tradicionalmente, as políticas públicas relacionadas às drogas em diversos países se definiram em especial por um caráter proibitivo e repressivo. O enfoque das políticas de drogas sempre foi muito mais direcionado ao combate e punição do tráfico e mesmo dos usuários do que à reabilitação destes últimos.

Essa abordagem repressiva remonta desde os Estados Unidos da década de 20, sob a vigência da Lei Seca, e foi preservada ao longo do século XX pela postura da comunidade internacional. As políticas brasileiras em muito se definiram por causa da pressão internacional a respeito do combate às drogas.

A pauta dos “euforizantes” foi ganhando preponderância no Brasil principalmente nos anos 70, num contexto de ditadura militar e de pressão internacional para o delineamento de estratégias nacionais

⁵² Como Andrew Muller Reed, Greg Wadley e Edward MacRae.

⁵³ ESCAHOTADO apud MACRAE, Edward, *ibid.*

⁵⁴ TEIXEIRA, Jessica Adrielle Santos; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 4, núm. 1, 2013, pp. 82-89.

de combate aos “tóxicos”. Antes dessa época, a legislação brasileira sobre o tópico era mais escassa.

Um dos mais antigos dispositivos legais sobre o tema no Brasil é o decreto nº 20.930, de 1932, que estabelecia penas de reclusão e multa para comércio e indução ao uso de drogas, prevendo também pena de prisão para a posse lícita de drogas sem receita médica ou superando as quantidades terapêuticas indicadas⁵⁵. Aqui está muito marcada a presença do discurso médico que retrata o uso de drogas não como prática cultural, mas como patologia, nos termos da dependência química. O estereótipo criado em torno do usuário é o do “drogado” ou “doente” e, como problema público, o uso de drogas passa a ser visto como “epidemia” ou “praga”.

Essa asserção da dimensão patológica do usuário de drogas só pôde ser possível devido ao processo de transição para uma sociedade “medicalizada”, em que a Medicina enquanto saber tem poder de ditar o que é “normal”. Ao longo do tempo, a categoria de doença separou-se do contexto mágico-religioso, como era nas sociedades tradicionais, e associou-se em definitivo ao contexto médico nas sociedades industriais contemporâneas. Esse fenômeno foi possível por conta de uma forte mobilização da classe médica e que teve como resultado a ascensão da medicina ao *status* de disciplina com máxima autoridade na temática de doenças e tratamentos^{56|57}.

Vargas e Campos (2017), por sua vez, pontuam:

⁵⁵ VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto. CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 1041-1050, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301041>. Acesso em: 27 abr.2020. <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtCMYvnBmPXLznnMN/?lang=pt>

⁵⁶ CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness**. Columbus: Merril Publishing, 1985.

⁵⁷ FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>

Já nesse período o poder médico legitima a posse de algumas drogas, conferindo a elas um estatuto de “licitudes” e “ilicitudes”. Assim, ter posse da droga com uma receita médica legitima seu uso, que passa a ser visto como controlado. Indo além, as quantidades também são controladas e quando estão fora de uma dosagem considerada “terapêutica” pelos profissionais de saúde, já há um indicativo para punições. Necessário então construir melhor essa ideia em relação à categorização de certas drogas em lícitas e ilícitas⁵⁸.

Posteriormente, o Decreto nº 891, de 1938, também conhecido como Lei de Fiscalização de Entorpecentes, influenciado pela Convenção de Genebra de 1936, fixava pena de prisão para o consumo de drogas e elencava um rol de substâncias ilícitas, além de prever a internação e a interdição civil como medidas a serem tomadas contra os toxicômanos.⁵⁹ Essas leis demonstram que, mesmo com reduzida legislação antidrogas naquela época, a abordagem para a questão tendia sempre para um viés repressivo, buscando uma justificação médica, em detrimento de estratégias de prevenção e de redução de danos.

Nessa conjuntura, a pauta da reabilitação dos usuários era negligenciada pela ordem pública. O máximo que se fazia era conduzir os “dependentes químicos” para hospitais psiquiátricos. A imagem que se tinha dos usuários de drogas era a de doentes ou criminosos. Nesse período especificamente, a imagem do doente parece preponderar⁶⁰, havendo inclusive sanatórios para toxicômanos⁶¹, até que, futuramente, como veremos, o rótulo de criminoso e inimigo se tornará preeminente. Assim, as únicas iniciativas minimamente voltadas para o tratamento de usuários de drogas partiam da sociedade civil, de estratégias de particulares. No entanto, eram elas carregadas de um

⁵⁸ VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo, op. cit.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 1 mai. 2020.

⁶¹ Ibid.

nocivo caráter higienista e moralista, razão pela qual não podem ser vistas como efetivas soluções para a reintegração social dos usuários⁶².

A partir da década de 1960, no contexto da contracultura, a atenção da comunidade internacional voltou-se muito mais para o combate às drogas. Os Estados Unidos, onde a proibição e a repressão já haviam se mostrado potentes desde a época da Lei Seca, conduziu sua famosa campanha de guerra às drogas. Tratava-se agora de uma questão de urgência, da maior importância, a ser combatida por todas as nações do mundo, tanto em conjunto no plano internacional, como internamente.

Os principais dispositivos internacionais acerca do combate e prevenção às drogas correspondem à Convenção Única de Entorpecentes de 1961, à Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e à Convenção sobre o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988. Todas refletem essa postura repressiva e incubem aos signatários o desenvolvimento de políticas públicas nacionais também direcionadas nesse sentido, embora alguns artigos, em especial da Convenção de 1971, já se dediquem à reabilitação dos usuários. A legislação brasileira sobre o tema em muito foi moldada pelas pressões internacionais⁶³.

Vários dispositivos das décadas de 1960 e 1970 demonstravam o arrocho da política de drogas brasileira. Já em 1964, foi criado o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes, o qual trazia em seu nome o viés repressivo. Em 1971, com a Lei nº 5.726, traficante e usuário passaram a ter a mesma tipificação penal. Tratou-se também da maior pena prevista aos usuários já vista na legislação brasileira: prisão de 1 a 6 anos e multa⁶⁴. Em 1976, veio o grande marco na legislação antidrogas

⁶² São exemplos a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Brasileira de Higiene Mental, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e a União Brasileira Pró-Temperança, cujos nomes já são representativos dos ideais sob sua superfície.

⁶³ VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo, op. cit.

⁶⁴ LIMA, 2009 apud TEIXEIRA, Mariana Fernandes. **Os Acordos Internacionais e as Políticas Públicas de Controle do Uso de Drogas no Brasil**. Monografia de conclusão do curso de graduação em Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/184949/Monografia%20da%20Mariana%20Fernandes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

brasileira, a Lei nº 6.368, a Lei de Drogas da época. Nela, refletia-se a pressão internacional da ONU por uma abordagem combativa contra as drogas:

a Lei nº 6.368, de 1976, tornou-se um exemplar da influência internacional sobre as decisões brasileiras, sendo, em particular, o seu Capítulo III – Dos crimes e das penas – uma réplica do art. 36 da Convenção Única de 1961, na medida em que prevê a resposta do Estado brasileiro somente pela ação repressiva⁶⁵.

Se, por um lado, a origem da legislação brasileira antidrogas se deveu muito mais a pressões externas do que a mobilização nacional, por outro, o modelo repressivo e proibitivo encontrou eco na sociedade brasileira. A narrativa contada pelos dispositivos internacionais da droga como um elemento maligno, um inimigo para a moral da humanidade a ser combatido pela nação e pelo mundo ressoava muito bem na sociedade brasileira, carregada de preconceitos e de moralismos. Para mais, a urgência atribuída ao problema dos “entorpecentes” e sua caracterização como inimigo da nação encaixavam perfeitamente com a ideologia da segurança nacional vigente na ditadura militar, quando se desenvolveram os principais aparatos legais contra as drogas.

Em geral, a postura repressiva e proibitiva sempre foi impulsionada por forte moralismo, muitas vezes de caráter religioso. O maior justificador da proibição das drogas e da perseguição e punição aos usuários se encontra nessa visão da droga como um símbolo para o mal, e da estigmatização de seus usuários. A Lei Seca estadunidense é um grande reflexo dessa mentalidade. Por meio dela, procurava-se instaurar uma sociedade americana “limpa e sóbria”, imbuída dos mais “finos” valores morais e livre da “degeneração” do álcool e outras drogas.

A Lei Seca, no entanto, acabou por intensificar o crime organizado e seus dias estavam contados. Deve-se, contudo, ressaltar que o álcool

⁶⁵ TEIXEIRA, Mariana Fernandes. **Os Acordos Internacionais e as Políticas Públicas de Controle do Uso de Drogas no Brasil**. Monografia de conclusão do curso de graduação em Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/184949/Monografia%20da%20Mariana%20Fernandes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

sempre foi uma substância muito mais socialmente aceita, o que tornaria a Lei Seca muito mais difícil de ser implementada e bem-sucedida. O mesmo não pode ser dito de outras drogas, cuja proibição encontra muito mais adesão na sociedade. Isso se dá porque eram associadas a grupos já tradicionalmente marginalizados e relegados, às classes economicamente mais baixas e minorias. A maconha, por exemplo, já no início do século XX era vista como uma “droga dos negros”⁶⁶, de modo que o racismo concorria para fortalecer a adesão social à sua proibição. Essa prática, conhecida como *labelling approach*, é muito bem explanada pela corrente da criminologia crítica⁶⁷. A criminalização de uma determinada conduta muitas vezes é acompanhada da rotulação de grupos sociais mais vulneráveis. Aquela conduta criminalizada passa a ser enxergada como um *habitus* de um grupo social, no sentido atribuído por Pierre Bourdieu⁶⁸.

Em verdade, ao longo da história das drogas, é recorrente essa divisão entre as substâncias ligadas às classes mais altas e aquelas relacionadas às classes mais baixas. Não só isso; muitas vezes o uso de drogas era apenas socialmente aceito quando praticado por elites, e, no momento que começava a ser usado pelas massas, passava a ser condenado e rechaçado. No Brasil do início do século XX, era comum o consumo de ópio nas chamadas *fumeries*, lugares luxuosos e refinados, frequentados pelas classes mais abastadas⁶⁹. Essa prática não era alvo de grande desaprovação pela comunidade em geral.

A já mencionada urgência atribuída ao combate às drogas e a vilanização dos usuários e das camadas sociais associadas ao tráfico servem de pretexto para a mobilização agressiva das forças policiais, o que explica o caráter repressivo e persecutório da política de drogas. Gabriel Ignácio de Anitua (2015) explica esse processo pelo qual a

⁶⁶ TEIXEIRA, Mariana Fernandes, op. cit.

⁶⁷ MALAGUTTI BATISTA, Vera. **Introdução Crítica à Criminologia Brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

⁶⁸ ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

⁶⁹ TEIXEIRA, Mariana Fernandes, op. cit.

centralização da força estatal, inclusive do monopólio da violência, é justificada a partir da estigmatização e consequente perseguição de um grupo social. Desenvolve-se na consciência coletiva a narrativa de que há, de um lado, a sociedade, vivendo regular e honestamente, e, de outro lado, estão os “outros”, os alvos do estigma, que seriam capazes de corromper a sociedade boa e desvirtuar a ordem social. Dessa forma, os “outros”, qualquer que seja o grupo social alvo do estigma, seriam uma ameaça a ser neutralizada com a maior urgência, o que só poderia ser feito pelas forças estatais⁷⁰. Como apontam Vargas e Campos (2017), “(o) toxicômano era visto como ameaça, sendo incapaz de viver de acordo com os preceitos de civilidade, representando um risco para si e para o seu entorno”⁷¹.

Aqui ocorre, também, o já mencionado papel do discurso médico como legitimação “científica” das políticas sanitárias de repressão das drogas, sua expressão na ordem do poder. Conforme leciona Foucault, o poder encontra-se sempre associado a uma forma de saber, pois o que torna possível o exercício do poder é a sua justificação⁷². O discurso médico-científico, como “verdade”, embasa o discurso jurídico-político de que quase qualquer uso de drogas é patológico e portanto deve ser erradicado, afastando-se de uma definição cultural das substâncias psicotrópicas. O constante papel da medicina, ainda na década de 70, continua a influenciar a legislação brasileira antidrogas, ao:

contribuir com subsídios tecnocientíficos para a legitimação do controle do uso de drogas. O usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso (Fiore, 2005). Para tratá-lo, foram propostos diferentes dispositivos assistenciais: a princípio, hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos. Esses dispositivos tinham como objetivos salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área⁷³.

⁷⁰ ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos Pensamentos Criminológicos**. Rio de Janeiro: Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2015.

⁷¹ VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto. CAMPOS, Mauro Macedo, op. cit.

⁷² FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira, op. cit.

⁷³ MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro, op. cit.

Aos poucos, o paradigma da abordagem acerca da questão das drogas foi se modificando. Essa mudança em muito se deu graças às reivindicações do movimento antimanicomial, que deixou suas marcas também no tratamento do uso prejudicial de “tóxicos”. Eis mais um indício da estreita relação entre saúde mental e política de drogas.

Nesse contexto, observa-se, na década de 80, o crescimento de propostas de tratamento de usuários de drogas voltadas para além da internação. A Lei nº 6.368/1976 já previra a criação de estabelecimentos próprios para o tratamento de pessoas que fazem uso de drogas. Também de acordo com essa lei, passava a ser o tratamento em regime extra-hospitalar, em vez da internação, a primeira medida a ser adotada aos toxicômanos⁷⁴. Na década de 1980, vão surgindo os primeiros centros de tratamento no Brasil, públicos e religiosos. Vale ressaltar, contudo, que esses centros não atendiam casos de alcoolismo, restringindo-se a drogas ilícitas. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), o qual inicialmente apresentava uma conduta mais repressiva, mais para o final da década de 80, também num contexto de redemocratização, começou a traçar políticas de tratamento e prevenção⁷⁵. Em dois documentos produzidos em 1988 e 1996, o CONFEN defendeu, entre outras medidas, “a criação e consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas”⁷⁶.

74 Consta na Lei nº 6.368/76: “Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

§ 1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.”

75 MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro, op. cit.

76 O documento de 1988 denominava-se “Política Nacional na Questão das Drogas”, enquanto o de 1996 intitulava-se “Programa de Ação Nacional Antidrogas”. Em relação ao primeiro, Machado e Miranda (2007) apontam: “propôs, como uma de suas linhas de ação, o favorecimento da criação e da consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esses seriam locais especializados para tratamento, para formação de pessoal qualificado para atendimento a dependentes e para a realização de pesquisas. A rede do Sistema Nacional de Saúde deveria atender de maneira eficaz, não estigmatizante, servindo-se prioritariamente de ambulatórios, e de hospitais gerais, quando necessária a internação.” Já o segundo documento propunha: “o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento, a substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às dependências químicas, o apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos”.

Vale lembrar que não só se procurou combater a abordagem repressiva, como também indicavam-se as estratégias de redução de danos como mais uma medida de tratamento adequada, além daquelas focadas puramente na abstinência.

A preocupação com a disseminação do vírus do HIV, muito comum entre usuários de drogas injetáveis, foi fator decisivo para a mudança de paradigma da política de drogas. Fortaleceu-se o discurso em prol de projetos de redução de danos, em detrimento da crença na abstinência como único objetivo do tratamento. Em 1994, o CONFEN emitiu parecer no qual apontava políticas de redução de danos, tal como a troca de seringas, como medidas viáveis ao combate à AIDS. Isso favoreceu que se delineasse uma política sanitária em relação às drogas, ao pôr em pauta a situação dos usuários, da falta de atenção e de acolhimento a eles destinada. Em 2003, o Ministério da Saúde defendeu que o consumo prejudicial de álcool e outras drogas fosse tratado como um problema de saúde pública, ao invés de jurídico ou médico-psiquiátrico. Defendia também o Ministério a ampliação de políticas de redução de danos.

Essa mudança de foco da política de drogas, que adotava como novo norte as estratégias de redução de danos, permitiu um olhar renovado sobre o usuário, não mais como criminoso ou doente. Tratava-se de uma tentativa de superar concepções moralistas, rompendo com uma tradição histórica⁷⁷. É representativo dessa mudança o documento publicado em 2003 pelo Ministério da Saúde, que buscava traçar uma nova política de saúde para as drogas. Denominado de “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, propunha assumir “de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública”⁷⁸. O documento, dessa forma, buscava mudar o foco da política de drogas da repressão para

⁷⁷ MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro, op. cit.

⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2020.

a assistência. Interessante atentar para a alteração terminológica da política, a qual deixou ser “contra as drogas” ou “antidrogas” para ser “de drogas”. Como apontam Machado e Miranda (2007):

No documento sobre a política nacional, foram também definidos o marco teórico-político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras⁷⁹.

A Lei nº 11.343/2006, a nova Lei de Drogas, surgiu como fruto desse novo olhar, à medida que deixou de penalizar com prisão o porte de drogas para consumo próprio⁸⁰. Não se previa mais a prisão aos usuários, e sim ações de prevenção, tratamento e reinserção social⁸¹. Buscava-se afastar o sistema carcerário, para dar lugar ao sistema de saúde e assistência em relação aos usuários⁸². Se antes da Reforma Psiquiátrica antimanicomial os procedimentos aplicados aos toxicômanos eram restritos a ações policiais, culminando na sua prisão ou no seu encaminhamento a hospitais psiquiátricos – onde lá permaneciam para tratar da “adição” como se esta fosse uma doença mental –, agora, para o texto da lei, não são mais os usuários criminosos ou doentes. Devem antes ser vistos como sujeitos de direito e cidadãos a serem assistidos. Indispensável, contudo, a ressalva de que a nova lei não extinguiu a proibição do uso de drogas. Para além, a mudança de tratamento aos usuários pela lei não significou uma mudança de mentalidade da sociedade civil, das forças policiais nem do sistema de Justiça, cuja postura ainda se marca pelo paradigma repressivo e estigmatizante.

⁷⁹ MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. op. cit.

⁸⁰ VARGAS, Annabelle de Fátima Modest; CAMPOS, Mauro Macedo, op. cit.

⁸¹ TEIXEIRA, Mariana Fernandes, op. cit.

⁸² VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo, op. cit.

Tendo em vista que a saúde pública serve à defesa da vida e da autonomia e que a abstinência não é objetivo de todos os indivíduos, é necessário um modelo em que acolha as diversas subjetividades, propondo tratamentos com objetivos alternativos, assunto esse que será revisitado na segunda parte deste livro. A política de redução de danos surge no ordenamento jurídico brasileiro com a Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002, na qual foi atribuída ao Ministério da Saúde a função de “regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde (decorrentes do uso de drogas)”. Em 2005, efetivou-se a sua regulamentação, por meio da Portaria GM/MS nº 1.028, que traz como pressuposto que as “intervenções de saúde dirigidas aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas”⁸³. Seguindo essa linha de promoção da autonomia, a Rede de Atenção Psicossocial trouxe como diretriz o desenvolvimento de estratégias de redução de danos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Finalizada essa reconstrução histórica da legislação brasileira, o panorama é de transição. Fica manifesta as várias identidades que o usuário assume perante a lei e a sociedade. Outrora, reinava a visão do “toxicômano” como doente ou criminoso, figura a ser detida e controlada. Com a ascensão de um novo paradigma, reconhece-se sua capacidade, seu *status* como cidadão, sujeito de direitos, indivíduo dotado de suas próprias faculdades. Não se deve, todavia, alimentar a ilusão de que os estigmas foram completamente extintos. Antes de vivenciarmos uma mudança completa de olhar, vivemos um cenário de coexistência de modelos, em que o antigo ainda não foi superado, e o novo luta para emergir. Experimentamos, em essência, “um museu de grandes novidades”, que começa, no entanto, a apresentar sinais de retrocesso, conforme apresentaremos adiante.

⁸³ Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 20 mai. 2020.

2. “Projeto RAPS” em dados

Uma vez estabelecidas algumas das premissas teórico-históricas orientadoras do trabalho da Defensoria Pública nas temáticas da Saúde Mental e do uso prejudicial de drogas, esta segunda parte do texto servirá para cumprir um dos objetivos específicos do Procedimento nº E-20/001/2147/2016 – Ação de Fomento à Implantação, Expansão e Qualificação da RAPS - qual seja, o de “diagnosticar e mapear os pontos de atenção específicos da Rede de Atenção Psicossocial”⁸⁴. Nessa ação atuam vários órgãos do sistema de tutela coletiva da Defensoria Pública: Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva, Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Capital e Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente.

Para tanto, a partir das visitas *in loco* realizadas nos “principais pontos de atenção específicos da Rede de Atenção Psicossocial”⁸⁵ – assim entendidos os serviços de atenção psicossocial especializada e os das estratégias de desinstitucionalização –, com equipes técnicas compostas, em regra, por uma psicóloga, uma assistente social, dois estagiários forenses, por uma defensora pública, por uma engenheira e um motorista, que são registrados nos relatórios de visita, serão sistematizados os dados coletados e documentados neles. A apresentação e análise desses dados será feita por temas elencados como prioritários nas visitas e por particularidades dos municípios, dispostos nos capítulos destinados a cada um deles (organizados em ordem alfabética), especialmente para publicizar a realidade dos serviços de Atenção Psicossocial, “as necessidades e demandas da população e principais deficiências do SUS neste tipo de atenção, em todas as Regiões de Saúde”⁸⁶, e a importância e as potencialidades desta

⁸⁴ Procedimento de Instrução n. E-20/001/2147/2016, pg. 10.

⁸⁵ Procedimento de Instrução n. E-20/001/2147/2016, pg. 11.

⁸⁶ Procedimento de Instrução n. E-20/001/2147/2016, pg. 10.

Rede. Em específico, verifica-se a conformidade da infraestrutura física da instalação, a oferta de medicamentos e de alimentação e o quadro de profissionais, com o que determinam parâmetros de atendimento ao público preceituados por lei e portarias do Ministério da Saúde. A publicização desses dados pode dar subsídios para a atuação de outros agentes do sistema de justiça, gestores públicos e pesquisadores, além de contribuir para qualificar o debate público em saúde mental.

O “Projeto RAPS” teve como escopo a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas – ONU⁸⁷, cuja declaração de lançamento sustentava que os países-membros, entre os quais está o Brasil, pactuaram que:

Ao embarcarmos nesta grande jornada coletiva, comprometemo-nos que ninguém será deixado para trás. Reconhecendo a dignidade da pessoa humana como fundamental, queremos ver os Objetivos e metas cumpridos para todas as nações e povos e para todos os segmentos da sociedade. E faremos o possível para alcançar, em primeiro lugar, aqueles que ficaram mais para trás.

Nesse sentido, com o “Projeto RAPS”, a Defensoria Pública pretende colaborar para que o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16 – ODS 16⁸⁸ – seja alcançado pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro, com a garantia de pleno acesso de todos à Saúde Mental⁸⁹, inclusive dos silenciados pela condição de vulnerabilidade, por meio da promoção e do cumprimento de políticas não discriminatórias⁹⁰.

Antes de apresentar os dados, no entanto, é relevante apresentar a Rede de Atenção Psicossocial e os serviços inspecionados.

⁸⁷ Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

⁸⁸ Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

⁸⁹ ODS 16.3: Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos. A interpretação que ora se faz de acesso à justiça significa aquela que vai além do acesso ao Poder Judiciário, devendo ser entendida como o efetivo acesso a direitos.

⁹⁰ ODS 16.b: Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável.

2.1 A RAPS: serviços e princípios norteadores

A Rede de Atenção Psicossocial⁹¹ consiste em “uma rede de cuidados que visa assegurar às pessoas com sofrimento/transtorno mental e necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, atendimento integral e humanizado”⁹².

A reorientação do modelo de atenção psicossocial no país, como já exposto, segue ideias e princípios trazidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira, nascida da luta pela Reforma Sanitária. Por ter sido gestada nesse contexto, a RAPS guarda consigo princípios e diretrizes que orientaram a Reforma Sanitária, “em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.”⁹³

Ao abordar o assunto, Lilian Miranda, Thaíssa Oliveira e Catia Santos (2014) alertam que a continuidade das conquistas da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira depende da atenção para fatores que destacam o caráter complexo dos cuidados em saúde mental, com o permanente questionamento acerca do local social do louco; veja-se:

No Brasil, a atual política pública de saúde mental garante que a maior parte dos recursos financeiros seja destinada à estruturação de programas e serviços alinhados às propostas de desconstrução do modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, dentre outros (Brasil, 2007). Essa realidade se deve às conquistas da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, cuja continuidade e, sobretudo, consistência, requer permanente atenção para grande quantidade de fatores, entre os quais se destacam seu caráter complexo e a exigência da consideração às dimensões epistemológica, social, cultural, jurídica (Amarante, 2007) e clínica que o envolvem, assim como sua função instituinte, a qual deve impor

⁹¹ BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 mai. 2020.

⁹² NÓBREGA, Maria do Perpétuo S. S.; SILVA, Giovanna Bertolazzi fernandes da; SENA, Andreza Cardoso Ribeiro de. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735/722>> Acesso em: 10 abr. 2020.

⁹³ NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B.. Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(10), 2375-84. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

constantes questionamentos acerca do lugar social designado ao louco (Furtado & Onocko Campos, 2005)⁹⁴.

Por isso mesmo, relevante é retomar os princípios norteadores do atual paradigma, uma vez que o desrespeito a qualquer um desses ataca as suas bases. Os princípios estão elencados na figura abaixo colacionada:



Figura 1: Princípios da RAPS. Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS), Ministério da Saúde (2016) adaptado por NUTE-UFSC (2016)⁹⁵

Todo direito é fruto de luta política⁹⁶ e, nesse sentido, é necessária a permanente observância para que não haja retrocessos em direção ao modelo manicomial, frontalmente oposto ao trazido pela Reforma Psiquiátrica centrada na dignidade da pessoa humana e na autonomia.

⁹⁴ MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, Set. 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/6BCZKQNNScJxHrDgTqDKwdK/?lang=pt#B2>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

⁹⁵ Disponível em: <https://sgmd.nute.ufsc.br/content/portal-aberta-sgmd/e01_m18/pagina-03.html>

⁹⁶ Como já antecipava Rudolf von Jhering, em *A Luta pelo Direito: A vida do direito é uma luta* – uma luta dos povos, do poder estatal, das classes e dos indivíduos. De facto, o direito só tem significado como expressão de conflitos, representando os esforços da humanidade para se domesticar. Infelizmente, porém, o direito tem tentado combater a violência e a injustiça com meios que, num mundo racional, seriam tidos por estranhos e desgraçados. É que o direito nunca tentou verdadeiramente resolver os conflitos da sociedade, mas apenas aliviá-los, pois promulga regras segundo as quais esses conflitos devem ser travados até ao fim.

No Brasil, esse novo paradigma foi estabelecido a partir da apropriação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pela Rede de Atenção Psicossocial⁹⁷, anos depois de seu surgimento.

2.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006), o Ministério da Saúde reserva a esses serviços a função de articulador da rede de cuidados em saúde construída em diferentes instâncias, como as de cuidados básicos ligadas ao Programa Saúde da Família, ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial, como é o caso dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Em síntese, é dos CAPS “a função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental”⁹⁸.

Preceitua a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 que os Centros de Atenção Psicossocial são serviços ambulatoriais de cuidado em que os usuários podem fazer o acompanhamento de seus transtornos ou de suas “dependências” a substâncias químicas psicotrópicas. São o meio usual de ingresso na RAPS e se dividem em seis tipos. Os CAPS (I, II e III) atendem ao público adulto, enquanto o CAPSi (infanto-juvenil) e o CAPSad (I e III) têm enfoque, respectivamente, no atendimento de crianças e adolescentes, e no tratamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

2.1.2 CAPS

Dividindo-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, esses serviços, de modo geral, servem como atendimento substitutivo ao modelo asilar das internações psiquiátricas. Assim, atendem pessoas com sofrimento

⁹⁷ ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/DqwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/?lang=pt>>. Acesso em: 27 ago. 2020. <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>>

⁹⁸ Ibid.

ou transtornos mentais graves e persistentes, devendo seguir uma linha de tratamento mais humanizada.

São serviços de caráter aberto e comunitário e contam com equipe multiprofissional, em prol de uma abordagem interdisciplinar⁹⁹. Como informa o Ministério da Saúde, têm o objetivo de:

(...) oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários¹⁰⁰.

Há três modalidades de CAPS em sentido estrito. O CAPS I tem o escopo de fornecer atendimento diário em cidades ou regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. De forma análoga, o CAPS II busca fornecer esse atendimento em cidades ou regiões com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O CAPS III, por sua vez, tem o diferencial de fornecer atendimento tanto diurno como noturno, com cinco vagas de acolhimento noturno, 7 dias por semana em cidades ou regiões de pelo menos 200.000 habitantes¹⁰¹⁻¹⁰².

2.1.3 CAPSi (infantojuvenil)

O CAPSi oferece atendimento a crianças e adolescentes com transtorno mental grave e persistente, procurando potencializar o sucesso do tratamento ao iniciá-lo logo cedo. O CAPSi também segue a abordagem interdisciplinar dos CAPS, contando com equipe multiprofissional, além de também promover atividades e ações intersetoriais. O Ministério da Saúde definiu a função do CAPSi da seguinte forma:

⁹⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

¹⁰⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

¹⁰¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

¹⁰² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil¹⁰³.

Os CAPSi buscam seguir uma estratégia de tratamento de modo a englobar várias circunstâncias capazes de favorecer as possibilidades de melhora, a saber: manter a criança ou adolescente em ambiente doméstico e familiar; preservar a participação integrante das famílias ao longo do tratamento; a já mencionada abordagem interdisciplinar e o fomento de ações intersetoriais, além de atividades de inclusão social geral e escolar¹⁰⁴.

Por essa razão, no “Projeto RAPS” da Defensoria Pública, entendeu-se pela necessidade de atuação conjunta da Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, órgão da Defensoria Pública de atuação especializada nesse público, com o Núcleo de Defesa de Direitos Humanos, em algumas das vistorias: crianças e adolescentes também apresentam sofrimentos/transtornos mentais.

2.1.4 CAPSad (álcool e outras drogas)

O CAPSad pode ser definido como “uma unidade de atendimento em saúde mental, com equipe multiprofissional”¹⁰⁵ e realiza atendimentos de pessoas com uso prejudicial de crack, álcool e outras

103 Ibid.

104 Ibid.

105 MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; FÉ, Leandro Carvalho Moura; MOREIRA, Maycon Alex Cavalcante. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, Mar. 2011. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ean/a/KJDpXdqpxcj96NsZPmPLmQr/?lang=pt>>. Acesso em: 22 abr. 2020. <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>>.

drogas, pautados em métodos científicos reconhecidos, como a redução de danos.

2.1.5 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Outro tipo de serviço que compõe a RAPS é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), previsto na Portaria GM/MS nº 106/2000, e com alterações advindas com a Portaria GM/MS nº 3.090/2011. É um local onde residem pessoas com histórico de longa internação, como os egressos de manicômios ou hospitais colônia. Em regra, esses indivíduos não têm mais vínculos com suas famílias ou, mesmo que os tenham, são vínculos enfraquecidos, o que faz com que eles não apresentem perspectivas de reintegração aos núcleos familiares anteriores à sua internação.

A desinstitucionalização progressiva e a construção de redes diversificadas e territorializadas de saúde mental só pode ser concretizada com a construção de políticas públicas. Os Programas “De Volta Para Casa” (Lei nº 10.708/2003); o Programa Nacional de Reestruturação de Assistência Hospitalar do SUS (PRH - PT GM/MS nº 52/04), o Programa de Desinstitucionalização (Portaria GM/MS nº 2.640/2014) foram programas essenciais, para além da criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, cumprindo o compromisso firmado pelo Governo Federal de redução de leitos psiquiátricos.

2.2 Atuação Estratégica da Defensoria Pública no Fomento à Implantação, Expansão e Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial – “PROJETO RAPS”

A Defensoria Pública se apresenta como uma instituição que deseja colaborar na promoção e cumprimento das políticas públicas em Saúde Mental e na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial mais eficiente, inclusiva e de qualidade. O discurso utilizado teve a preocupação de formar um entendimento para os interlocutores sobre

a importância do tema enquanto um problema de ordem estrutural, caracterizado pela permanência de uma situação de invisibilidade de uma parcela dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, os quais, mesmo estando cobertos por uma das Redes Prioritárias Temáticas¹⁰⁶, suportam o sentimento de exclusão pela falta de investimento nos serviços da Saúde Mental.

Dentre as técnicas possíveis de intervenção estratégica¹⁰⁷, escolheu-se trabalhar com expedição de recomendações¹⁰⁸, que são listadas no final dos relatórios de visita de cada serviço e entregues aos gestores públicos em reuniões presenciais normalmente realizadas nas Secretarias de Saúde dos municípios. As recomendações traduzem uma interlocução interdisciplinar necessária quando se trabalha com políticas públicas¹⁰⁹, cujas facetas expressam dimensões diversas e muitas vezes conflitantes entre si, mostrando-se, por isso, tão importante a presença da equipe da Defensoria Pública nos diálogos que foram se estabelecendo durante o projeto.

Para o monitoramento da evolução das melhorias apontadas como necessárias quando do mapeamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, vem sendo seguido um cronograma de expedição de ofícios endereçados aos Secretários de Saúde municipais, com perguntas objetivas sobre as providências que estavam sendo tomadas para o cumprimento das recomendações feitas. Merece ser dito que as recomendações refletem a base propulsora do Pacto Internacional

¹⁰⁶ Conferir em <<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeprioritaria>>.

¹⁰⁷ AMORIM, Ana Mônica Anselmo de; MORAIS, Monaliza Maelly Fernandes Montenegro de. Litigância Estratégica na Defensoria Pública. Boa Esperança: Editora CEI, 2019.

¹⁰⁸ Deliberação do CS/DPGE nº 125, de 20 dezembro de 2017, art. 9º: Compete aos Defensores Públicos em atuação nos órgãos de tutela coletiva dos Núcleos Especializados da Comarca da Capital e nos Núcleos Regionais de Tutela Coletiva:

IX - expedir recomendações, realizar reuniões, com registro de seus termos em ata, promover audiências públicas, firmar termos de ajustamento de conduta e adotar quaisquer medidas extrajudiciais cabíveis e adequadas à solução consensual do conflito coletivo apresentado. Disponível em <<https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/9e90b5c541d640de99d9e8a46fda5bb1.pdf>>

¹⁰⁹ CAPPELLETTI, Mauro e GARTH, Bryant. **Acesso à Justiça**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris editor, 1988. p. 74.

de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que é o princípio do não retrocesso das garantias e direitos humanos já conquistados.

Embora as recomendações sejam um tipo de instrumento sem caráter vinculante para o gestor público, geram obrigação de publicidade e de resposta¹¹⁰, e se não forem cumpridas, poderão ser fundamento para a propositura de medidas judiciais, como ação civil pública, ação de improbidade administrativa e termo de ajustamento de conduta. Contudo – e aqui fica o registro –, por meio dessa atuação estratégica, vem se evitando a intervenção do Poder Judiciário em questões relativas à efetivação de políticas públicas, no que vem sendo comumente chamado de ativismo judicial, para muitos visto como um alargamento do processo de judicialização que acabou por transferir o poder de decisões políticas do âmbito do Legislativo e Executivo para o Judiciário mediante “um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance”¹¹¹.

Pontua-se, por fim, que a implementação de políticas públicas é prioritariamente feita pelos Poderes Legislativo e Executivo e, portanto, uma atuação extrajudicial que vise suprir as carências e descaminhos do serviço público prestado à sociedade mostra-se coerente com o *munus* defensorial de promoção de direitos.

¹¹⁰ MAZZILLI, Hugo Nigro. **Regime Jurídico do Ministério Público**. São Paulo: Saraiva, 2017, 6ª ed. p. 174.

¹¹¹ BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. 2012 Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>>. Acesso em: 27 abr. 2020. p. 25.

3. As visitas institucionais nos hospitais psiquiátricos da Capital

3.1 Serviços de atenção em saúde mental visitados no município do Rio de Janeiro

O “Projeto RAPS” foi deflagrado a partir de visitas institucionais na cidade do Rio de Janeiro realizadas a fim de compreender as razões da existência de institutos psiquiátricos, mesmo após mais de uma década da publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, a Lei nº 10.216/2001.

Nas visitas a esses nosocômios, observou-se que havia número expressivo de usuários oriundos de outros municípios, principalmente da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, o que levou a Defensoria Pública a monitorar mais detidamente a Rede de Atenção Psicossocial desses municípios para compreender as razões que levavam os usuários a buscarem atenção em saúde mental fora de seus territórios.

Assim, a análise dos institutos psiquiátricos localizados no Município do Rio de Janeiro vem adiante da análise das RAPS dos demais municípios da região Metropolitana I para registrar as conclusões da equipe da Defensoria Pública sobre a hipótese levantada na implementação do “Projeto RAPS”, qual seja, a de que a existência desses institutos se dava em grande proporção pela falta de uma Rede de Atenção Psicossocial suficiente nos demais municípios.

Após essa análise, que terá como base os relatórios de visitas institucionais produzidos pela equipe visitante, passaremos para a análise das Redes de Atenção Psicossocial dos demais municípios, que estarão dispostos em ordem alfabética.

3.1.1 Instituto municipal de assistência à saúde Juliano Moreira

O Instituto foi visitado em maio e em setembro de 2015, com o objetivo de acompanhamento da evolução desse serviço de saúde mental por uma defensora pública e pela equipe psicossocial da Defensoria Pública. A visita institucional contou, também, com a presença do Diretor do Instituto. O serviço localiza-se na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, especificamente em Curicica. Usuários, familiares e profissionais conseguiam acessá-lo através das linhas de ônibus que saíam de algumas regiões do Rio de Janeiro.

O Instituto era formado por algumas estruturas, dentre elas as abaixo descritas.

3.1.2 Núcleo de apoio à desinstitucionalização “Franco da Rocha”

Este núcleo foi visitado em maio de 2015 por uma defensora pública e a equipe psicossocial da Defensoria Pública e tinha como objetivo “realizar uma preparação para a saída dos usuários, a chamada desinstitucionalização”.

O perfil de seus usuários era de pessoas institucionalizadas, em média, por trinta anos, e com cerca de setenta anos de idade.

Era composto por cinco casas, das quais quatro eram femininas, e totalizavam sessenta e seis vagas. Já a masculina tinha capacidade de vinte vagas e passava por processo de readequação para dividir os usuários em pequenos quartos, e não mais em pavilhões.

Sua equipe técnica era composta por médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, um acompanhante terapêutico para cada dezesseis pacientes, um cuidador para, em média, oito pacientes, além de coordenador técnico (referente aos cuidadores e acompanhantes terapêuticos), coordenador de enfermagem e uma diretora.

3.1.3 Hospital Municipal Jurandyr Manfredini

Em 2015, o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini foi visitado por uma defensora pública e pela equipe psicossocial da Defensoria Pública.

O Hospital Municipal Jurandyr Manfredini é um hospital especializado em saúde mental que recebe pacientes com transtorno mental e/ou uso prejudicial de drogas e oferece internação psiquiátrica e atendimentos ambulatoriais. A área de internação tinha capacidade para oitenta pacientes e era dividida em alguns setores: Setor de Observação, utilizado quando a pessoa chegava ao hospital; Enfermaria, que atendia os públicos adulto e infantojuvenil para os acompanhamentos regulares; e o setor para pessoas com maior dependência de cuidados, como as pessoas com menor mobilidade física.

A porta de entrada para o Hospital eram os hospitais de emergência, notadamente o Hospital Lourenço Jorge, referência na região da zona oeste. Para a saída, a equipe do nosocômio realizava um trabalho em conjunto com as equipes dos CAPS das regiões dos pacientes que, em geral, eram as regiões mais próximas ao Hospital, que objetivavam, inclusive, o encaminhamento para residências terapêuticas. Este trabalho conjunto também promovia a realização de atendimentos a familiares para busca de restabelecimento dos vínculos ou apoio no programa “De Volta para Casa”.

Na ocasião da visita, o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini possuía cento e cinquenta e dois profissionais. Dentre esses, vinte e seis médicos, sendo treze de clínica geral (um servidor público municipal, um servidor público federal e onze admitidos via CIEDS), doze psiquiatras (cinco servidores públicos municipais e sete federais), um especialista em Saúde Pública (servidor público municipal). Ainda dezessete enfermeiros (seis servidores públicos municipais e onze admitidos via CIEDS), sessenta e dois técnicos de enfermagem (vinte e dois servidores públicos municipais, quinze federais e vinte e cinco

admitidos via CIEDS) e um auxiliar de enfermagem (servidor público municipal). Havia, também, dois cuidadores (admitidos via CIEDS), cinco assistentes sociais (um servidor público municipal, dois federais e dois admitidos via CIEDS), seis psicólogos (um servidor público federal e cinco admitidos via CIEDS), um farmacêutico (servidor público federal), um musicoterapeuta (admitido via CIEDS), três terapeutas ocupacionais (dois servidores públicos municipais e um federal), onze agentes de administração com nível de 2º grau, um técnico de nível médio (servidor público federal), um oficial de farmácia (servidor público municipal), um agente de vigilância (servidor público federal), um agente de serviços complementares (servidor público federal), um auxiliar de controle de endemias (servidor público municipal), um datilógrafo (servidor público federal), um recepcionista (servidor público municipal), dez auxiliares operativos de serviços diversos (servidores públicos federais). Também havia médicos residentes do IPUB e enfermeiros residentes da UFRJ, além de estagiários via convênios com instituições de ensino. Havia os serviços terceirizados de cozinha, limpeza e vigilância.

No momento da visita, havia setenta e seis pacientes adultos e um adolescente, que contava com 16 anos de idade. A maioria dos pacientes era do Município do Rio de Janeiro, notadamente das regiões administrativas mais próximas ao hospital. Contudo, o nosocômio também recebia pacientes de outros municípios, especialmente os da Baixada Fluminense, e até de outros Estados. O acompanhamento hospitalar no nosocômio era limitado até vinte e seis dias de internação.

O principal problema que era enfrentado pela equipe do hospital relacionava-se à viabilização da desinstitucionalização de algumas pessoas, que somavam 22% dos pacientes na época. Havia doze pessoas em internação de longa permanência, que já permaneciam nessa condição em período que variava entre 1 ano e 4 meses até 3 anos.

Além das dificuldades de melhora no quadro clínico, havia significativos casos em que o entrave era social: ausência de família, de renda para que a pessoa vivesse de forma autônoma e/ou de vaga

em Residências Terapêuticas. O trabalho das equipes era dificultado pela disponibilidade de apenas um veículo para o nosocômio para a realização de visitas domiciliares e institucionais.

3.1.4 Condomínio “Stela do Patrocínio”

Em setembro de 2015, este condomínio também foi visitado por uma defensora pública e pela equipe psicossocial da Defensoria Pública. É um conjunto de Residências Terapêuticas, formado por dez casas, cada uma com capacidade para até oito pessoas em quartos duplos.

Uma dessas casas, destinada aos casos de baixa complexidade, assim compreendidos a partir de grau de autonomia e dependência, contava com equipe técnica composta por um cuidador durante o dia, além de um acompanhante terapêutico, que era compartilhado com mais uma casa.

Sete das casas, destinadas aos casos de média complexidade, contavam com um cuidador e um plantonista durante o dia, e duas casas possuíam ainda um acompanhante terapêutico.

Duas das casas, destinadas aos casos de alta complexidade, contavam com um cuidador e um plantonista, que trabalhavam durante o dia e, durante a noite, um outro plantonista, além de acompanhante terapêutico compartilhado entre elas.

No total, havia setenta e quatro vagas preenchidas à época da visita.

3.2 Instituto Municipal Philippe Pinel

O Instituto foi visitado em abril de 2016 por defensora pública e pela equipe psicossocial da Defensoria Pública, com acompanhamento da direção do Instituto. O serviço está localizado em Botafogo, bairro da Zona Sul do Município do Rio de Janeiro. Usuários, familiares e profissionais conseguem acessar a unidade através do metrô e diversas linhas de ônibus.

Este nosocômio se destinava a atender pacientes com transtorno mental e/ou uso prejudicial de drogas para internação.

Era dividido nas seguintes enfermarias: Observação e Emergência; Enfermaria adulta, tanto masculina quanto feminina, setorizados em leitos diagnósticos destinados a curta permanência; Leitos enfermarias, destinados a longa permanência; Enfermaria infantojuvenil; STA – Setor para Tratamento de Alcoolistas. Ainda, tinham cento e um leitos SUS, dos quais treze eram Leitos-Diagnóstico masculinos e quinze eram destinados ao público feminino; vinte e três Leitos-Enfermaria para homens e dezessete para mulheres; quatro Leitos para crianças e adolescentes e quatro Leitos destinados a usuários de álcool e outras drogas do gênero feminino e quinze para usuários do gênero masculino.

Em relação aos setores, cabe pontuar que o destinado ao tratamento de alcoolistas (STA) não deveria existir, já que não há previsão da existência de leitos de álcool e drogas em hospitais psiquiátricos na política de saúde mental. Na época da visita, a direção pleiteava o fechamento desse setor devido à insuficiência de estrutura existente e ponderava sobre a necessidade de criação de um CAPSad.

Aos pacientes, era vedado transitar entre as dependências do hospital após as 17h, remetendo à cultura de institucionalização com o controle excessivo do paciente. Após esse horário, a única opção de lazer dentro da enfermaria era assistir a televisão no refeitório, cujas cadeiras eram desprovidas de encosto, não apresentando, portanto, conforto para os pacientes que ali desejavam ficar. De igual modo, cabe informar que os pacientes usavam uniformes, que se diferenciavam por cor para mulheres (rosa) e para homens (azuis ou cinzas), o que reforçava as características que definem o gênero socialmente.

Em relação à estrutura física, alguns banheiros não tinham portas, desrespeitando a intimidade do paciente. Outro problema relacionado à parte estrutural era o calor no ambiente. A emergência não dispunha de aparelho de ar-condicionado havia dois meses, e em algumas

enfermarias, onde também não havia climatização, a ventilação de teto não era suficiente para a refrigeração adequada do local.

Quanto aos profissionais, havia duzentos e setenta e seis profissionais, dos quais, quarenta e três médicos, sendo um de clínica geral, três da clínica médica, trinta e sete psiquiatras, um neurologista e um médico sanitarista; trinta e dois psicólogos; dezenove enfermeiros; vinte e sete técnicos de enfermagem; noventa e três auxiliares de enfermagem; sete assistentes sociais; três farmacêuticos; três nutricionistas; três terapeutas ocupacionais; dezoito agentes de administração; um musicoterapeuta; cinco auxiliares operacionais de serviços diversos; quatorze profissionais de administração; um técnico de contabilidade; um telefonista; três motoristas; um datilógrafo; e dois profissionais para funções complementares.

No momento da nossa vistoria, havia oitenta e nove adultos e um adolescente de 16 anos. A maioria dos pacientes era oriunda do Município do Rio de Janeiro, notadamente das regiões administrativas mais próximas ao hospital. Havia também pacientes de outros municípios, especialmente os da Baixada Fluminense, como Belford Roxo e Nova Iguaçu.

Entre 2014 e 2015, houve 2.176 internações involuntárias e 11 internações compulsórias. As internações involuntárias eram informadas ao Ministério Público. Na ocasião da visita, foi sinalizada pela direção a falta de diálogo com o Poder Judiciário em relação às internações psiquiátricas, que ocorriam sem a escuta de avaliação da equipe médica da Instituição. Desse modo, a direção destacou a importância de fortalecer a intersetorialidade, sobretudo, com os órgãos do sistema de justiça. Isso porque muitos casos de internação involuntária, mas que passavam pelo Judiciário, revelavam-se desnecessários quando o paciente era avaliado pelo médico. De acordo com a direção, de dez internações involuntárias decididas em âmbito judicial, seis não tinham laudo médico.

Em sua estrutura organizacional, o Instituto Philippe Pinel possuía organograma, regimento interno do corpo clínico, regulamento interno e pesquisa de pós-graduação. O Hospital também apresentou inspeção sanitária atualizada.

Durante a visita, foi observado o desenvolvimento de algumas práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais, tais como corte de cabelo e barba. Realizavam-se oficinas (desenho, pintura e artesanato e atividade física), que é uma forma de potencializar os sujeitos em sua fala, expressão, capacidades e autonomia.

3.3 Instituto Municipal de assistência à saúde Nise da Silveira

O Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira localiza-se na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, precisamente no bairro de Engenho de Dentro. Usuários, familiares e profissionais podiam acessá-lo através das linhas de trem e ônibus municipais.

As visitas foram realizadas em abril e em novembro de 2016 por defensores públicos e pela equipe psicossocial da Defensoria Pública. Na época, havia cento e trinta e seis pessoas residindo na Instituição, sendo que trinta pessoas, em leitos na enfermaria. Havia um total de setenta e quatro leitos destinados a adultos de ambos os gêneros com quadro agudo, além de quatro leitos para crianças (a partir de 8 anos) e adolescentes. Das cento e trinta e seis pessoas que lá residiam, cento e duas pessoas se encontravam no MAP (Módulo de Acolhimento Provisório). A maioria das internações eram involuntárias, mas não se soube precisar o número delas e havia cinco internações compulsórias.

O tempo médio de internação era de 34 dias, e a maioria dos pacientes era oriunda do Estado do Rio de Janeiro, principalmente da Baixada Fluminense.

O Instituto era dividido em duas enfermarias, dois pavilhões e o Módulo de Acolhimento Provisório. O número total de profissionais era

de quatrocentos e vinte e oito. Eram vinte e um médicos psiquiatras, dezenove enfermeiros, noventa e oito auxiliares de enfermagem, cinquenta e oito técnicos de enfermagem, nove agentes de saúde, três nutricionistas, sessenta e dois cuidadores de idosos, nove assistentes sociais, treze psicólogos e quatro coordenadores técnicos. Havia também dentistas, que eram vinculados ao Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro, submetidos a outra direção geral, razão pela qual a direção do instituto não possuía dados sobre esses profissionais.

O Instituto estava articulado com Centros de Atenção Psicossocial e também com o Espaço Aberto ao Tempo (EAT). O EAT não podia ser considerado um Centro de Atenção Psicossocial pelo fato de estar dentro do Complexo Psiquiátrico. Assim, funcionava como um hospital-dia. No pós-alta, as equipes das diversas estruturas do Instituto se articulavam com outros hospitais da rede de saúde mental, Unidades Básicas de Saúde e Residências Terapêuticas, a fim de promover a atuação intersetorial em cada caso.

Vale destacar que o Instituto, inaugurado em 1911, anteriormente chamado de “A Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro”, era repositório de mulheres indigentes com sofrimento e/ou transtorno mental originárias do Hospício de Pedro II. Hoje serve de local de memória da história da psiquiatria do Brasil, conservando diversos documentos históricos. O acervo é fruto do trabalho da Dra. Nise da Silveira, que resistiu ao uso de artefatos agressivos em tratamentos, como eletrochoque e confinamento, tendo inaugurado, em 1952, o Museu de Imagens do Inconsciente, onde são exibidas algumas obras de seus pacientes.

Foram visitadas algumas estruturas do Instituto:

a) Enfermaria dos Pacientes

A enfermaria dos pacientes, com trinta leitos, funcionava desde setembro de 2015 em local improvisado, com a finalidade de acolher e promover a transinstitucionalização dos pacientes oriundos do Hospital

Francisco Espíndola, situado em Jacarepaguá, que fechava sua área de atendimento psiquiátrico relativa ao SUS. Segundo a direção, a falta de estrutura era proposital, para que o Estado não encaminhasse mais pacientes de outras instituições que estivessem em iminência de fechamento.

O pavilhão era composto por sete quartos, cada um composto de quatro ou cinco camas (com colchão e lençol), um banheiro (com quatro vasos sanitários, sem disponibilidade de papel higiênico, ao menos no local, e três chuveiros, um dos quais dispunha apenas do cano e sem oferta de sabonete, além de estar apresentando condições de limpeza insatisfatória, refeitório, sala da enfermagem e sala da equipe técnica. Nenhum paciente ficava com seus pertences, inclusive os de higiene, necessitando solicitá-los à equipe de enfermagem sempre que fosse fazer uso deles. Para guarnecer os quartos dessa enfermaria, foi preciso receber doação de camas.

b) Enfermaria feminina

A enfermaria feminina possuía capacidade para trinta pessoas e, na época, acolhia vinte e nove pacientes com quadro agudo e, também, pacientes em situação de transição para residência terapêutica ou moradia. Sua estrutura física era dividida da mesma forma que a Enfermaria dos Pacientes. Contudo, na Enfermaria Feminina, algumas pacientes com maior autonomia tinham seus pertences, inclusive os de higiene, guardados em bolsas.

c) Pavilhão dos pacientes de curta permanência

O Pavilhão dos Pacientes de curta permanência possuía característica de triagem e acolhia os pacientes que vinham de outras unidades hospitalares. Os pacientes de longa permanência que entravam em crise também eram alocados lá. O tempo médio de permanência era de 7 dias. No momento da visita, havia quatorze pessoas de ambos os gêneros no local, dentre elas dois adolescentes. As condições estruturais e de higiene não eram satisfatórias.

Havia prontuários individuais dos pacientes, mas somente alguns possuíam Projeto Terapêutico Singular e, mesmo assim, incompletos. A equipe do pavilhão não tinha acesso aos antigos prontuários dos pacientes oriundos de outras instituições psiquiátricas, desconhecendo o Projeto Terapêutico Singular ao qual haviam sido submetidos.

d) Pavilhão “Bráulio Pinto”

O Pavilhão “Bráulio Pinto” possuía estrutura de residência terapêutica (contava com cozinha, refeitório, banheiro e pátio interno, além de três quartos), em boa condição habitacional. Acolhia dez pacientes de ambos os gêneros com histórico de longo período de internação. Havia três cuidadoras para cada quarto. Em dois quartos dormiam quatro pacientes, o que deixava o pavilhão mais próximo a uma enfermaria do que a uma residência terapêutica.

e) Módulo de acolhimento provisório (MAP)

Este serviço estava estruturado em imóveis construídos no interior do Instituto, que se aproximavam de moradias coletivas. Tratava-se de espaços intermediários para pacientes cuja necessidade e dependência institucional se voltavam majoritariamente a uma questão de moradia. Tinham como objetivo viabilizar a transição dos internos ali abrigados para as Residências Terapêuticas. Contavam cada qual com uma sala de estar, cozinha, quartos com capacidade para até três pessoas com camas, armários e roupas individualizadas.

A implementação desse serviço se deu a partir da reforma de leitos transformados nos “MAPs”, cuja equipe de apoio era formada por cuidadores e enfermeiros, que administravam os medicamentos e atendiam as demandas. Contudo, a adoção desse modelo gerava dificuldades administrativas ao Instituto, do qual era cobrado pela gestão pública central que mantivesse, ao menos, 91% dos leitos convencionais ocupados e que os cuidadores fossem substituídos por uma equipe de enfermagem, sob pena de ser diminuída a verba a ele destinada. Desde o ano de 2000 até a data da visita, ocorrida em

novembro de 2016, haviam sido desinstitucionalizados cento e noventa e um usuários, e apenas no ano de 2016 ocorreram mais de quarenta desinstitucionalizações.

f) Adequações

Em resposta à solicitação desta Defensoria por informações atualizadas, através de ofício, na data de 12 de abril de 2021, o Instituto Municipal Nise da Silveira cientificou diversas obras de reforma em suas instalações. Cientificou também que a enfermaria criada temporariamente para receber usuários transinstitucionalizados do Instituto Dr. Francisco Espíndola em 2015 passou por adequações estruturais que a habilitassem à assistência pelo tempo necessário. Transcorrido o trabalho, todas as enfermarias voltadas à internação psiquiátrica no prédio da Casa do Sol / Hosp. Prof. Adauto Botelho foram desativadas em dezembro de 2019 como consequência do investimento na desinstitucionalização da clientela. O Pavilhão Braule Pinto abriga hoje os únicos Módulos de Acolhimento provisório (MAPs Casa Nova e Pensão 1) ainda em funcionamento, somando 20 moradores, todos em processo de desinstitucionalização já com destinos previstos para Serviços Residenciais Terapêuticos. A antiga enfermaria de curta permanência foi desativada, e em fevereiro de 2018 criou-se o CAPS III Espaço Aberto ao Tempo Severino dos Santos, com 06 leitos de acolhimento à crise, o que qualificou o atendimento em saúde mental no território da rede.

Os MAPs vêm sendo progressivamente encerrados a partir da saída dos usuários. Atualmente estão em funcionamento o MAP Casa Nova e o MAP Pensão 1, com vinte moradores.

Destacam que também foi possível encerrar as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes graças à transformação do CAPS Clarice Lispector em serviço 24hs, o que significou a criação de 06 leitos de acolhimento à crise no território.

3.4 Hospital Municipal Ronaldo Gazolla

No primeiro semestre de 2016, defensora pública e equipe psicossocial da Defensoria Pública realizaram visita à Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla. Localizado numa das vias principais do bairro de Acari, Zona Norte do Rio de Janeiro, a unidade tem farto acesso de linhas de ônibus e metrô.

Este hospital era um serviço de retaguarda, o que significa que atendia pessoas maiores de 18 anos e com transtorno mental ou uso prejudicial de álcool e outras drogas que haviam passado recentemente por uma crise psiquiátrica e, mesmo já tendo sido atendidas na emergência durante a fase aguda da crise, precisavam de maior tempo de internação.

Os pacientes de saúde mental ficavam na enfermaria, que era composta de quinze leitos divididos em dois quartos com recorte de gênero. Também havia uma sala de convivência, em que aconteciam as refeições e as visitas de familiares e amigos. Por fim, existiam duas salas de atendimento individual equipadas com aparelhagem de monitoramento e maca, onde os profissionais da equipe realizavam a triagem dos pacientes.

O Hospital, como um todo, aparentava ser um ambiente acolhedor e, estruturalmente, moderno. Não houve reclamações quanto às instalações e aos instrumentos disponíveis. Os dois quartos eram amplos, permitindo um bom espaço entre os leitos. Pôde-se perceber que todos os pacientes estavam limpos e possuíam acesso a uma área de lazer, embora esta não tivesse o conforto e a acessibilidade adequados para alguns que se encontravam enfermos.

Como os pacientes que permaneciam nesse nosocômio ali estavam para estabilizar o quadro recente de crise psiquiátrica, havia dificuldades para que fossem implementadas atividades fora do hospital, de modo que as atividades de lazer limitavam-se a assistir a televisão e estar na área comum do prédio. Inclusive, as portas de entrada e saída estavam

trancadas no momento da visita, e os pacientes ficavam segregados das outras áreas do hospital.

A equipe da enfermaria de saúde mental contava com um médico psiquiatra, um enfermeiro e quatro ou cinco técnicos de enfermagem em cada plantão de 12 horas (nos plantões noturnos, eram quatro técnicos, enquanto que nos diurnos eram cinco). Havia, também, três psicólogos, duas assistentes sociais e uma terapeuta ocupacional, que trabalhavam 30 horas por semana, de segunda a sábado, além de se revezarem nos finais de semana. Durante a semana, sempre havia ao menos um psicólogo e uma assistente social de plantão na enfermaria. Todos os profissionais eram admitidos pela Organização Social Viva Rio. Em razão das limitações do quadro técnico, o horário de visitas aos pacientes era limitado e avaliava-se a necessidade de admissão de mais uma terapeuta ocupacional e médicos psiquiatras para o trabalho de rotina.

Havia reuniões de equipe semanais que envolviam a discussão de casos e organização do trabalho. Os profissionais da enfermaria também estavam envolvidos em reuniões intersetoriais e trabalhavam em rede e com boa articulação com alguns CAPS, o que facilitava a desinstitucionalização. O tempo médio de internação era de 23 dias. Não era uma prática recorrente a realização de visitas domiciliares, mas quando os profissionais entendiam serem necessárias, era possível fazê-las.

É importante destacar que essa enfermaria de saúde mental não era territorializada, portanto recebia pacientes das diversas regiões do Estado. A organização das vagas se dava através de uma central de regulação. A equipe da enfermaria identificou ser comum receber pacientes oriundos de municípios da Baixada Fluminense, visto que estes recorriam aos serviços de emergência da capital em razão da escassez de serviços em saúde mental dentro de seus municípios de origem. A falta de estruturação dos serviços da rede de atenção psicossocial nesses municípios causava ainda dificuldades na desinstitucionalização,

já que muitas vezes não havia o amparo assistencial necessário e suficiente em saúde mental que possibilitasse o acolhimento no município de origem.

3.5 Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)

No primeiro semestre do ano de 2016, alguns defensores públicos e a equipe psicossocial da Defensoria Pública realizaram visita institucional no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro. Trata-se de hospital psiquiátrico que conta com emergência 24 horas e internação em enfermarias, que funciona ainda como hospital dia e ambulatório. A unidade está localizada na região central do Município do Rio de Janeiro, mais precisamente no bairro da Gamboa. Usuários, familiares e profissionais conseguem acessá-la através de linhas de ônibus municipais e intermunicipais e do Veículo Leve sobre Trilhos (VLT).

Durante a visita, a equipe psicossocial da Defensoria Pública verificou que o CPRJ, outrora denominado Pam Venezuela, possuía entrada ampla, corredores largos e alguns ambientes decorados pelos próprios usuários, contribuindo beneficentemente para a adesão ao tratamento. O nosocômio contava com dois andares nos quais estavam dispostos vinte e três leitos de enfermaria e oitenta e cinco leitos do hospital-dia. No momento da visita, não havia cama para todos os pacientes, de modo que foram encontrados quatro deles deitados em colchões dispostos no chão. Faltavam lençóis e fronhas para os pacientes.

A equipe do CPRJ era composta por cento e oitenta e quatro profissionais, dos quais havia um médico de clínica geral, oito médicos residentes, um médico neurologista e um médico sanitarista, todos estatutários; vinte e sete médicos psiquiatras, dos quais oito eram estatutários, dezoito admitidos pela Fundação Saúde, e um era admitido pela Cooperativa; doze enfermeiros, dos quais dez eram estatutários e dois, admitidos pela Fundação; vinte e quatro auxiliares de enfermagem, todos estatutários; três nutricionistas, dos quais um era estatutário e

dois, admitidos pela Fundação; oito assistentes sociais, dos quais três eram estatutários e cinco, admitidos pela Fundação; dezoito psicólogos, dos quais onze eram estatutários, seis, admitidos pela Fundação e um admitido pela Cooperativa; cinco auxiliares operacionais de serviços diversos, um datilógrafo, três farmacêuticos, quatro fisioterapeutas, um motorista, oito terapeutas ocupacionais e cinco gerentes de apoio. Os serviços de limpeza, segurança, nutrição, manutenção predial, engenharia química (laboratório), conforto ambiental e apoio administrativo eram terceirizados.

Todos os assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, médicos e psicólogos tinham carga horária de 24h semanais. Os nutricionistas, de 32,5h semanais. Não havia profissionais de psiquiatria suficientes para cobrir os plantões do hospital, o que obrigava os médicos a fazerem plantões extras rotineiramente, que embora remunerados, não eram facultativos.

As reuniões entre os coordenadores de todos os setores do hospital eram semanais, e periodicamente havia reuniões de todas as equipes. Cada paciente possuía uma equipe de referência. A equipe trabalhava articulada em rede com outros hospitais e também com os CAPS.

Os medicamentos fornecidos no hospital ficavam acondicionados em sala própria no hospital-dia. Vale ressaltar que o nosocômio havia sofrido inspeção sanitária em maio de 2015, portanto menos de um ano antes da visita.

As internações eram, em geral, curtas, tendo a crise como foco de atuação. O tempo médio de internação era de 11 dias. Havia quatro casos de internações mais longas. As principais dificuldades enfrentadas pela equipe para realizar a alta dos pacientes internados ocorriam nos casos de pacientes sem familiares e que não possuíam moradia; pacientes de municípios que não dispunham de uma rede de atenção psicossocial organizada e que, por isso, não conseguiam absorver as

demandas; pacientes internados por via judicial, e que necessitavam, portanto, de autorização judicial para a alta.

O CPRJ recebia preferencialmente pacientes da Área Programática (AP) 1.0, local onde está situado. Essa AP é composta pela área central, pela região portuária e pelas regiões administrativas de São Cristóvão, Rio Comprido e Santa Teresa, do Município do Rio de Janeiro. Contudo, o CPRJ também recebia demandas de outras regiões, especialmente no setor de emergência. Isso se dava em razão do fechamento de alguns hospitais com emergência localizados em outras regiões e/ou pelo fato de que a AP 1.0 é uma área de maior acessibilidade, para a qual converge uma grande população flutuante de pessoas, que passam o dia na região para, por exemplo, trabalhar ou estudar, além de pessoas em situação de rua. Na época da visita institucional da Defensoria Pública ao CPRJ, a população da AP 1.0 era de 300 mil habitantes, atingindo 1,5 milhão de pessoas contabilizadas na população flutuante.

O nosocômio contava com três enfermarias que totalizavam vinte e três leitos, oitenta e cinco leitos do hospital-dia, dez consultórios para atendimento ambulatorial, que realizavam em média dois mil atendimentos por mês, e um consultório clínico neurológico. Quanto ao tratamento psiquiátrico oferecido aos pacientes, havia acompanhamento psicossocial, atendimentos individuais e em grupo, além de atendimentos a familiares dos pacientes da enfermaria e do hospital-dia. No ambulatório e no hospital-dia, havia um “Grupo de Regionalização”, que visava encaminhar os pacientes estáveis para suas regiões de origem, já que era comum o CPRJ receber pacientes de diversos municípios, especialmente da Baixada Fluminense – os Municípios de Mesquita e de São João de Meriti eram os que apresentavam maior dificuldade nas suas redes de atenção psicossocial, chegando à média de 6,71% dos pacientes internados originados de outros municípios. Também era comum esse nosocômio receber pacientes de outros Estados da federação.

Crianças e adolescentes não eram atendidos no CPRJ; o público principal tinha de 25 a 65 anos de idade. Havia dois casos de internação involuntária com encaminhamento judicial e que encontravam dificuldades de alta em razão da necessidade de autorização judicial. Durante a visita, a equipe psicossocial da Defensoria Pública identificou um entrave no acesso à documentação dos pacientes, pois muitos chegavam sem documento de identificação e eram atendidos pelo serviço social da unidade, em interlocução com o Núcleo de Primeiro Atendimento da Defensoria Pública que atende o bairro e com o Detran/RJ.

A equipe de Serviço Social do nosocômio relatou que a principal dificuldade em seu cotidiano de trabalho era ligada às limitações para realizar atividades externas, notadamente as visitas domiciliares. O CPRJ não possuía um veículo para realizar tais atividades administrativas. Era utilizada uma ambulância para o deslocamento, quando possível, tendo em vista que a ambulância também atendia urgências externas. Também havia dificuldades em razão da inexistência de motoristas à disposição 24h. Em julho de 2016, a Defensoria Pública expediu o ofício nº 3313/NUDEDH/2016, endereçado ao Secretário de Estado de Saúde, requisitando a disponibilização de veículo para a realização de visitas domiciliares e também para atividades de lazer integrantes do Projeto Terapêutico Singular dos usuários. Em resposta, através do ofício SES/OP/SJ nº 1118/2017, a Secretaria de Estado de Saúde informou que a crise financeira do Estado e a existência de apenas três veículos para toda a Secretaria de Estado de Saúde dificultavam o atendimento da requisição.

3.6 Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB)

No primeiro semestre do ano de 2016, defensora pública e a equipe psicossocial da Defensoria Pública realizaram visita institucional no IPUB, inaugurado em 03 de agosto de 1938, através do Decreto-Lei

n° 591, que transferiu o Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas para a Universidade do Brasil. Somente na década seguinte o hospital se transformou no que é hoje: o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizado no Bairro Botafogo. No que diz respeito à atividade de ensino, o Instituto atua em diferentes níveis: estágios de graduação, pós-graduações (especialização, mestrado e doutorado) e residências (médica e multiprofissional). Na área da assistência, o IPUB está inserido na rede do Sistema Único de Saúde e presta atendimento a pessoas com transtorno mental e/ou uso prejudicial de substâncias psicoativas de todas as idades em nível ambulatorial e hospitalar.

O serviço assistencial era dividido em quatro setores, que funcionavam em diferentes prédios: Enfermaria, Ambulatório, Hospital-Dia, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) e Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice (CDA), voltado para a 3ª idade. Além desses, no mesmo terreno, mas com entrada independente, funcionavam o CAPSi Carim (serviço voltado para crianças e adolescentes) e o PROJAD (programa voltado para tratamento ambulatorial de pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas). O IPUB contava, também, com um laboratório próprio, um setor de Farmácia e refeitório. Além disso, o Instituto administrava três Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro.

É importante frisar que o Instituto não atendia emergências. A porta de entrada para a Enfermaria eram os hospitais de emergência no município; os pacientes eram transferidos via Sistema de Regulação - SISREG. A Enfermaria era dividida em duas alas, separadas por gênero, as quais, no momento da nossa visita, estavam com quarenta e cinco homens e cinquenta e seis mulheres. Eram cerca de oito quartos por enfermaria, com quatro a cinco pacientes em cada um deles. Uma parte desse setor estava passando por reparos, com a intenção de ampliar a quantidade de quartos e melhorar o espaço aberto de livre circulação.

Na Enfermaria, o tempo médio de internação girava em torno de 17 dias, mas era muito comum pacientes terem seu tempo prolongado, em geral, entre um e três meses. Havia, ainda, alguns pacientes que já eram considerados moradores do Instituto por estarem há mais tempo na instituição, e todos aqueles com internação de mais de um ano eram curatelados, seja pela família ou por tutor judicial. O tempo dessas longas internações variava de 406 dias (desde janeiro de 2015) a 4978 dias (desde julho de 2002).

Uma situação que poderia explicar alguns casos de longa internação era a transinstitucionalização de pacientes que vieram de clínicas psiquiátricas particulares que foram fechadas, já que o tempo de internação na clínica de origem era contabilizado junto ao tempo de permanência no IPUB. Outra questão que se apresentava como dificuldade para a equipe do IPUB era a desinstitucionalização. Os pacientes de cidades mais distantes que não dispunham de serviços ambulatoriais e/ou uma rede de atenção psicossocial suficiente não eram absorvidos pela rede de saúde mental de seu município de origem. Vale destacar que a unidade possuía quatro usuários com perfil para ocupar residências terapêuticas, no entanto a ausência desse serviço resultava no aumento do tempo de internação dos usuários.

O número de internações no ano de 2015 foi, em média, de cento e vinte e sete pacientes por mês, enquanto o número médio de altas mensais foi de quarenta e três pacientes. A direção também relatou que as internações compulsórias são exceção. A principal preocupação, a partir do que foi observado, foi o número elevado de pessoas internadas por períodos prolongados, o que se somava à alta taxa de reinternação dos pacientes que já passaram pelo IPUB. Entendia-se que existia uma situação crônica de pacientes que viveram o modelo manicomial e passaram décadas internados, o que podia se converter em dificuldades de desinstitucionalização.

Para o Ambulatório, a inserção se dava por demanda espontânea ou via encaminhamento dos serviços que eram porta de entrada, ou de enfermarias, como a do próprio IPUB. Na prática, o Ambulatório funcionava como um CAPS, mas essa estrutura não podia ser assim reconhecida por funcionar no mesmo espaço do hospital (Portaria GM/MS nº 336/2002, art. 3º). Na ocasião da visita, o Ambulatório do IPUB encontrava-se em reforma, contando com um espaço improvisado para o atendimento. Foram constatadas duas dificuldades na utilização do Ambulatório: o acesso ao local, situado no segundo andar do edifício; e a violação do sigilo nos atendimentos, que ocorria em razão da pouca altura das divisórias que delimitavam as salas, permitindo que pessoas do lado externo pudessem ouvir o que se passava dentro das salas.

O Hospital-Dia funcionava no térreo do prédio em que estava o ambulatório, com algumas salas para atendimento e para a realização de oficinas, além de uma sala destinada aos profissionais e uma área de convívio com televisão, onde eram servidas refeições. De acordo com dados do CNES da época da visita, havia cento e seis leitos de Psiquiatria e noventa vagas em saúde mental no Hospital-Dia.

O SPIA e o CDA eram ambulatórios especializados que atendiam a demanda espontânea. O primeiro oferecia tratamento psiquiátrico gratuito a crianças e adolescentes de até 18 anos incompletos¹¹². O segundo oferecia atendimento multidisciplinar voltado para idosos acima de 60 anos de idade com qualquer tipo de problema na esfera psicológica, psiquiátrica e neuropsiquiátrica¹¹³.

Havia, ainda, o laboratório, a farmácia e o refeitório. Em relação à farmácia, ela não atendia pacientes externos, o que facilitava a aquisição de quantidade suficiente de medicamentos pelo próprio

¹¹² Conexão UFRJ. Crianças e adolescentes recebem tratamento psiquiátrico na UFRJ. Disponível em: <<https://conexao.ufrj.br/2007/11/12/criancas-e-adolescentes-recebem-tratamento-psiquiatrico-na-ufrj/>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

¹¹³ CDA – IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Disponível em: <<https://www.ipub.ufrj.br/cda/>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

Instituto. Aos pacientes internados, as medicações eram fornecidas de forma individualizada para a equipe de cada Enfermaria e por elas administradas; aos pacientes ambulatoriais, as medicações eram fornecidas diretamente a eles para período de 30 dias.

Por sua vez, o refeitório era administrado por uma empresa terceirizada, com supervisão de uma nutricionista. O Instituto de Nutrição da UFRJ também atuava nesse refeitório. Eram oferecidas cinco refeições por dia, com dieta especial para alguns pacientes.

No que se refere à estrutura total do nosocômio, foi considerada pela equipe da Defensoria Pública como satisfatória. Havia espaço social externo, salas de convivência, distância suficiente entre os leitos e condições de higiene adequadas, inclusive nos banheiros. Havia uma “sala de comunicação”, onde eram disponibilizados telefones para que os usuários pudessem fazer ligações locais. Havia, ainda, uma sala de eletroconvulsoterapia, voltada para alguns pacientes da Enfermaria e do Hospital-Dia que realizavam este tipo de tratamento.

No que tange aos profissionais, em geral, cada setor possuía seu corpo técnico específico. As exceções eram os assistentes sociais, em número reduzido, e os residentes, que passavam por todos os setores ao longo do período de residência. A equipe do nosocômio contava com doze assistentes sociais, vinte e seis auxiliares de enfermagem, dois biomédicos, treze enfermeiros, dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma instrumentadora cirúrgica, um laboratorista, três médicos de clínica médica e trinta e cinco médicos psiquiatras, dois musicoterapeutas, cinco nutricionistas, vinte e dois psicólogos, cinco técnicos de laboratório, vinte e seis técnicos de enfermagem, seis terapeutas ocupacionais e onze professores.

O trabalho com os pacientes se dava tanto através de atendimentos individuais, como em grupos, e incluíam atividades, como oficinas, teatro e passeios. As equipes técnicas também realizavam atendimento familiar. No entanto, havia uma dificuldade no transporte

dos profissionais para a realização de visitas domiciliares, já que não havia veículo e motorista disponíveis para o serviço, nem combustível suficiente para a sua adequada realização.

3.6.1 Adequações

Em resposta ao ofício de solicitações desta Defensoria Pública, o IPUB cientificou, na data de 26 de abril de 2021, que os serviços de readequação da enfermaria feminina foram concluídos, mantendo o número de leitos e se adequando às normas. Os serviços de manutenção no ambulatório geral do Instituto de Psiquiatria foram concluídos, trazendo melhorias nos âmbitos assistenciais e administrativos. Foram instalados equipamentos de acessibilidade no prédio, como rampas e plataformas elevatórias. Relatou-se que também foram realizados serviços de readequação no Ambulatório Infantojuvenil, na farmácia, no Hospital-Dia e no prédio que abriga a Residência Médica.

**Daqui em diante,
será observada a ordem
alfabética na apresentação
dos municípios visitados
pelo “Projeto RAPS” da
Defensoria Pública do
Estado do Rio de Janeiro.**

4. A Rede de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro

Tendo em vista a situação encontrada nos institutos psiquiátricos da capital, que ainda abrigam muitas pessoas em internações de longa duração, muitas delas vindas dos municípios da região metropolitana, avaliamos a necessidade de conhecer a Rede de Atenção Psicossocial dessas cidades, avançando o Projeto para a denominada Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, composta (em ordem alfabética) por Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

Escolhemos visitar apenas os serviços substitutivos legitimados pela Reforma Psiquiátrica antimanicomial, ou seja, os CAPS, em suas diversas modalidades, e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Entendemos que também fazem parte da RAPS os serviços da Atenção Básica e ambulatorios de saúde mental, além de outros serviços previstos na Portaria GM/MS nº 3.088/2011, mas sua visitação por parte da equipe do Projeto não seria viável, portanto foi necessário que se escolhesse atender à viabilidade do projeto e prosseguir apenas em relação aos componentes da atenção psicossocial especializada, os CAPS, e os das estratégias de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos.

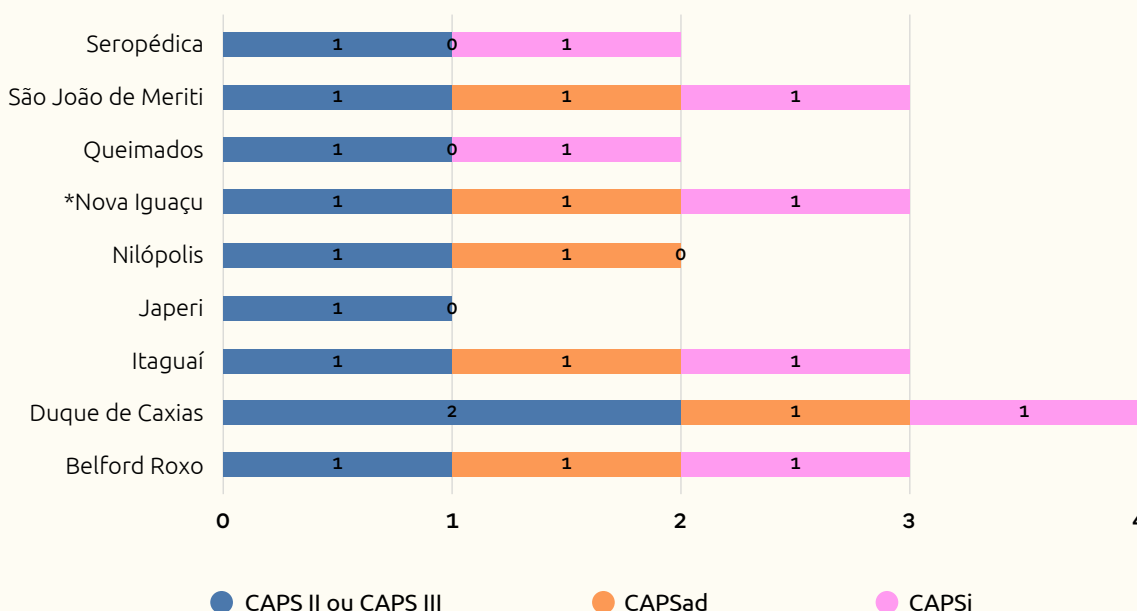
Os Municípios de Mesquita e Magé não serão apresentados no presente texto, pois não foi possível concluir as visitas em virtude da pandemia do novo coronavírus, que nos fez suspender a realização desse tipo de atividade no início do ano de 2020.

Antes de adentrarmos nas particularidades encontradas em cada município, apresentaremos os dados comparativos entre eles, tomando por base o roteiro de visita, construído pela própria equipe da Defensoria Pública, e a sistematização quantitativa empreendida pela Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça, também da instituição. Tanto o roteiro como os dados a seguir detalhados seguem os parâmetros previstos nas normativas nacionais relacionadas à RAPS e a cada um de seus serviços. Dividiremos esta seção entre CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos.

4.1 Panorama dos CAPS

Foram realizadas visitas a todos os serviços da atenção psicossocial especializada dos municípios elencados. No total, são 23 CAPS, sendo 9 CAPS II, 1 CAPS III, 6 CAPSad e 7 CAPSi. Todos os municípios possuem ao menos um CAPS. O único município que possui CAPS do tipo III é Nova Iguaçu, embora outros também apresentem número de habitantes que indica a necessidade deste tipo de serviço.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes



Empreenderemos, a seguir, uma análise acerca desses serviços, aqui entendidos em conjunto, a fim de viabilizar o olhar sobre a Rede de Atenção Psicossocial da região, mas também de apresentar particularidades importantes de serem destacadas. Dividiremos em eixos para melhor apresentação.

4.1.1 Implantação e Habilitação de CAPS

Este eixo se propõe a expor dados a respeito da cobertura desses serviços da atenção psicossocial especializada, avaliando sua suficiência em relação à quantidade preconizada em normas específicas e o progresso de sua implantação e habilitação.

Para a produção dos gráficos, optamos por levar em consideração os dados objetivos, ou seja, os parâmetros estipulados nas Portarias GM/MS nº 336/2002, 3.088/2011 e 130/2012, que levam em conta a quantidade populacional de cada município ou região, conforme descrito na tabela abaixo.

TIPO DE SERVIÇO	POPULAÇÃO INDICADA	PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
CAPS I	20.000 a 70.000	336/2002 e 3088/2011
CAPS II	70.000 a 200.000	336/2002 e 3088/2011
CAPS III	acima de 200.000	336/2002 e e 3088/2011
CAPS i	acima de 150.000	3088/2011
CAPS AD II	acima de 70.000 (até 200.000)	336/2002 e e 3088/2011
CAPS AD III	de 200.000 a 300.000	130/2012

Tabela 1: Referência populacional para existência dos Centros de Atenção Psicossocial

Assim, utilizamos as informações do IBGE¹¹⁴, que indica a população estimada em 2020 para todos os municípios, e partimos da premissa

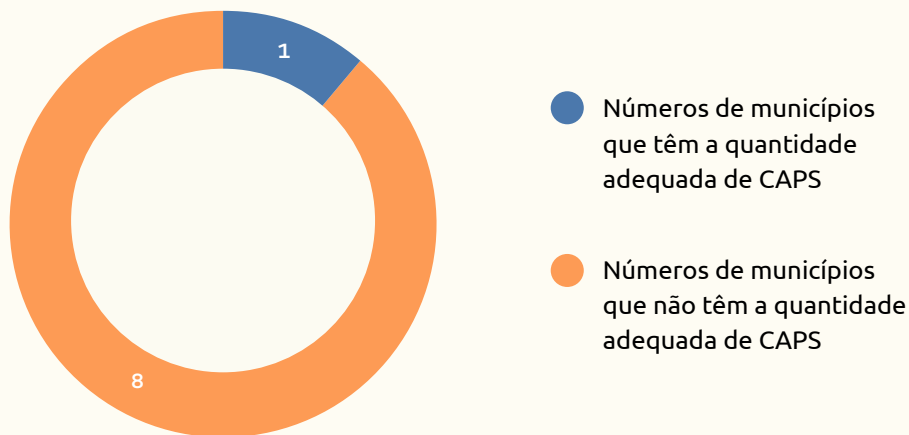
¹¹⁴ Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 18 mar. 2021.

de que toda a população de cada município deveria estar contemplada pelos serviços de CAPS I, II ou III, além do CAPSi e de CAPSad I ou III. Portanto, a título de ilustração para melhor visualização dos cálculos que empreendemos, uma cidade com 230 mil habitantes que possuísse apenas um CAPS II é considerada com insuficiência de serviços, pois um serviço de CAPS II contempla populações de até 200 mil e, a partir de 20 mil habitantes já há indicativo para a instalação de um CAPS I; portanto, nesse município precisaria ser criado um CAPS I. Da mesma forma, também nesse município hipotético, há a população necessária para a existência de um CAPSi e um CAPSad III.

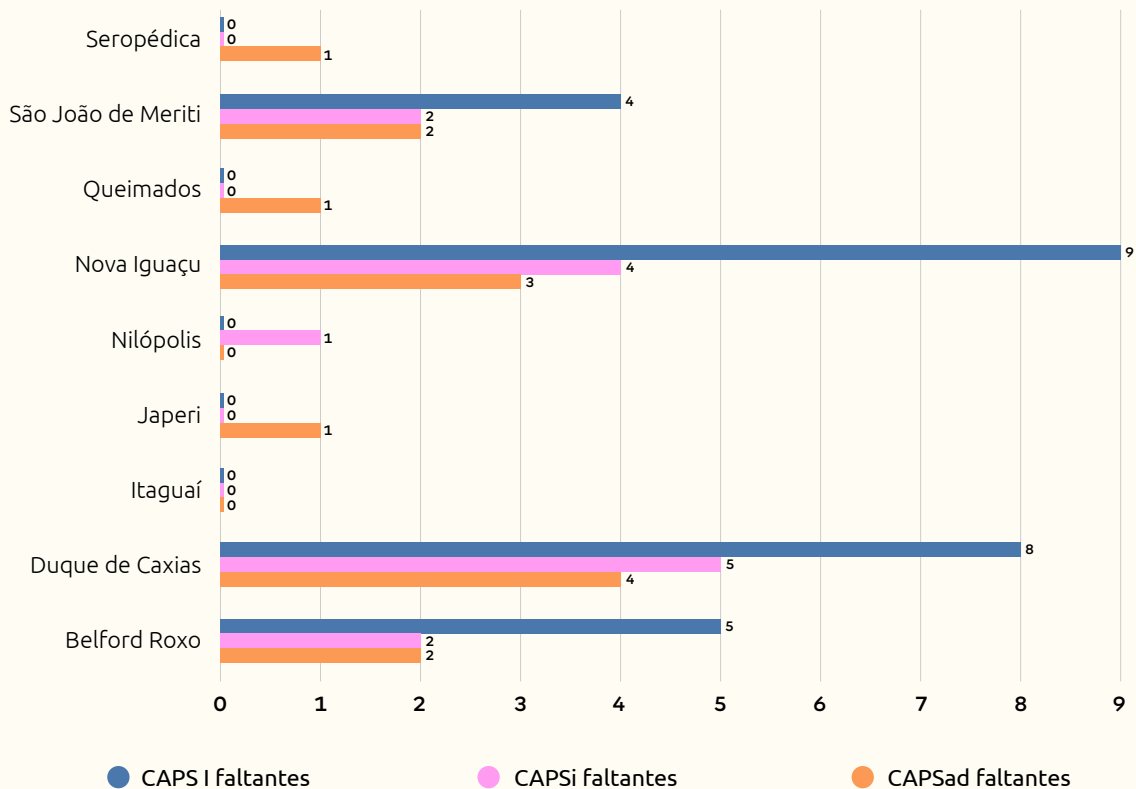
Frisa-se, contudo, que a instalação de serviços da RAPS dos CAPS não deve levar em conta apenas os dados populacionais. As próprias normativas supracitadas indicam a possibilidade de se utilizar “outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos” (Portaria GM/MS nº 336/2002), dentre os quais podemos citar a extensão territorial e o acesso a transporte público. Outro fator fundamental é a integração e distribuição de outros serviços de saúde, como, por exemplo, existência ou não de ambulatórios de Psiquiatria e/ou de Psicologia ou a não integração da Atenção Primária e Secundária. Então, entendemos que a análise apenas quantitativa pode indicar a necessidade de expansão e de criação de mais serviços, porém, na análise qualitativa, a melhor distribuição dos casos com suporte ambulatorial e territorial também deve ser considerada.

Neste momento, apresentaremos a análise quantitativa. Mais adiante, mostraremos a análise sobre cada município e, então, serão expostas algumas questões específicas, a partir do que foi observado nas visitas.

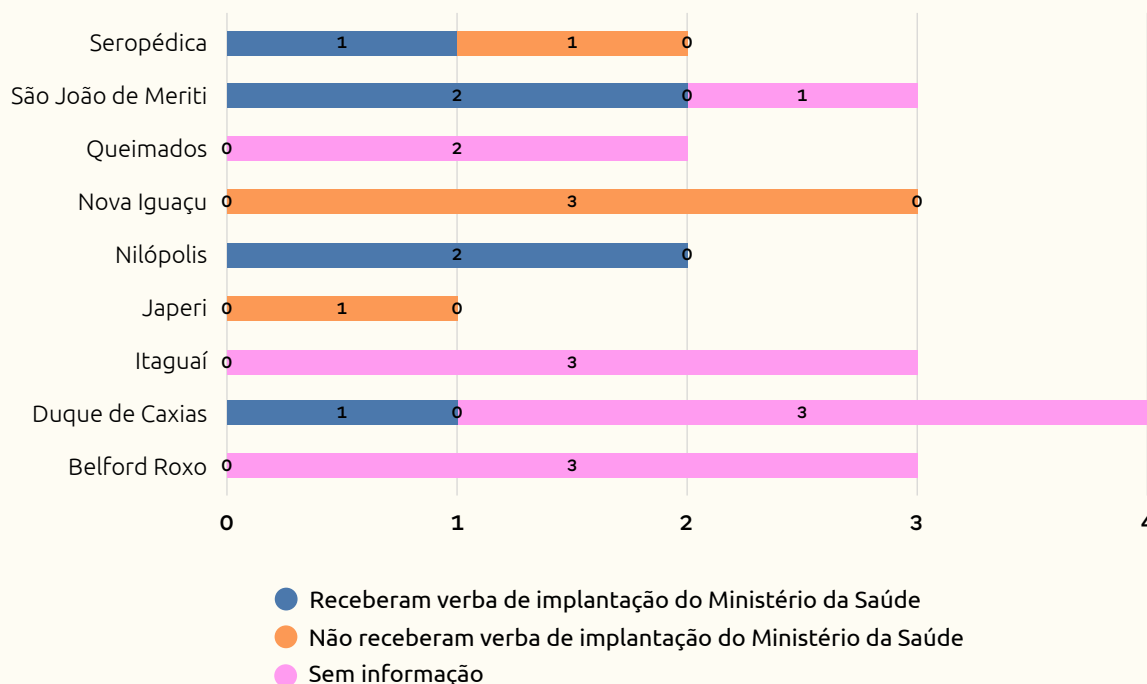
Suficiência de equipamentos da Atenção Psicossocial Especializada nos municípios



Quantidade de CAPS faltantes - Portaria GM/MS N. 3088/2011



Verba de implantação de CAPS



Como se extrai do primeiro gráfico, dos municípios da Região Metropolitana I visitados, apenas um deles possuía o número suficiente de serviços da atenção psicossocial especializada, de acordo com o critério populacional.

O segundo gráfico nos informa que este município com os serviços completos é Itaguaí. Na comparação com o gráfico da sessão anterior, é importante ressaltar que Itaguaí, assim como Seropédica, possui um CAPSi, apesar de não ter população mínima indicada, o que indica que houve análise de outros fatores pelo município.

Em outros três municípios – Japeri, Queimados e Seropédica –, falta apenas o CAPSad. Japeri também não possui CAPSi, mas sua população não atinge o mínimo exigido pelo Ministério da Saúde para a implantação desse tipo de serviço e, ainda, há no município um ambulatório especializado para crianças e adolescentes, serviço que não foi visitado pela equipe do Projeto, por ser situado no interior de uma unidade básica de saúde. Na visita ao CAPSi de Queimados, contudo, recebemos a informação de que algumas crianças de Japeri

eram atendidas naquele município em virtude da falta do serviço especializado.

É importante salientar que, pelos dados obtidos nas visitas a Seropédica e Japeri, o público que demanda atendimento especializado para uso prejudicial de álcool e outras drogas não fica completamente desassistido, pois o CAPS II absorve essa demanda, geralmente reservando um dia para esses atendimentos. Porém, é necessário ressaltar que apenas um serviço especializado consegue dar conta da demanda com a atenção especializada necessária, que é o CAPSad.

Em Queimados existe um serviço ambulatorial especializado, mas este ainda não havia sido habilitado como CAPS pelo Ministério da Saúde, por não atingir a equipe mínima exigida pelas normativas, o que estava em vias de acontecer. A equipe psicossocial da Defensoria Pública chegou a realizar duas visitas a esse serviço, que operava de maneira muito próxima a um CAPS AD; porém, por não estar habilitado como tal, entendemos que não poderia ser feita uma análise a partir das normativas que regulamentam esse tipo de serviço.

O segundo gráfico é capaz de mostrar, ainda, a dimensão da deficiência na implantação de CAPS. Em boa parte desses municípios, especialmente naqueles mais populosos e em que há maior demanda por CAPS, como São João de Meriti, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Belford Roxo, seria mais adequada a implementação de serviços de maior complexidade, tais como o CAPS III e o CAPSad III. No entanto, a fim de possibilitar uma análise comparativa entre as situações municipais, utilizamos apenas os serviços do tipo I (CAPS I, CAPSi e CAPSad), já que estes, em tese, podem ser implementados em todos os municípios, por serem os serviços de menor complexidade. Essa escolha facilita a visualização de quais são os municípios com a RAPS mais deficiente, em razão da falta de serviços.

A leitura do terceiro gráfico complementa as informações sobre o contexto de implementação dos CAPS. Dentre os serviços que

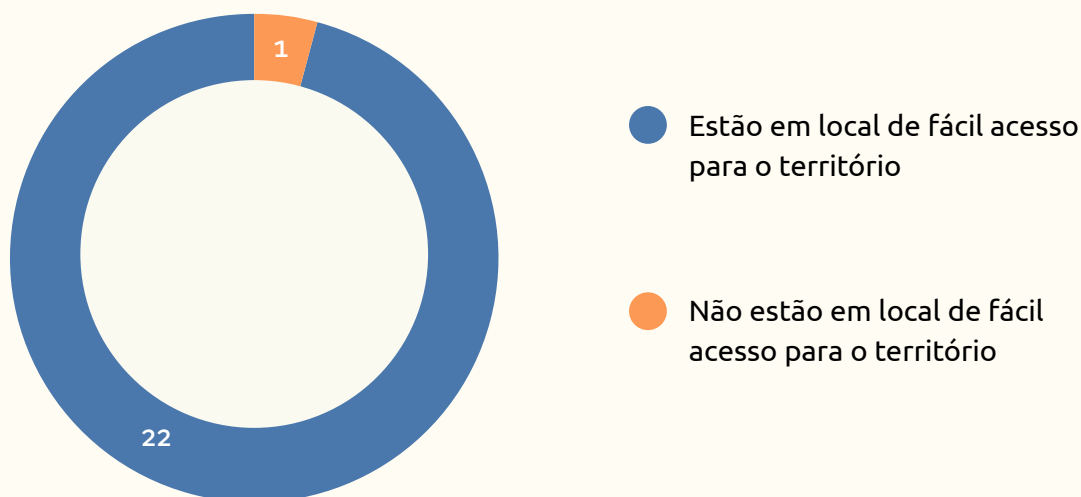
informaram sobre o recebimento de verba do Ministério da Saúde para habilitação de serviços, 45% não tiveram acesso a essa verba, do que se deduz que foram iniciativas custeadas pelo próprio município sem terem o repasse correspondente pela União.

Esses dados expressam uma realidade que congrega múltiplos fatores. Talvez, o mais importante deles, que terá seus reflexos em outros eixos apresentados, seja o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). O subfinanciamento, que já era uma realidade, agravou-se a partir de 2018, quando os gastos federais passaram a ser corrigidos apenas pela inflação, conforme definido pela Emenda Constitucional nº 55, anteriormente conhecida como a “PEC do Teto”. Os gastos públicos em saúde entraram em trajetória declinante, colocando em risco a sustentação do SUS e todo o modelo de saúde pública construído a partir de sua implantação. Essa situação tem seus reflexos na construção, expansão e qualificação da RAPS, segundo os parâmetros das normativas que deveriam reger essa rede especializada de saúde.

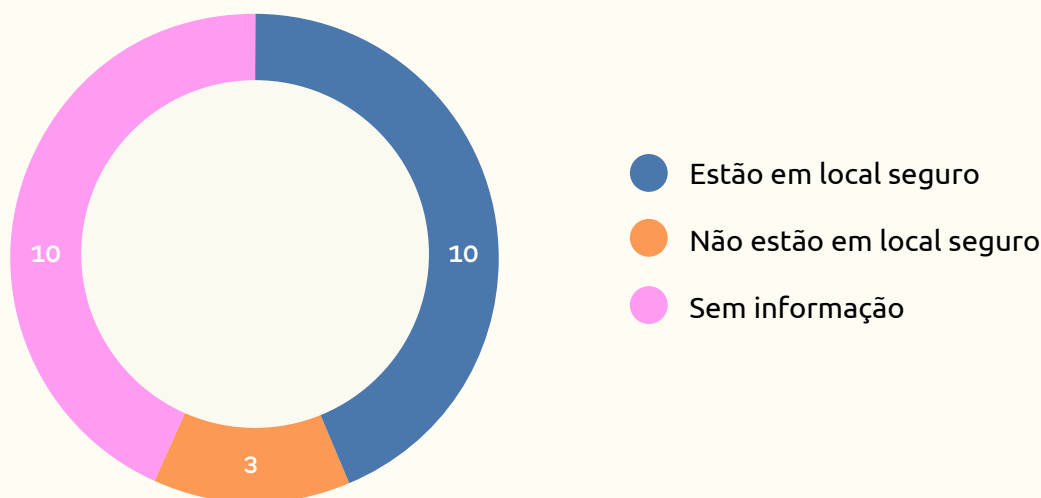
4.1.2 Localização dos serviços

Este eixo se propõe a expor dados a respeito da adequação da localização dos serviços da atenção psicossocial especializada, avaliando se estão em local seguro e acessível para o território.

Localização do equipamento



Localização segura do equipamento



Como se pode ver, apenas um dos serviços (CAPSad Vanderlei Marins) visitados estava em localização inacessível para o território de sua abrangência. É preciso observar que essa acessibilidade dos demais serviços se dava em razão da oferta de meios de transporte público.

A ausência dos variados e necessários serviços públicos, inclusive os de saúde, em vários bairros e localidades das cidades, é uma realidade constante nos municípios da Região Metropolitana I. Isso demonstra a importância e a urgência da democratização dos meios de transporte público¹¹⁵, como forma de permitir aos cidadãos que não possuem, em sua localidade, determinado serviço público, que possam encontrá-lo

¹¹⁵ Há diferentes barreiras para o acesso ao transporte público. Uma delas é a condição econômica de acesso. Transformado em serviço comercial a partir das concessões, o serviço segue regras de mercado e as possibilidades econômicas do usuário. Ou seja, quem precisa do transporte deve conseguir arcar com o seu custo. No caso dos usuários da saúde mental, é preciso superar essa barreira, garantindo a gratuidade nas passagens para possibilitar o pleno desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular, que não se limita a ida às unidades de saúde. No âmbito estadual, a Lei nº 4.510/2005 assegura a isenção no pagamento de tarifas do transporte intermunicipal de passageiros por ônibus para pessoas com deficiência, com doença crônica de natureza física ou mental que necessitem de tratamento continuado para evitar risco à vida. Boa parte dos municípios também concede gratuidade no transporte municipal. No entanto, no caso da deficiência mental, restringem o número de passagens concedidas ao número necessário para ir e voltar do CAPS, desconsiderando que o livre acesso à cidade é instrumento terapêutico. Além dessa barreira econômica, há outras barreiras que se referem ao próprio cotidiano do serviço de transporte. Nesse assunto, o NUDEDH foi instado pela sociedade civil a promover uma sensibilização dos trabalhadores ligados ao transporte público rodoviário urbano a fim de que passem a compreender e a levar em consideração as limitações e os obstáculos vivenciados pelos usuários, facilitando a institucionalização de uma cultura de respeito aos direitos.

em outra localidade. Caso seja o transporte público inacessível, há o risco de impossibilitar aos munícipes o acesso aos serviços que não tenham sido implementados no bairro ou localidade onde residem.

O segundo gráfico, por sua vez, trata da segurança referente à localidade onde estão instalados os serviços, a partir da avaliação dos entrevistados, que consideravam a ocorrência de conflitos armados¹¹⁶, a incidência de furtos frequentes, roubos a transeuntes nas proximidades dos CAPS e outras situações análogas, tanto contra os usuários e trabalhadores, quanto contra o patrimônio do serviço.

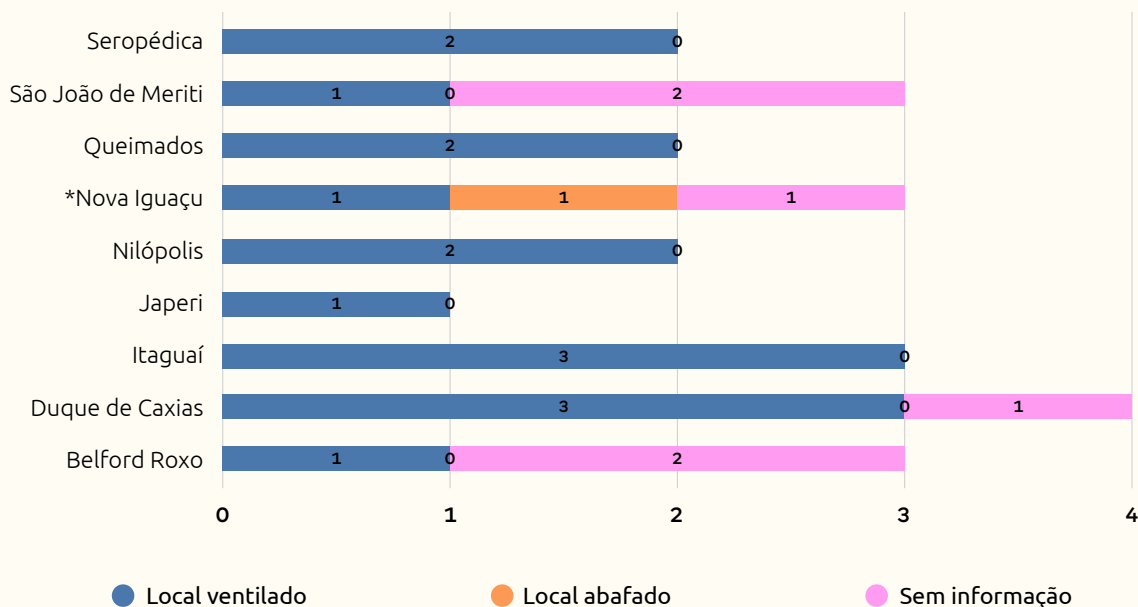
Um dos serviços, o CAPSi Zaira Vicente Bicchieri, em que pese estivesse localizado em zona central do Município de Belford Roxo, não era livremente acessado pelos usuários, tendo em vista o constante contexto de conflitos armados no município. De igual modo, os profissionais desse serviço não conseguiam realizar visitas domiciliares a esses locais. Outro serviço identificado como estando em localidade insegura foi o CAPSad Novos Tempos, situado no Município de Nilópolis. Tamanho era o risco de furto de eletrodomésticos, que a televisão era presa por grades e cadeado. O CAPSad de Itaguaí passava pela mesma situação, tendo sido alvo de furtos à noite, nos quais foram levados aparelhos eletrônicos como computador e impressora, ventiladores e aparelho de ar-condicionado.

4.1.3 Salubridade dos CAPS

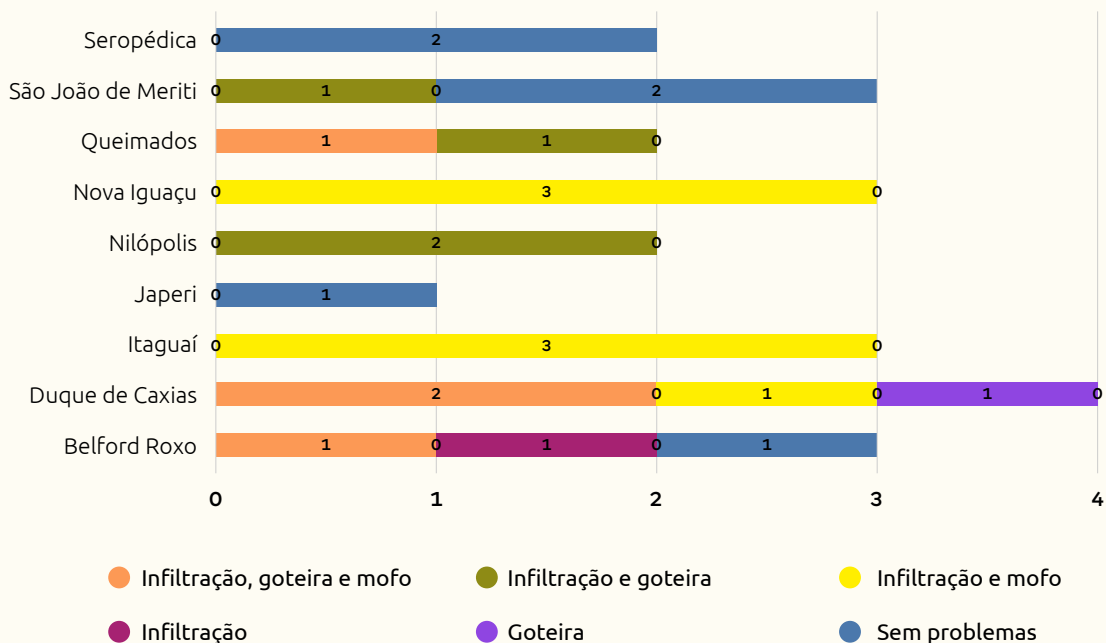
Neste eixo, serão analisadas as questões estruturais dos serviços, sob a perspectiva da salubridade e da segurança, ou seja, se apresentavam condições adequadas que não prejudicassem a saúde, nem apresentassem riscos às pessoas que frequentavam os espaços.

¹¹⁶ Entre a força policial e agentes do comércio varejista de drogas ilícitas; entre agentes do tráfico de drogas ilícitas de facções rivais ou entre agentes do tráfico e componentes da milícia.

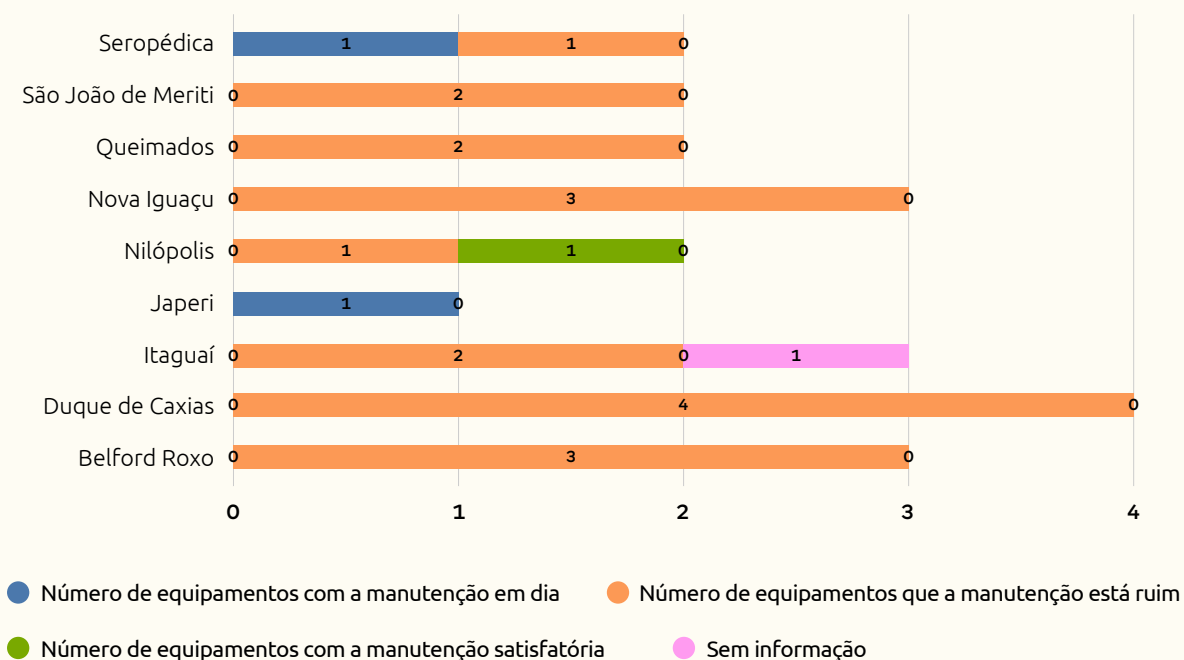
Salubridade das instalações: ventilação



Salubridade das instalações: infiltração, goteira e mofo



Manutenção do equipamento



De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS devem ter um espaço próprio e adequado para atender à demanda específica, oferecendo um ambiente contíguo e estruturado, com os recursos físicos necessários, quais sejam: consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes. Na prática, essas divisões nem sempre são possíveis, de forma que um mesmo cômodo pode servir a mais de uma atividade. É preciso compreender que há uma margem de organização dos serviços que depende de diversos fatores, como a disponibilidade de espaço físico nos imóveis, escala de trabalho dos(as) profissionais e a possibilidade de utilização dos espaços públicos no entorno do serviço. Não cabe rigidez na análise dos espaços, o importante seria garantir um ambiente propício à execução das atividades, resguardando o sigilo profissional quando for o caso¹¹⁷.

¹¹⁷ Conforme o art. 2º, IV da Lei nº 10.216/2001 e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais.

No que tange ao aspecto de salubridade dos serviços visitados, percebemos, *in loco*, que se tratava de casas antigas, geralmente alugadas, que foram adaptadas para o funcionamento dos serviços. Logo, era necessária constante manutenção, que ou não era realizada pela gestão municipal, ou não era realizada com a regularidade necessária, a despeito das solicitações das direções dos serviços.

Quanto à ventilação das instalações, a maioria dos CAPS estava localizada em construções bem ventiladas. Em Nova Iguaçu, apenas, um CAPS funcionava em local com limitada circulação de ar.

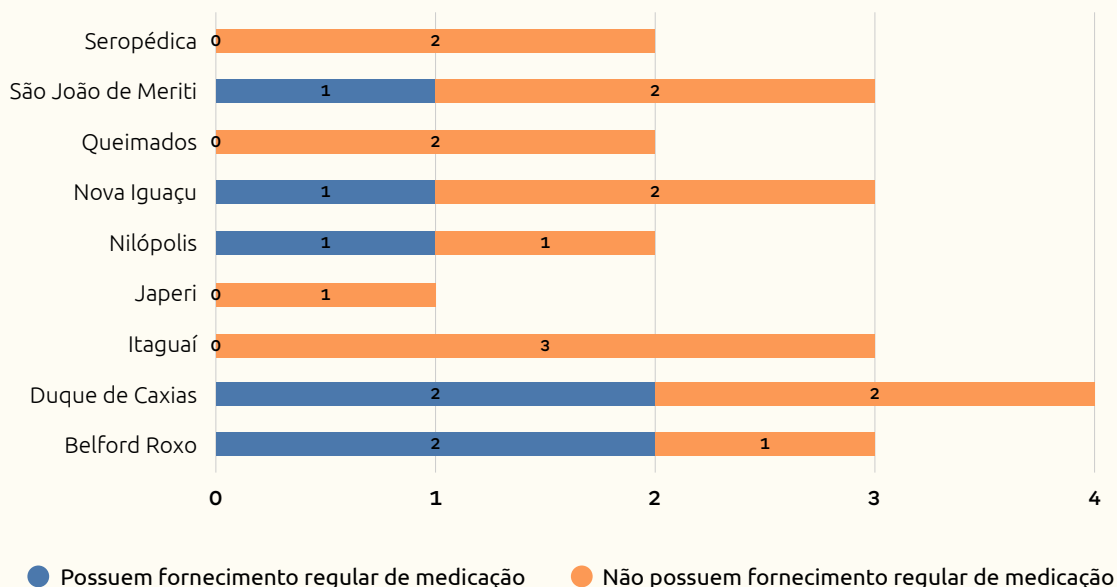
Grande parte dos serviços apresentava problemas de infiltração e outros danos estruturais decorrentes dela. A situação mais precária foi observada no Município de Duque de Caxias onde, dos quatro CAPS existentes, três apresentavam infiltrações em quase todos os cômodos, além de mofo nas paredes, enquanto dois apresentavam também goteiras. Belford Roxo e Queimados também apresentaram situação semelhante em um dos seus serviços. Japeri e Seropédica foram os únicos municípios visitados cujos CAPS não tinham qualquer problema desse tipo. Os outros municípios apresentavam, pelo menos, um dos problemas retratados.

Via de regra, nos serviços visitados foram observadas instalações físicas inadequadas, resultantes da falta de manutenção. Em São João de Meriti, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Belford Roxo foram constatadas as piores situações referentes à manutenção, pois eram evidentes os comprometimentos estruturais em todos os seus CAPS. Outro dado que apontava para a problemática da ausência de investimentos em manutenção dos serviços da saúde mental era o fato de que, de todos os CAPS visitados, apenas Seropédica, Queimados e Japeri possuíam um dos seus CAPS com manutenção regular.

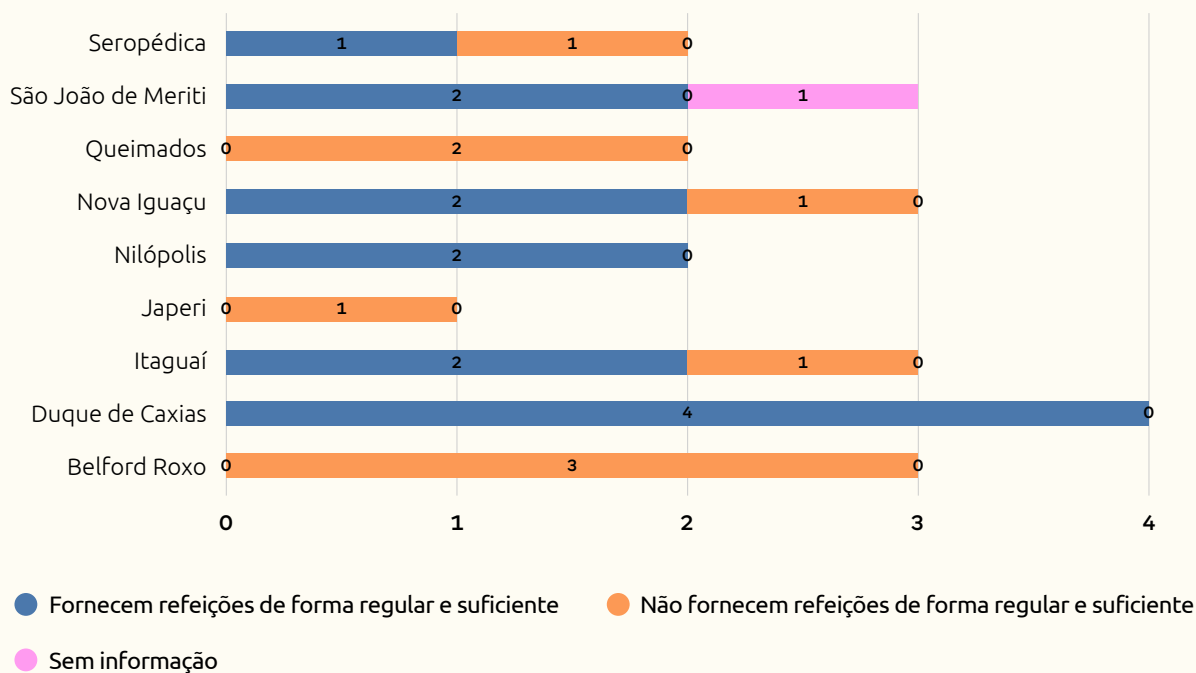
4.1.4 Fornecimento de medicação, alimentação e água potável

Outro aspecto observado e analisado nas visitas diz respeito às condições de fornecimento de medicação, de alimentação e de água potável.

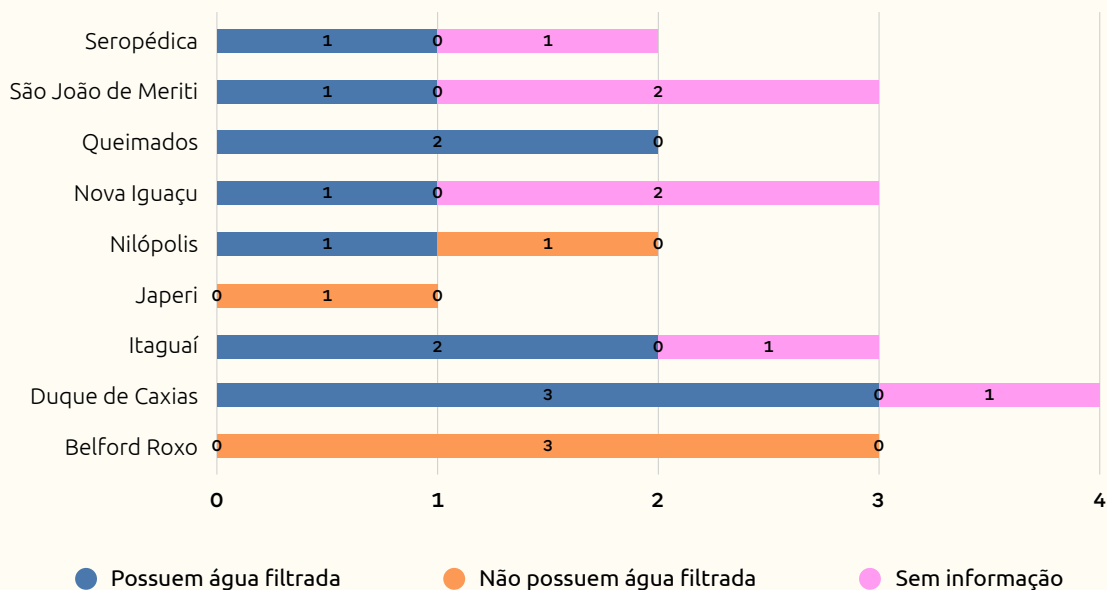
Fornecimento de medicação



Regularidade e suficiência da alimentação nos equipamentos



Disponibilidade de água filtrada



No que diz respeito à medicação, a situação era preocupante em todos os municípios, tendo em vista que todos eles possuíam pelo menos um serviço sem o fornecimento regular da medicação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado, de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um. Podem, também, ser uma central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental na sua região. Isso quer dizer que os CAPS podem ser unidades de referência para dispensação de medicamentos básicos e excepcionais, conforme decisão da equipe gestora local. Os CAPS poderão dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência e, ainda, em casos muito específicos, àqueles pacientes internados em hospitais da região que necessitem manter, em seu tratamento, o uso de medicamentos excepcionais de alto custo¹¹⁸.

¹¹⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

Quando a farmácia está localizada em um local distinto do polo do acompanhamento assistencial, os usuários são forçados a se dirigir a um ponto diferente de atenção, distante de seu território, para adquirir seu medicamento. Cabe sinalizar que, quando a dispensação desse medicamento é realizada na atenção básica do território, próximo à moradia, é bem possível que não gere desconforto aos usuários e que represente organização do trabalho em rede. Contudo, quando a dispensação não se estabelece dessa forma devido a uma precariedade de serviços de saúde da atenção básica nos municípios, o resultado é um desgaste no que diz respeito à locomoção, em que pesam alguns elementos, como os obstáculos vivenciados pelas pessoas com restrição de locomoção e os gerados pelo transporte público, como gastos maiores de passagens e veículos não adaptados.

Em boa parte dos municípios, a dispensação de medicamentos se dava de maneira centralizada, em um serviço ou farmácia pública. Quaisquer que fossem os modelos, houve relatos de falta de um ou mais medicamentos, indicando a insuficiência no fornecimento pela prefeitura em cerca de dois terços dos serviços visitados. No Município de Japeri, foi regularizada a distribuição dos medicamentos após as visitas da Defensoria Pública, passando a ser feita em uma Unidade Básica de Saúde próxima ao CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame.

Já em relação à alimentação, segundo material publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde, “os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico”¹¹⁹. Sendo assim, em todos os serviços haveria, eventualmente, a necessidade de duas refeições diárias, a fim de contemplar os usuários dos dois

¹¹⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

turnos. Durante as visitas, as observações acerca do fornecimento de alimentação levaram em conta a disponibilidade de refeições pela prefeitura, deixando de analisar a quantidade e a qualidade nutricional.

Em vários locais em que o fornecimento não estava adequado, essa situação produzia efeitos no projeto terapêutico: o tempo de permanência do usuário no CAPS precisava ser pensado a partir da (im) possibilidade de realizar as refeições no local, chegando a haver casos de pessoas que deixaram de frequentar o serviço em decorrência disso. É importante se pensar a alimentação como um direito e um potencial terapêutico: as refeições coletivas são momentos de interação, além de que, em vários locais, há experiências de oficinas de culinária, o que contribui para a construção de outras relações dos usuários com os demais e também com os alimentos.

Dentre os municípios visitados, Belford Roxo e Queimados apresentaram a pior situação, já que não havia fornecimento regular em nenhum serviço da rede nesses dois municípios. A interlocução com os gestores do município teve como resultado a regularização do fornecimento em Belford Roxo. Já Nilópolis e Duque de Caxias eram os dois únicos municípios que não apresentavam problemas no fornecimento das refeições.

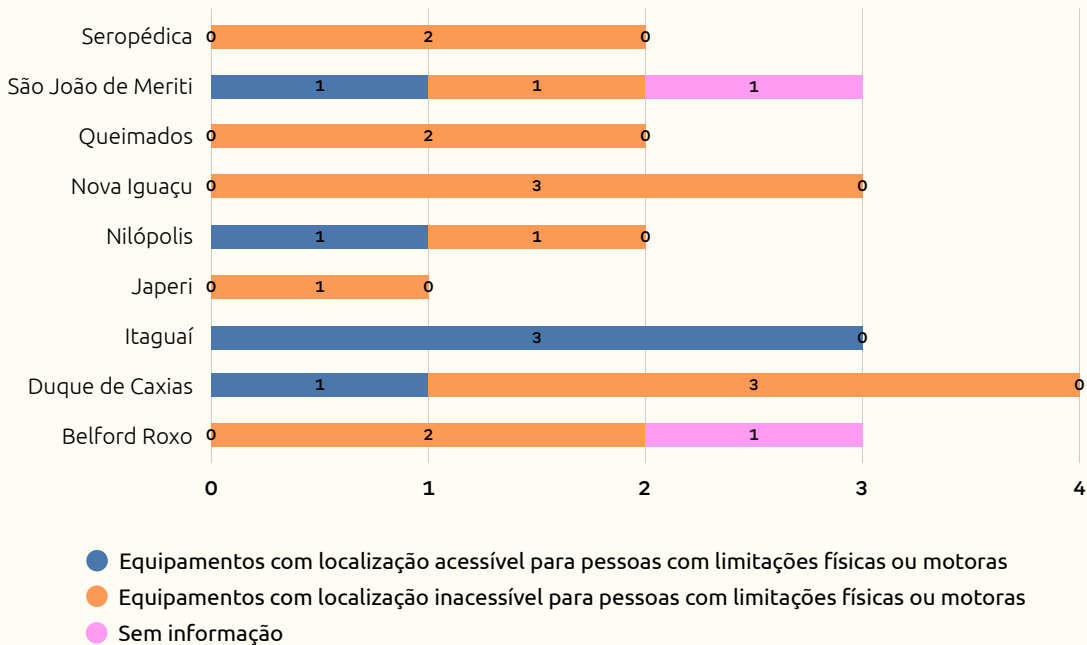
Sobre o fornecimento de água adequada para consumo, a maioria dos municípios estava em situação regular, mas chamou a atenção o fato de haver lugares que não forneciam água filtrada para os profissionais e usuários. Belford Roxo e Japeri apresentaram o quadro mais alarmante, pois não havia água filtrada em nenhum de seus serviços.

4.1.5 Acessibilidade

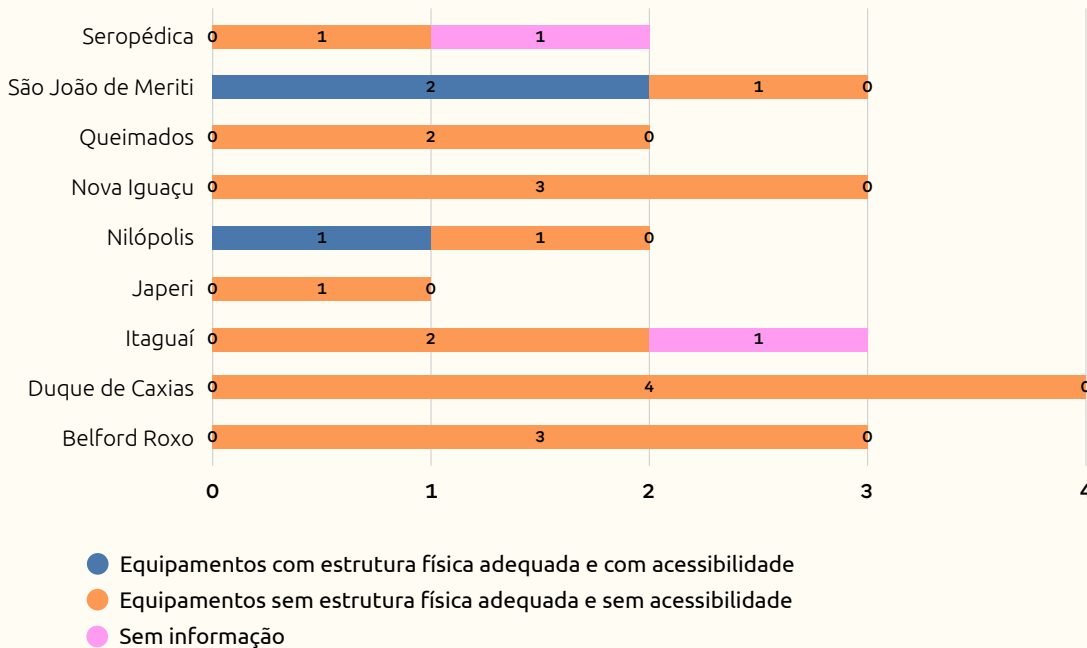
Neste eixo, serão abordados aspectos da acessibilidade dos serviços visitados, ou seja, a adequação deles para a utilização por pessoas com deficiência, tanto no que diz respeito à localização do imóvel, como à estrutura deste. Focamos nos quesitos referentes a pessoas com limitações físicas ou motoras. No que concerne às pessoas

com deficiências sensoriais, como visão ou audição, não foi observada qualquer adaptação em nenhum dos espaços visitados.

Acessibilidade quanto à localização do imóvel



Acessibilidade quanto à estrutura do imóvel



Conforme se observa nos gráficos, o mais comum foi encontrar serviços cuja localização e estrutura não são acessíveis. Ou seja, nesses serviços não estava garantida a

possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida¹²⁰.

Em relação ao primeiro aspecto avaliado, seis serviços estavam adequados, enquanto para o segundo, apenas três. Itaguaí, Nilópolis e São João de Meriti se destacaram positivamente. No Município de Japeri, a partir da entrega dos relatórios, os gestores se comprometeram a realizar pavimentação da rua do único CAPS do município, bem como criar banheiros adaptados, a fim de proporcionar mais acessibilidade às pessoas com dificuldades motoras. Tais mudanças são capazes de promover a superação das barreiras urbanísticas e arquitetônicas identificadas no local.

O Brasil é signatário da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência desde 2009, pelo Decreto n. 6.949/2009. Além disso, no plano interno, temos a Lei de Inclusão das Pessoas com Deficiência, de 2015, a qual, em seu artigo 8º, determina ser responsabilidade do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, dentre outros direitos, o direito à acessibilidade.

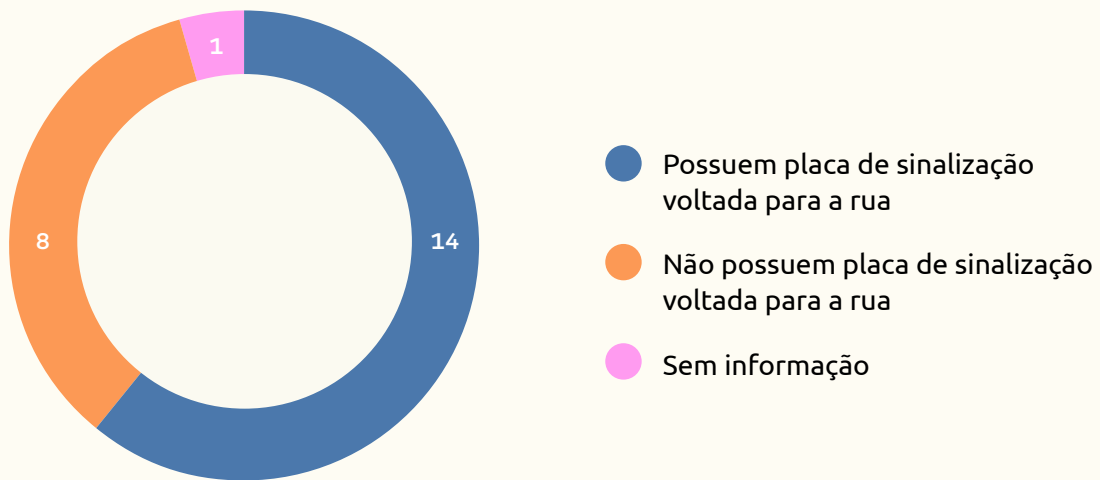
Apesar de todas essas conquistas, os dados constantes nesses gráficos parecem apontar para uma dificuldade de integração da cultura de respeito aos direitos dessa população, que se reflete na não concretização das determinações constitucionais e legais que poderiam resultar no rompimento de muitas barreiras à participação das pessoas com deficiência no contexto social do país.

¹²⁰ Art. 3º, I, da Lei Brasileira de Inclusão.

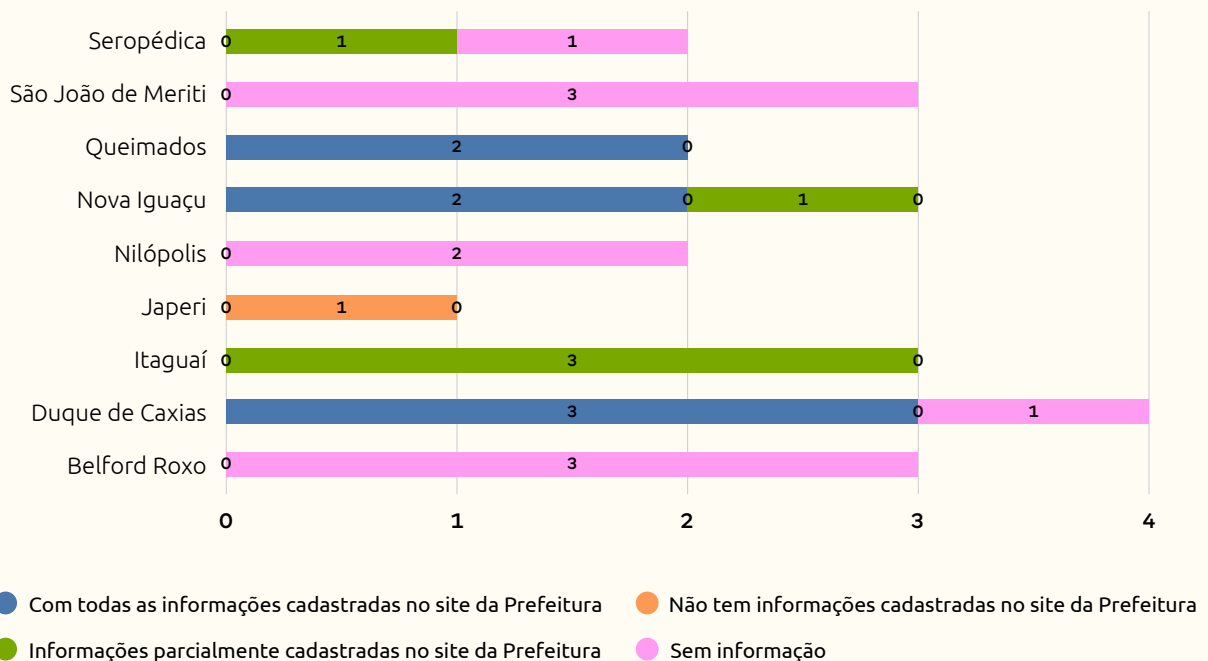
4.1.6 Acesso à informação sobre os serviços

Os gráficos a seguir tratam do acesso à informação sobre os serviços. Não se trata, portanto, das questões específicas que envolvem barreiras geográficas, já analisadas no segundo eixo, referente à localização dos serviços, nem sobre acessibilidade a pessoas com deficiência, abordada acima. Aqui o foco é como os usuários podem obter informações acerca da existência e do funcionamento do serviço.

Identificação do equipamento



Disponibilidade de informação sobre os equipamentos



O primeiro gráfico aborda a identificação do serviço em sua fachada, o que, em termos de acesso, significa que os cidadãos que passam pela localidade possam identificar que ali funciona determinado serviço. Durante as visitas, constatou-se que mais de 30% dos serviços não possuíam placa de identificação na fachada, o que é um percentual significativo e preocupante. Os gestores do Município de Japeri, a partir do relatório, comprometeram-se a instalar uma placa de identificação no serviço.

Já o segundo gráfico analisa as informações dos serviços no site das prefeituras. Considerando que a internet tem sido cada vez mais utilizada como ferramenta de busca e está muito mais acessível para a população em geral – embora não se possa esquecer dos excluídos digitais –, torna-se importante que os sites oficiais funcionem como uma fonte de informações acerca dos serviços disponíveis para a população.

A grande maioria das prefeituras disponibiliza os dados em seu site. Japeri é o único município em que não há qualquer dado acessível. Os Municípios de São João de Meriti, Nilópolis e Belford Roxo não tiveram os sites verificados na época da visita, por isso constam no gráfico como “sem informação”. Optamos por deixar assim, para permitir uma comparação sob o recorte temporal do momento das visitas.

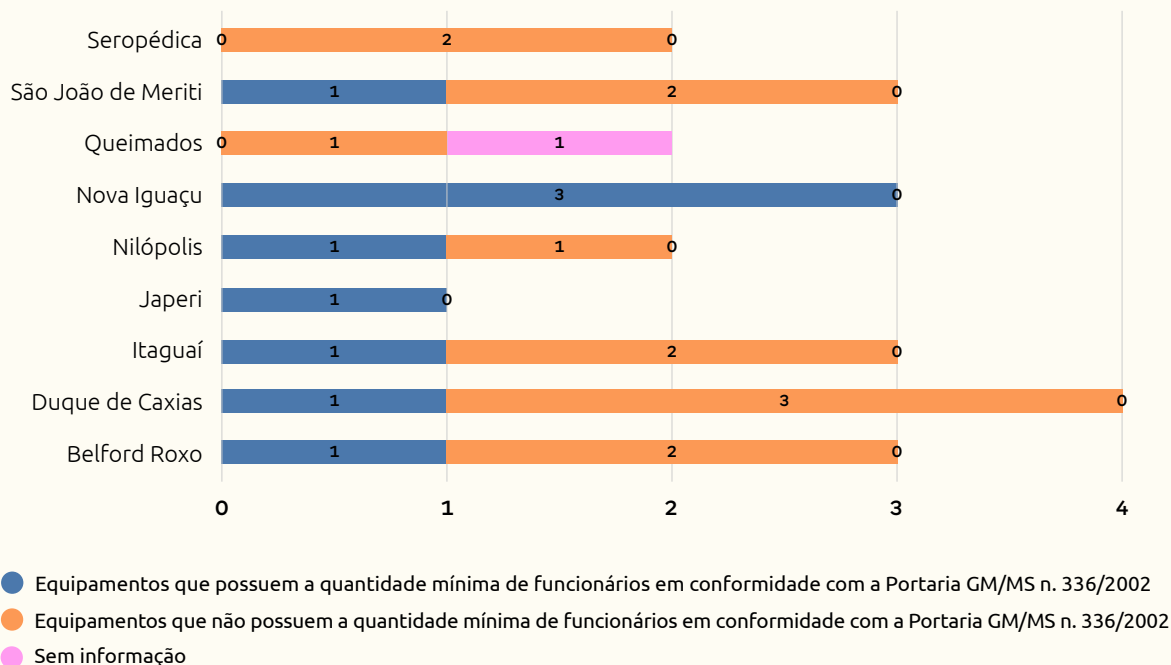
Cabe ressaltar que a identificação do serviço e a existência de informações cadastradas no site das prefeituras não se excluem, já que o acesso a um serviço público deve ser o mais amplo possível.

4.1.7 Adequação à equipe técnica mínima preconizada

A existência de equipe de profissionais adequada às normativas nacionais é condição fundamental para o funcionamento de um serviço. A Portaria GM/MS nº 336/2002, do Ministério da Saúde, é a normativa que dá as diretrizes para os CAPS, estipulando uma equipe mínima, que varia em função do tipo de cada serviço, e que conta sempre com profissionais de nível médio e superior, além de profissionais de

Medicina. O gráfico abaixo analisa a situação, nos municípios visitados, em relação a este quesito.

Adequação à equipe mínima - Portaria GM/MS 336/2002



Como se pode observar, há mais serviços que não atingem a equipe mínima do que aqueles que o fazem. Em 13 serviços não há equipe mínima, totalizando mais de 55% dos CAPS visitados. A equipe adequada, além de ser a força motriz para a efetivação do serviço, é também a condição para o recebimento de verba para a implantação de um serviço. Menos profissionais significa sobrecarga de trabalho e redução na quantidade e/ou na qualidade do serviço ofertado.

Nas tratativas que empreendemos com os gestores, foi comum aparecerem as dificuldades relacionadas à realização de concursos públicos e à admissão de profissionais, seja através de cargos em comissão, seja através de empresas terceirizadas. Atrasos recorrentes nos pagamentos e baixos salários tornam os concursos pouco atraentes, acarretando, muitas vezes, a insuficiência de servidores para completar o quadro. Torna-se comum a rotatividade dos profissionais. Ao mesmo tempo, na vigência de concurso público, as prefeituras não podem contratar os profissionais que faltam para completar as equipes.

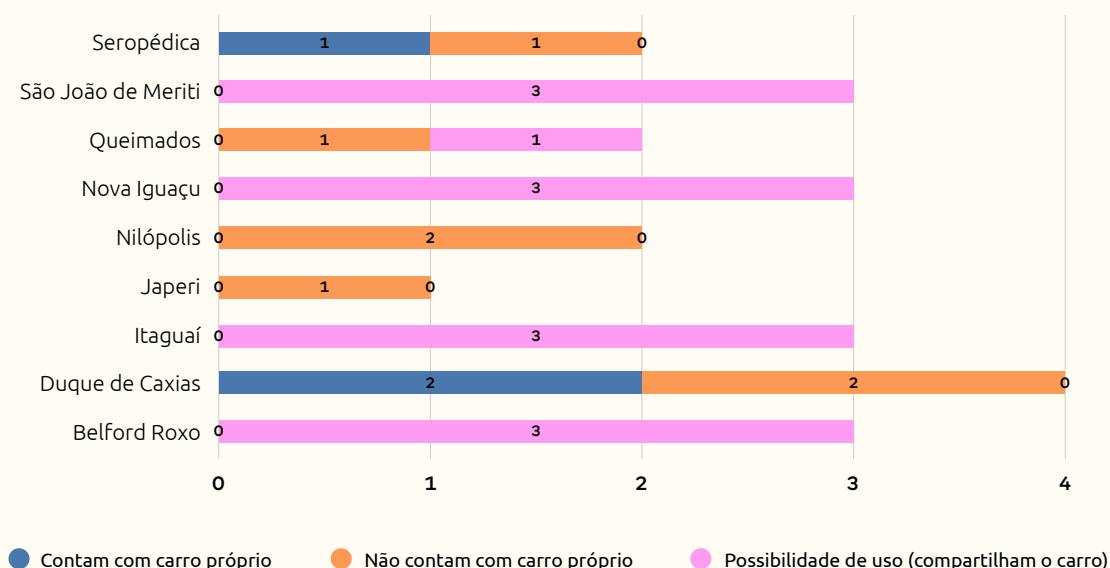
É importante destacar que a atuação na saúde mental, sob a perspectiva da atenção psicossocial, tem o vínculo entre o profissional e o usuário como ferramenta de trabalho. Portanto, o empenho na realização de concursos públicos e na valorização dos servidores do quadro é, além da concretização de um serviço de Estado e não de governo, elemento definidor para a promoção do cuidado continuado às pessoas com transtorno mental.

Mesmo nesse cenário, chamou a atenção da equipe psicossocial da Defensoria Pública, de forma positiva, a qualidade da atuação das equipes locais. Veremos, a seguir, a estrutura material que essas equipes, defasadas, possuíam para a realização de seus trabalhos.

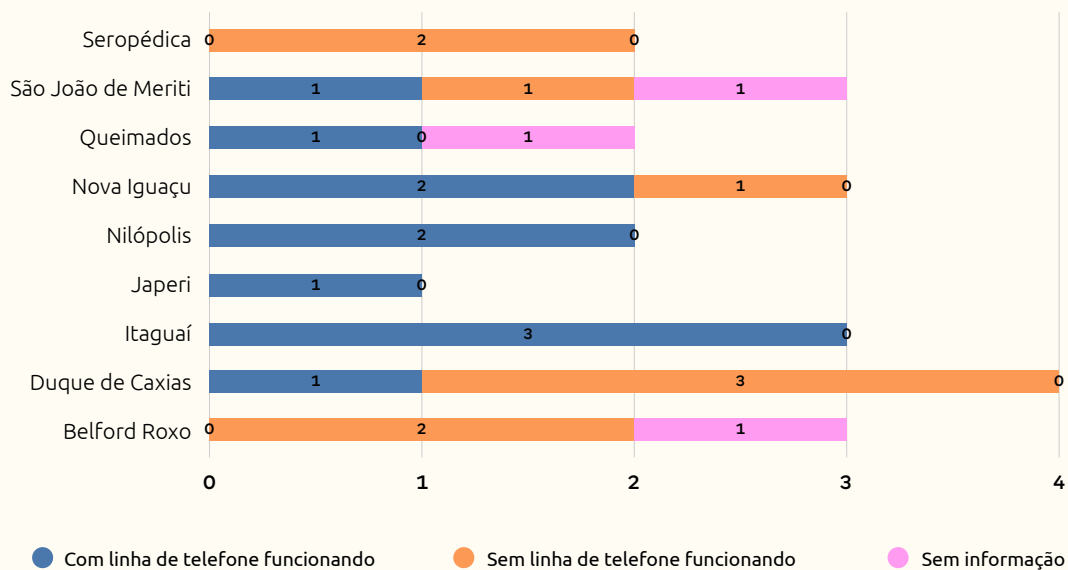
4.1.8 Disponibilidade de material de trabalho para a equipe técnica

As visitas realizadas buscavam conhecer o cotidiano de trabalho e as dificuldades enfrentadas pelas equipes. Foram consideradas as várias ferramentas que tornam o trabalho viável ou, ao menos, facilitado. Os gráficos a seguir abrangem o acesso a veículo, a linha telefônica e, também, a computador, à internet, a impressora e a materiais de papelaria.

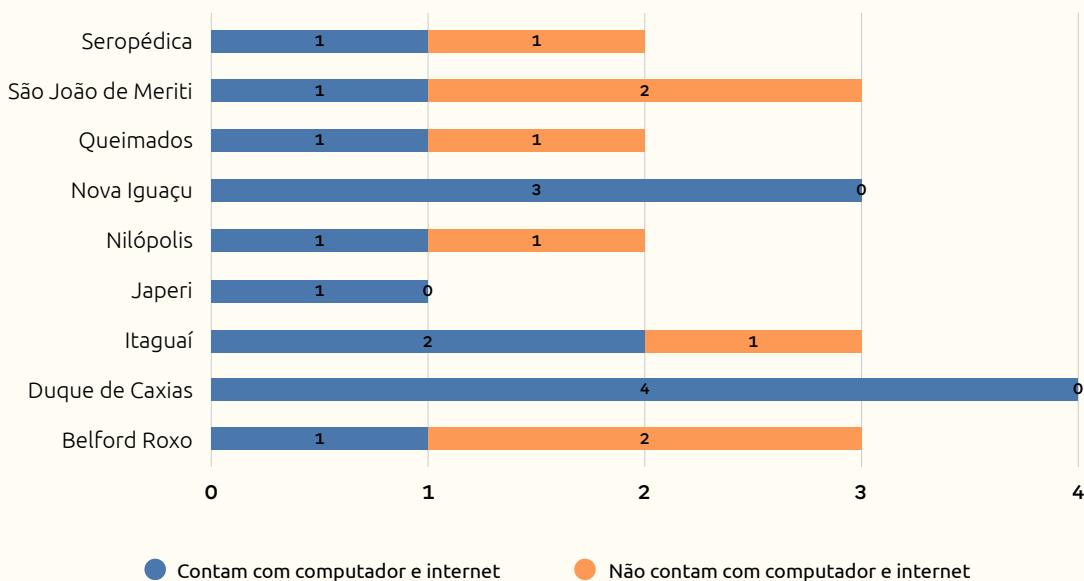
Disponibilidade de veículo para o equipamento



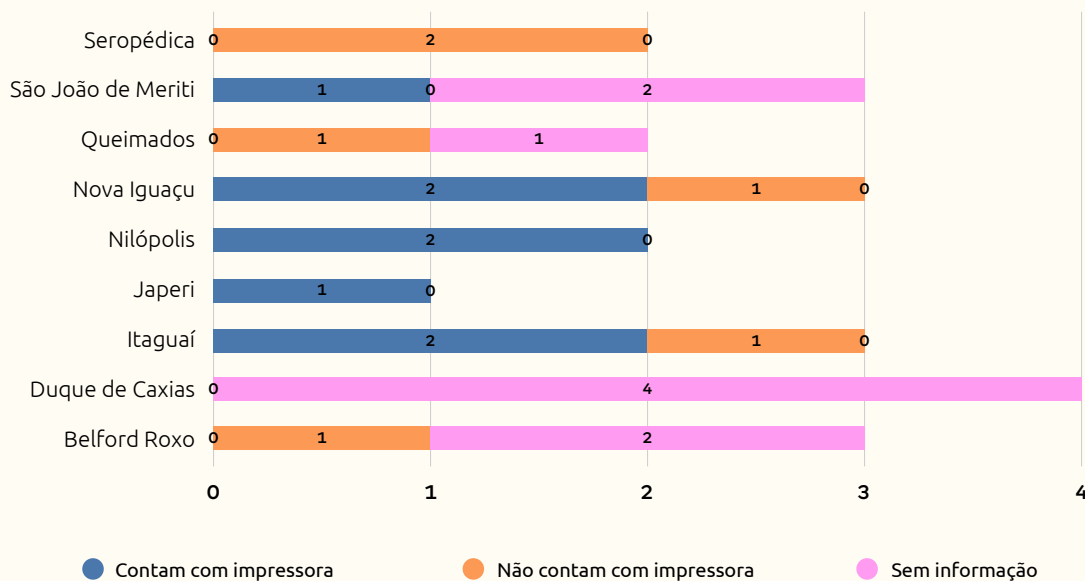
Disponibilidade de linha de telefone



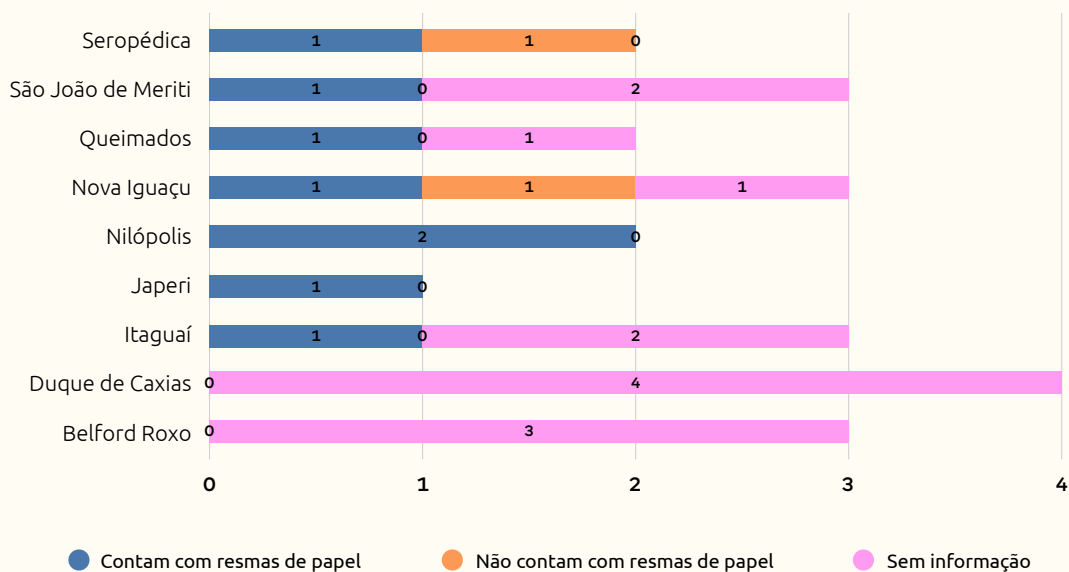
Disponibilidade de computador e internet



Disponibilidade de impressora



Disponibilidade de materiais de papelaria



A disponibilidade de veículo se mostra bastante importante no cotidiano de trabalho de um CAPS, tendo em vista que visitas domiciliares e institucionais fazem parte do escopo de atuação¹²¹. A visita domiciliar é um instrumento utilizado pelos diferentes profissionais, nas diversas

¹²¹ Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde.

políticas públicas, incluindo a Saúde Mental. Closs e Scherer (2017) a definem, na área do Serviço Social:

[...] como um instrumento de trabalho que visa ao conhecimento aprofundado do modo e da condição de vida da população usuária, realizado diretamente no espaço de residência e/ou vivência dos sujeitos, propiciando uma aproximação com o seu cotidiano e com a realidade sócio-territorial vivenciada pelos mesmos.

Tendo em vista que na Saúde Mental trabalha-se a partir da ideia de referência técnica realizada entre profissionais e usuários, as visitas domiciliares possuem dois principais objetivos: escuta e integração da pessoa em sofrimento, também chamada de 'busca ativa' – a equipe vai ao encontro do usuário, oferta o serviço e constrói o vínculo que será a base para a continuidade do acompanhamento e, também, aproximação e capacitação das famílias para que se sintam “segura[s] e confiante[s] para lidar com os problemas suscitados com o convívio com a loucura, evitando as internações recorrentes e a conseqüente alienação social e a cronificação do usuário de saúde mental” (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007, p. 25).

É, portanto, por meio do instrumento da visita domiciliar que se podem identificar os fatores sociais que interferem no processo de saúde-doença, apreender as relações estabelecidas no contexto familiar, o modo como a família vivencia o cuidado em saúde mental e o processo de tratamento da pessoa com transtorno mental.

A realidade mais comum observada acerca da utilização de veículo para transportar as equipes foi a necessidade de compartilhá-los, ou seja, não havia veículo exclusivo para um serviço. Em boa parte dos municípios, esse compartilhamento se dava entre os serviços da RAPS (situação demarcada em verde no gráfico), o que pode ser considerado como positivo, visto ser possível organizar agenda entre eles, os quais, costumeiramente, trabalham de maneira integrada.

Em 30% dos serviços, contudo, não existia veículo sequer para a rede, o que levava à necessidade de agendar o transporte via

prefeitura, em conjunto com todos os demais serviços públicos, situação que burocratizava e, comumente, inviabilizava a realização de atividades externas.

Há uma situação que se apresentou de maneira evidente para a equipe psicossocial da Defensoria Pública durante o “Projeto RAPS”: a má gestão e o subfinanciamento da RAPS, o que gerava ônus para os usuários e profissionais, transferindo para eles uma responsabilidade que é do Poder Público. No eixo do transporte, por exemplo, havia casos em que os profissionais utilizavam seus próprios veículos para a realização das atividades externas e visitas, como no CAPSi de São João de Meriti. Houve, ainda, relatos de voluntários que se ofereciam para desempenhar essa função, em casos emergenciais, a exemplo do CAPSad de Duque de Caxias.

Após a interlocução entre a Defensoria Pública e os gestores municipais, o Município de Itaguaí adquiriu veículo de transporte próprio para o CAPS II. Já o Município de Nilópolis licitou veículo para sua Rede de Atenção Psicossocial.

A disponibilidade de telefone, computador, internet, impressora e material de papelaria diz respeito a uma estrutura mínima de trabalho da equipe técnica. É também a possibilidade de registro de suas atividades, fundamental para a obtenção de verbas e para a produção de dados quantitativos, que informarão sobre a realidade do serviço e também impactarão na destinação de orçamento. Observou-se, com frequência, não haver sistematização da quantidade de pessoas atendidas em serviços que utilizavam apenas prontuários físicos, e isso se dava em decorrência da falta de estrutura disponível.

Do total, onze serviços não possuíam telefone em funcionamento. Belford Roxo e Nilópolis regularizaram as linhas telefônicas após tratativas da Defensoria Pública com os respectivos gestores públicos municipais.

Em quase 35% dos serviços visitados não havia computador com acesso à internet. Dos que possuíam, era comum haver apenas um ou dois para toda a equipe o que, na prática, inviabilizava a utilização das variadas ferramentas tecnológicas que poderiam potencializar a melhoria dos serviços: prontuários eletrônicos, planilhas para elaboração de estatísticas, etc. Impressora era o item mais em falta e, em alguns CAPS, até o fornecimento de papel mostrava-se insuficiente, situação que precarizava o cotidiano de trabalho, podendo ser, por isso, caracterizada como preocupante. Na ausência de recursos materiais na instituição, vários profissionais utilizavam recursos próprios, como enviar um e-mail do computador doméstico, confeccionar relatório e imprimi-lo pelo computador e impressora de casa, utilizar telefone pessoal para fazer contato com usuários e profissionais da rede, fatos que evidenciam um esforço da equipe em dar continuidade ao trabalho.

Após a incidência da Defensoria Pública, o Município de Nilópolis destinou computadores para a saúde mental e diligenciou a regularização do acesso à internet no seu CAPS II.

Apesar dessas dificuldades, as equipes se empenhavam em atuações que visivelmente faziam a diferença na vida dos usuários dos serviços. De acordo com a Portaria GM/MS nº 336/2002, as atuações dos CAPS, em todas as suas modalidades, preveem as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

Nas visitas, verificou-se que a maior parte dessas atividades era realizada por todas as equipes dos serviços visitados, mesmo com a necessidade de adaptações diante de situações adversas, como equipes que não atingiam a quantidade mínima de profissionais ou o atraso de salários dos profissionais. As equipes técnicas dos CAPS se utilizavam de estratégias para não haver descontinuidade na oferta do serviço: adaptavam a realização das atividades previstas em portaria reduzindo, por exemplo, a quantidade de atividades individuais e enfatizando as coletivas. Dentre os serviços visitados, todos realizavam regularmente atendimentos individuais e em grupos.

As atividades menos realizadas pelos serviços foram as comunitárias, desde festividades locais a passeios externos, que só eram realizadas em todos os serviços de Itaguaí e Nova Iguaçu. Em Itaguaí havia a disponibilidade de realização de passeio com ônibus de empresa terceirizada a cada três meses para todos os serviços da rede, que era organizado de maneira escalonada entre os serviços. Em todos os outros municípios, ao menos um CAPS não estava realizando essa atividade. Entende-se que as atividades comunitárias são complexas, pois ultrapassam os muros do serviço e dependem, também, da comunidade do entorno do serviço e da disponibilidade de transporte coletivo. Mesmo assim, é importante manter presente a possibilidade de tais atividades, pois fazem parte das premissas antimanicomiais, constituindo-se efetivação da atenção psicossocial e ferramenta de transformação social.

Outro ponto de destaque nas dificuldades encontradas pelas equipes diz respeito à precariedade ou mesmo ausência de serviços relativos às outras redes das políticas públicas que se interconectam, como da Assistência Social. Em muitos municípios, por exemplo, não há instituições de acolhimento para adultos em situação de rua, um grupo populacional comumente atendido pelos serviços da atenção psicossocial, mas que necessita de abrigo. A falta dessas instituições reverbera nos trabalhos dos CAPS, uma vez que finda por inviabilizar a continuidade do acompanhamento em saúde mental.

Na Saúde, a maioria dos municípios não possui leitos de saúde mental em hospitais gerais, que são importantes para situações de crise psiquiátrica, daí a necessidade de se recorrer a outros municípios, o que nem sempre consegue ser efetivado. O Hospital Geral de Nova Iguaçu (Hospital da Posse) e o Hospital Municipal Moacyr do Carmo, em Duque de Caxias, são as principais referências na região, além de hospitais da capital; há também seis leitos de saúde mental no PAM de São João de Meriti e um no Hospital Municipal São Francisco Xavier, em Itaguaí. Portanto, os outros cinco municípios da região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro não possuem leitos de saúde mental próprios.

Também foi percebido sobrecarga de trabalho no cotidiano dos CAPS quando há falta de profissionais de Psicologia e Psiquiatria na Atenção Básica e/ou ausência de ambulatórios de saúde mental, os quais são responsáveis por demandas consideradas mais leves. Nesses cenários, os CAPS se tornam a única referência para saúde mental, o que pode culminar em desvirtuação dos seus pressupostos e da dinâmica de sua atuação em relação ao público-alvo.

Dentre os municípios visitados, Itaguaí chama a atenção por ter deslocado todos os profissionais da Psicologia para o CAPS, fazendo deste a única porta de entrada para a saúde mental no município, o que exigiu a construção de uma agenda de atendimento – na época da visita da Defensoria Pública, a espera entre o acolhimento inicial e o início, de fato, do acompanhamento, era de três meses.

Essas situações corroboram a importância do conceito e da efetivação de um trabalho em rede, tanto no que diz respeito aos serviços diretamente inseridos na Rede de Atenção Psicossocial, como diversos outros que se constituem como uma extensa rede de cuidados, que necessariamente precisa ser interdisciplinar e intersetorial. Muito já se avançou, e devemos de ressaltar a existência de, ao menos, um CAPS em todos os municípios visitados, os quais, mesmo com diversas dificuldades, efetivam um cuidado em relação às pessoas com transtorno mental. Há também muito a se caminhar, ampliando

e qualificando essas redes, sempre no sentido de aprimoramento e mantendo a lógica antimanicomial, que ainda hoje precisa ser constantemente reafirmada.

4.2 Panorama dos SRTs

Ao longo do “Projeto RAPS”, realizamos visitas a todos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) dos municípios, totalizando vinte e quatro unidades, onde havia duzentas e sete pessoas. Trata-se de um quantitativo considerável de pessoas que possuem histórico de longa internação psiquiátrica. Pelas normativas do Ministério da Saúde, é considerada de longa permanência a internação ininterrupta de dois anos ou mais em hospital psiquiátrico ou de custódia. A realidade encontrada foi a de internações muito mais prolongadas, havendo pessoas que passaram décadas ou mesmo a vida inteira em hospitais psiquiátricos.

Em todos os municípios havia, ao menos, uma residência terapêutica. Em três deles (Japeri, Nilópolis e São João de Meriti), foi-nos informado que não havia mais munícipes em situação de longa internação que estivessem aguardando vaga em SRT para ser transferido, enquanto que em outros dois (Itaguaí e Nova Iguaçu), houve a sinalização de que havia pessoas ainda aguardando tal transferência; nos outros quatro (Belford Roxo, Duque de Caxias, Queimados e Seropédica), essa informação não foi acessada. Isso significava um quantitativo de, no mínimo, vinte e três pessoas dessa região com perfil para estar em residência terapêutica, sem acesso a esse serviço.

Antes de apresentarmos os dados, é importante destacar que o Município de São João de Meriti foi visitado mais de uma vez, pois, na primeira visita, o único Serviço de Residência Terapêutica existente no município estava completamente fora dos padrões, não podendo ser denominado residência, nem qualificado como terapêutico. Acompanhamos o processo de reestruturação do serviço, que passou a ser dividido em quatro unidades, e, a seguir, os protocolos

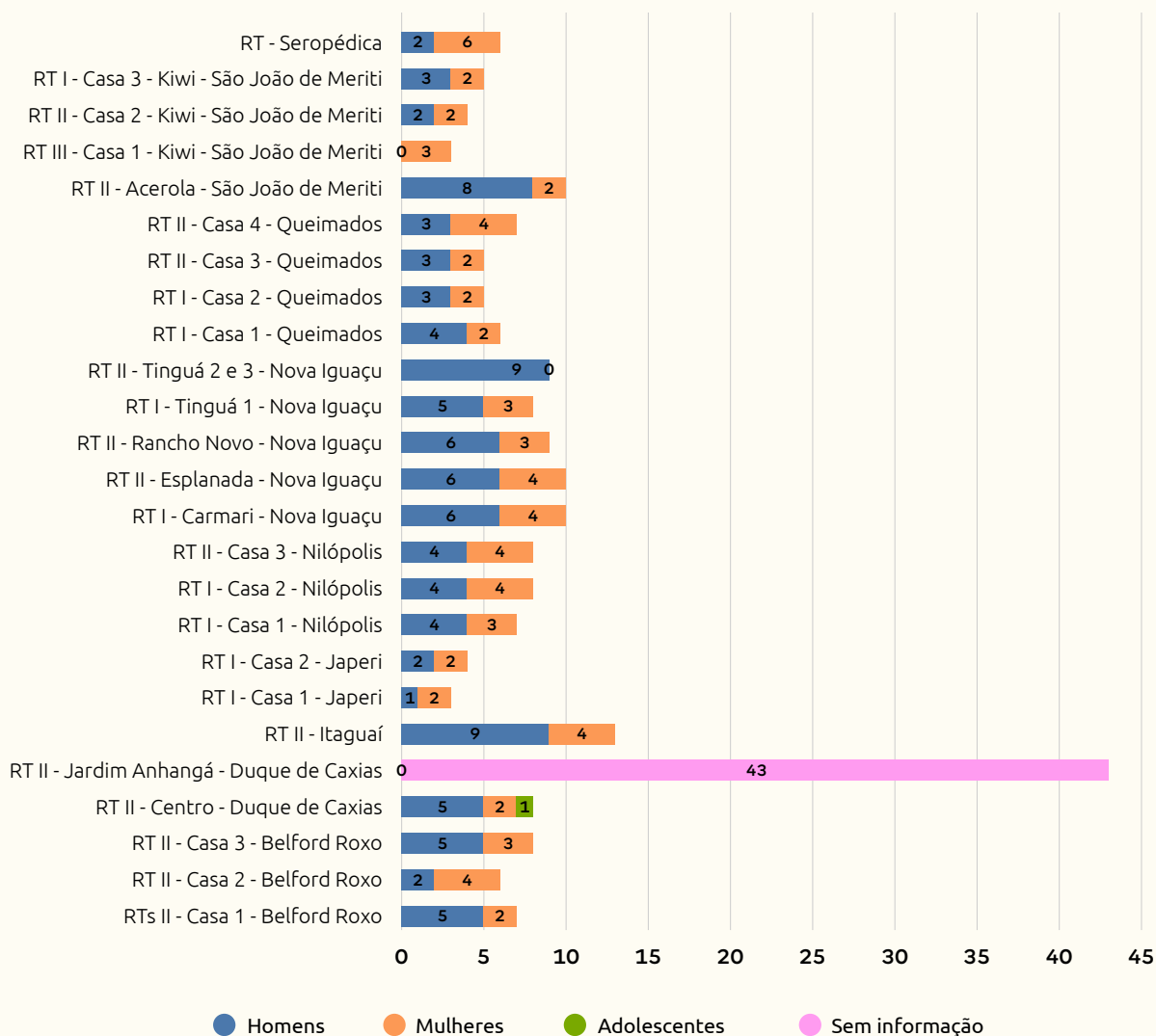
de uma residência terapêutica. São esses quatro serviços que serão apresentados nos dados referentes a esse município.

A seguir, apresentaremos os dados sistematizados a partir dos relatórios das visitas realizadas ao longo do projeto. Para melhor organização, dividimos as análises em eixos, os quais seguem o roteiro elaborado pela equipe da Defensoria Pública.

4.2.1 Perfil dos moradores

Uma primeira apresentação do perfil dos moradores das residências terapêuticas visitadas é relacionado ao gênero.

Número de usuários por equipamento



Conforme demonstrado neste gráfico, há uma predominância do gênero masculino, totalizando noventa e nove, em contraposição ao gênero feminino, que totalizava sessenta e cinco pessoas. Destaca-se que, em um dos serviços de Duque de Caxias, no qual residiam quarenta e três pessoas, essas informações não foram detalhadas. Um ponto importante de realce é a existência de um adolescente entre os moradores da RT Centro de Duque de Caxias na época da realização da visita.

Outro aspecto importante para conhecermos o perfil e o contexto dos moradores diz respeito ao contato com seus respectivos familiares. Na definição de SRTs constante nas normativas, como na Portaria GM/MS nº 106/2000, esses serviços são destinados a pessoas “que não possuam suporte social e laços familiares” (art. 1º, parágrafo único), e o acompanhamento profissional possui, dentre seus objetivos, a reconstrução dessas referências.

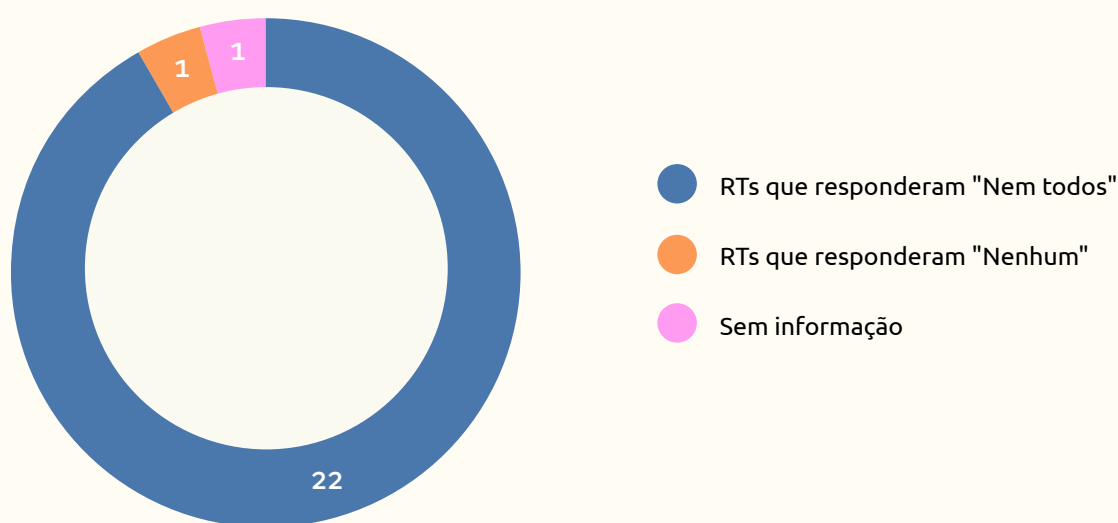
Na impossibilidade de pormenorizar a situação de cada morador – por questões organizacionais e éticas – e na busca por quantificar um tema que constitui um aspecto subjetivo, construímos a categoria “recebem visita de familiares”, a qual não encerra a questão do vínculo. É possível existir vínculo sem a manutenção de visitas, as quais podem ser inviabilizadas em virtude das condições financeiras da família, por exemplo. Também é possível acontecer visitas e não haver (ainda) vínculo (re)construído. Destaca-se, ainda, que a frequência do contato é bastante variada, podendo ser semanal, mensal, anual ou esporádica. Optamos por agregar qualquer forma de visita a essa categoria e apresentar a divisão por serviço visitado.

Pondera-se que, não necessariamente, os moradores tiveram seus vínculos familiares rompidos. Eles podem ter sido afastados do convívio familiar em razão de a família não possuir condições de assumir o cuidado de que eles necessitavam. Logo, pode-se entender que a existência de vínculo não pressupõe, exclusivamente, em todos os casos, a coabitação. No sentido de elucidar tal apontamento, cabe

mencionar o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de 2006, que explica:

“A diferença entre “família”, como rede de vínculos, e como “domicílio” também tem um importante caráter operacional no interior de programas e serviços sociais, pois há vínculos que definem obrigações legais entre pessoas que não moram no mesmo domicílio e que são reconhecidas e se reconhecem como “família”, como no caso de crianças e adolescentes que não residem com pelo menos um de seus pais”.

Todos os moradores recebem visita de familiares?



Observa-se que em nenhum serviço todos os moradores recebem visita de familiares e que apenas em um serviço nenhum deles recebe visita (SRT Rancho Novo de Nova Iguaçu). Isso significa que o mais comum é apenas parte dos moradores de cada residência terapêutica vivenciar o contato com familiares. Essa situação demonstra, por um lado, a atuação das equipes no sentido de viabilizarem essa aproximação, em concordância com as diretrizes do serviço. Por outro lado, faz parte da história de vida dessas pessoas o rompimento de vínculos familiares e sociais e/ou o afastamento do convívio familiar impostos pela lógica de segregação, através da internação psiquiátrica de longa duração, o que ainda é realidade. Assim, a falta de visitas e contatos é decorrente de situações de total rompimento familiar, não havendo, muitas vezes,

qualquer registro de dados familiares no histórico daquela pessoa que esteve sujeita à internação por anos ou décadas.

Outro aspecto do perfil estipulado pelas normativas do Ministério da Saúde para as residências terapêuticas é o histórico de longa internação em hospitais psiquiátricos ou de custódia, que é definida como dois anos ou mais, de maneira ininterrupta (Portaria GM/MS nº 106/2000, art. 2º – A). Nas visitas aos serviços, encontramos a maior parte dos moradores internados há muito mais do que dois anos, muitos deles tendo passado décadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia, notadamente na Clínica Dr. Eiras, em Paracambi, fechada em 2012.

Havia, também, pessoas com histórico de longa institucionalização, mas em órgãos da Assistência Social ou, ainda, pessoas em acompanhamento por CAPS que não possuíam vínculo familiar ou que o perderam em virtude de morte ou abandono de familiares e foram, então, inseridas em residências terapêuticas. Essas pessoas, apesar de não se encaixarem no perfil estrito previsto na normativa, encontram nesse tipo de serviço um local adequado para suas necessidades.

Uma questão importante que nos chamou a atenção foi a recorrente falta de informações acerca do histórico dessas pessoas. Comumente, o percurso delas antes de chegarem às residências terapêuticas era realizado de maneira oral entre os cuidadores e outros profissionais dos SRTs ou dos CAPS que trabalhavam com essas pessoas, havendo poucos registros escritos. A maior parte dos hospitais pelos quais essas pessoas passaram era de natureza pública ou conveniada, o que significa que, direta ou indiretamente, as pessoas internadas estavam sob tutela do Estado, mas mesmo assim não se manteve registros. Há pessoas que tiveram seu histórico resgatado em virtude de familiares de outros moradores que se lembravam daquela pessoa quando das visitas aos hospitais – permanecendo o registro oral. Longe de culpabilizar os profissionais atuais, essa situação demonstra o quanto a história de vida das pessoas com transtorno mental ainda sofre de invisibilidade em nossa sociedade.

Também ouvimos relatos de inserção em SRTs de pessoas sem nenhuma das características que justificam a permanência nesses serviços. Percebe-se confusão ou mau uso das residências terapêuticas por gestores ou por operadores do Direito, especialmente quando não há no município serviços de acolhimento institucional. Essa justificativa não pode ser usada para desvirtuar o caráter residencial e voltado a pessoas com transtorno mental que necessitam de apoio. Os SRTs são importante instrumento no processo de desinstitucionalização e na mudança cultural acerca das pessoas com transtorno mental. Cabe ressaltar que a desospitalização é parte do processo de desinstitucionalização, uma mudança de paradigma que rejeita as práticas do modelo asilar, o qual também se fez presente nas relações sociais, nos ritos de serviço e nos manejos dos profissionais de saúde¹²².

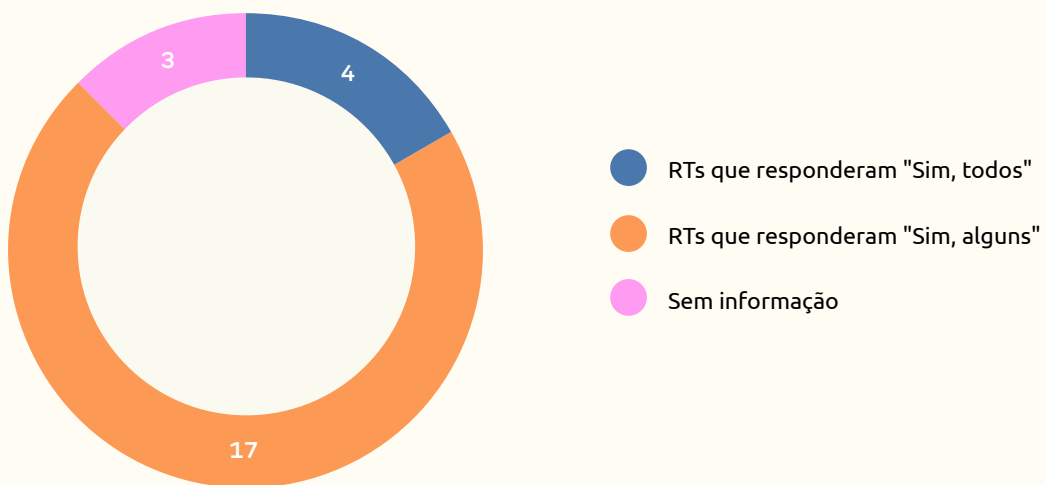
Um ponto relevante sobre o qual, infelizmente, não foram colhidos dados é o da questão racial. Conforme aponta Rachel Gouveia Passos, em “Holocausto ou Navio Negreiro?: Inquietações sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira” (2018), a violência manicomial no Brasil recaiu, sobretudo, em grupos minoritários, entre eles negros e negras. Ao longo do texto, a autora indaga se, tendo em vista esse histórico, seria correto chamar o percurso manicomial no Brasil de Holocausto ou, então, se seria melhor chamá-lo de Navio Negreiro. A autora denuncia e problematiza o apagamento da questão racial no Brasil, nas pesquisas da academia sobre a Reforma Psiquiátrica, e o “esquecimento” do autor Frantz Fanon. É necessário observar as políticas públicas por meio do recorte racial e, assim, delimitar nuances do racismo enquanto sistema de opressão. Planeja-se a inclusão da coleta de dados sob esse prisma na expansão do “Projeto RAPS” para a Região Metropolitana II e as demais regiões a serem visitadas em continuidade ao projeto.

A Portaria GM/MS nº 106/2000 afirma que é dos gestores do Sistema Único de Saúde a atribuição de estimular políticas de cooperação

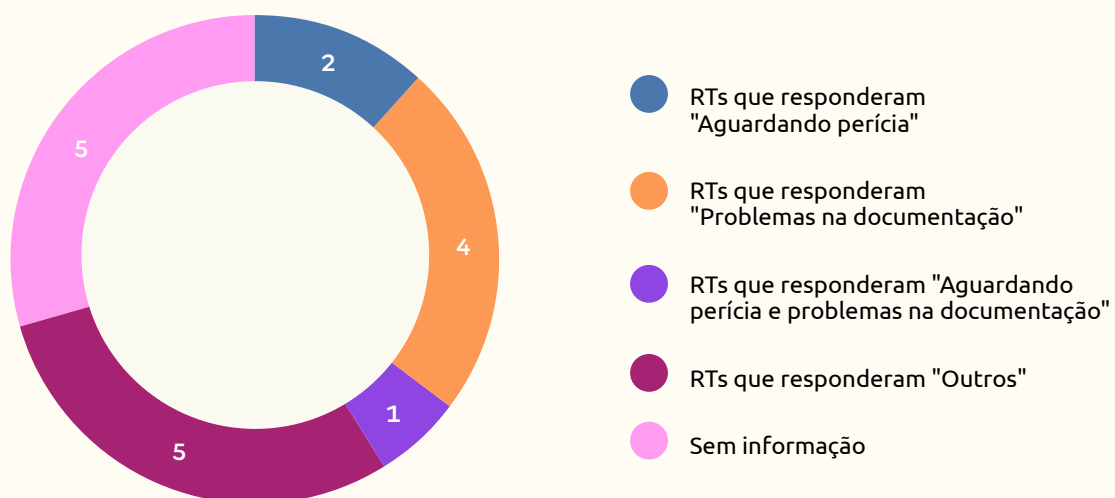
¹²² ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICACIO, M. F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990, 2a ed., p. 89-99.

entre os órgãos de governo e para ofertar serviços para o público das residências terapêuticas. Dentre esses serviços, a normativa menciona, expressamente, o apoio para obtenção de benefícios pecuniários. Para avaliar se os gestores vinham cumprindo essa atribuição, formulamos os três gráficos a seguir, que permitem visualizar o nível de acesso aos benefícios assistenciais e previdenciários, as principais dificuldades na obtenção de benefícios e a forma do seu gerenciamento nos serviços.

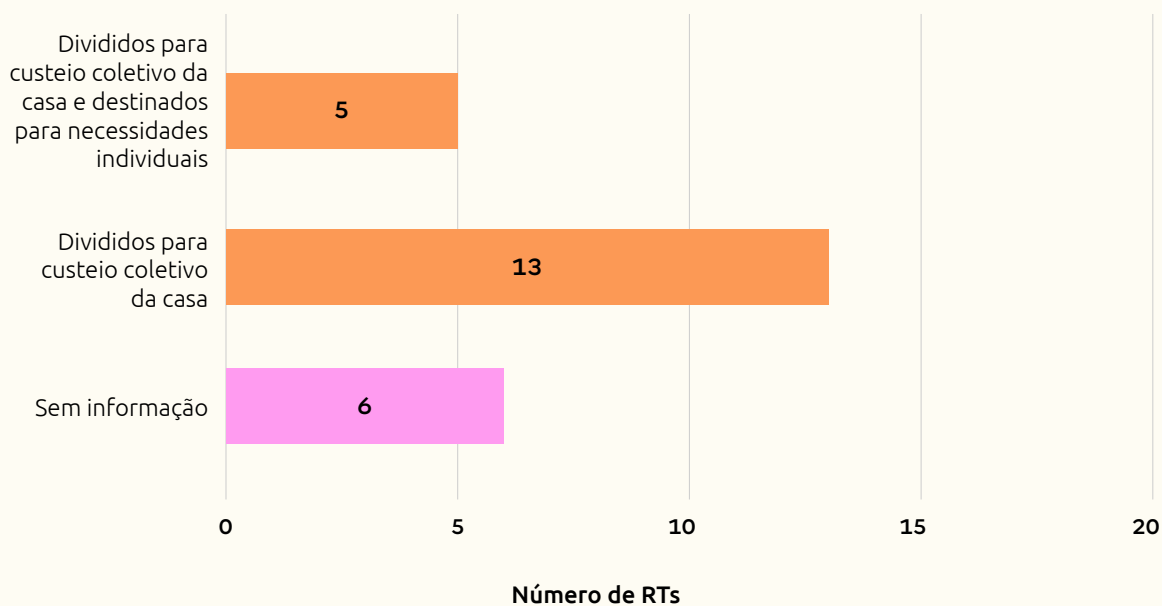
Os moradores possuem algum benefício assistencial e previdenciário?



Principais entraves para o não recebimento de benefícios previdenciários e assistenciais por moradores de RTs



Principais formas de gerenciamento dos benefícios dos moradores



Embora seja um serviço público de saúde, que deve ser inserido na rede pública de serviços, em dezessete dos Serviços Residenciais Terapêuticos visitados havia, pelo menos, um morador que não recebia benefícios previdenciários. Em cinco dos serviços, os benefícios não eram recebidos por ainda existirem problemas de acesso à documentação dos moradores. Ou seja, mesmo residindo em um serviço público e sendo oriunda de instituições de longa internação, havia uma parcela significativa de pessoas que ainda não conseguia ter acesso à documentação. Parte dessas pessoas, inclusive, estava submetida à situação de sub-registro civil de nascimento, ou seja, nunca tiveram seu nascimento registrado em cartório.

Chamou a atenção o fato de que, na maior parte dos SRTs, os benefícios recebidos pelos moradores eram divididos para o custeio coletivo das casas e para despesas que deveriam ser custeadas pelo Poder Público, como complementação da alimentação ofertada, da compra de medicamentos que estivessem em falta nas farmácias públicas e de insumos de limpeza. Ou seja, os moradores dos SRTs precisavam arcar com parte dos custos de manutenção do serviço.

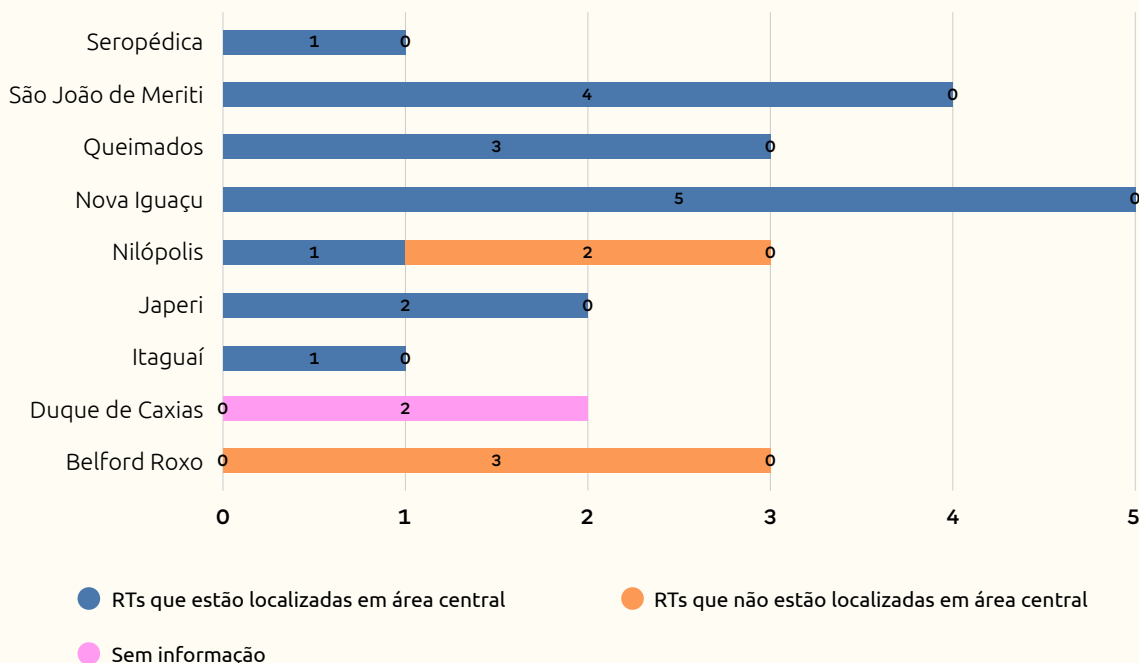
Os moradores das residências terapêuticas sem aptidão para os atos da vida civil, frequentemente, eram curatelados pelos cuidadores dos serviços. Com a grande rotatividade no quadro de profissionais, havia bastante demanda jurídica pelo ajuizamento de ações de curatela, bem como para alteração do curador, que vinha sendo absorvida pelas Promotorias e órgãos da Defensoria Pública com atribuição nos locais onde estavam situados os serviços.

4.2.2 Estrutura dos serviços

A criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, como já abordado anteriormente, está inserida em um processo amplo de reforma psiquiátrica antimanicomial. A Portaria GM/MS nº 106/2000 já antecipava a mudança de paradigma que veio a se consolidar no ano seguinte à sua publicação, com a edição da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). Em vários momentos dessa portaria, há menção à necessidade da inserção desses novos serviços na comunidade, da vedação de estarem situados nos limites de unidades hospitalares e de sua vinculação necessária à rede pública de serviços de saúde. Nela, também, está consignado que é objetivo do SRT promover a reinserção de seu público na vida comunitária. Todas essas exigências, trazidas pela normativa mencionada, são mais facilmente cumpridas se o serviço localizar-se na área central do território onde está situado.

Abaixo segue o gráfico relativo à localização dos SRT dentro dos municípios.

Localização do serviço



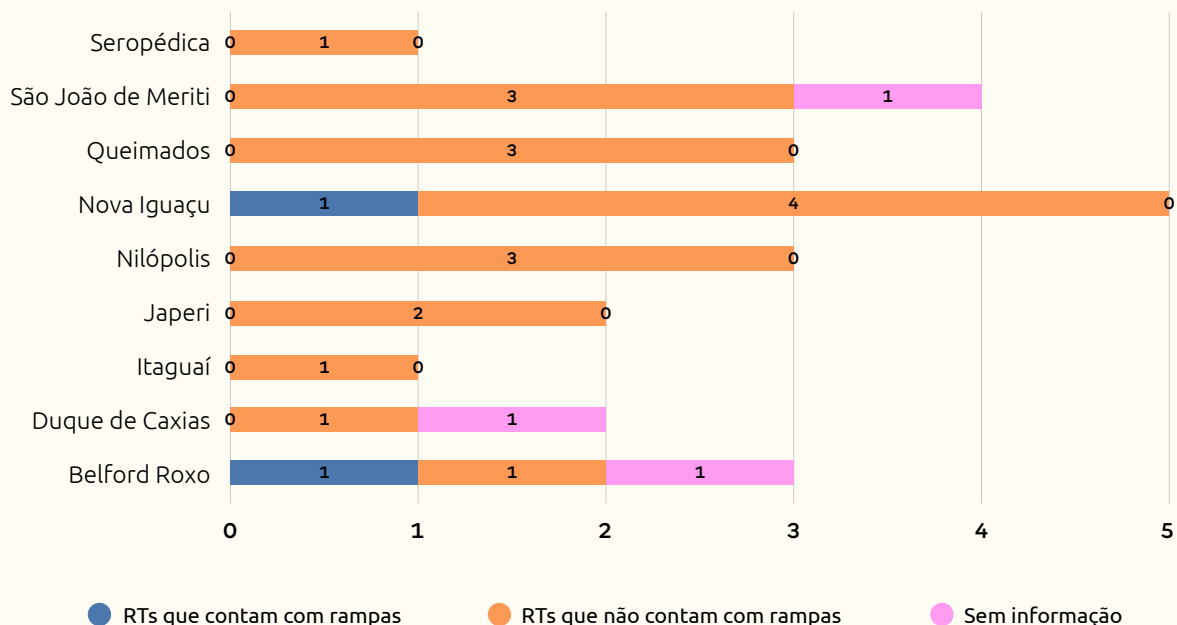
Conforme podemos observar no gráfico acima, encontramos dezessete SRTs localizados em regiões centrais de seus municípios, provavelmente próximos ao comércio, aos meios de transporte público, etc., localização que contempla a normativa que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos – a Portaria GM/MS nº 106/2000 – no âmbito do SUS, como “espaço de moradia que garanta o convívio social, reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução dos laços familiares”.

No entanto, é importante destacar que o mesmo direito não está sendo garantido a moradores de cinco desses serviços (os três SRTs de Belford Roxo e dois SRTs de Nilópolis denominados Casa 1 e Casa 2), cujas localizações não propiciam as melhores condições para que se cumpra a proposta de inserção na comunidade, presente na normativa.

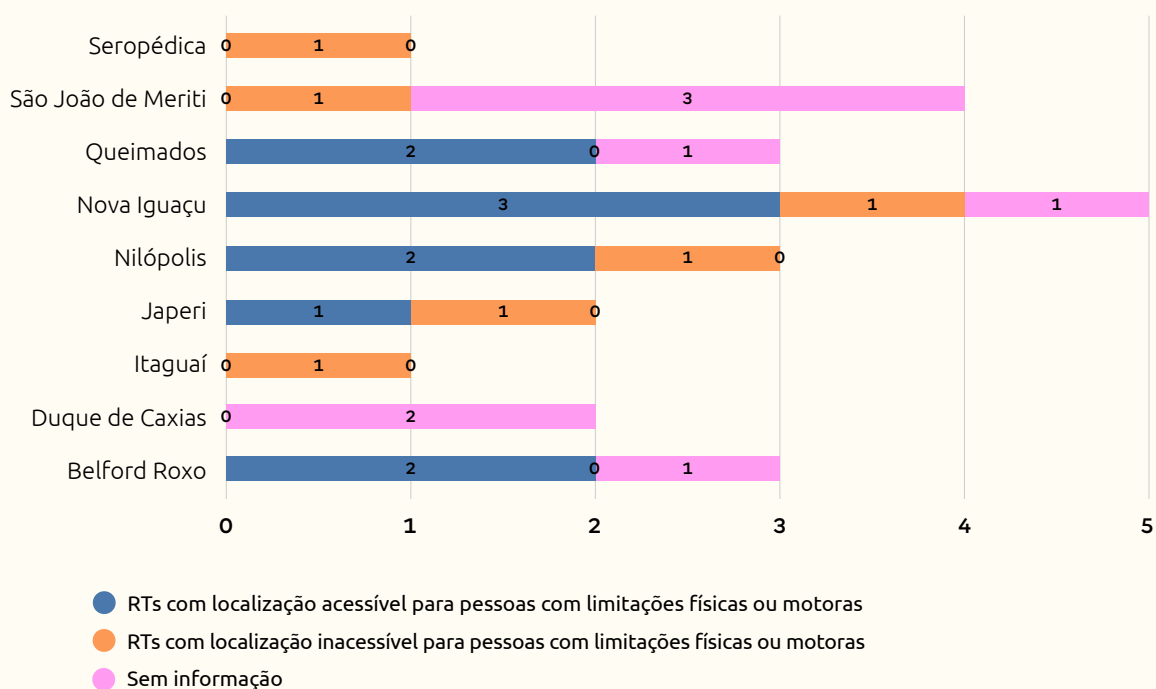
No que tange à acessibilidade, garantida como direito de usufruto de cidadania e de participação social pela Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), encontramos, nos

Serviços Residenciais Terapêuticos, uma realidade parecida com aquela dos CAPS, o que reforça a ideia de que, mesmo na área da saúde, há uma dificuldade de integrar a cultura dos direitos que garantiria a todos os cidadãos, sem quaisquer discriminações, o exercício dos direitos garantidos constitucionalmente e sublinhados pela legislação citada.

Existência de rampas



Acessibilidade para pessoas com limitações físicas ou motoras



A grande maioria dos SRTs, dezenove entre os vinte e quatro serviços visitados, não contava com rampa de acesso, o que dificultava, se não impossibilitava, a mobilidade de pessoas com deficiências físicas ou comprometimento motor, principalmente as que precisavam se locomover em cadeiras de rodas. Apenas o SRT Casa 3, do Município de Belford Roxo, e o SRT Rancho Novo, do Município de Nova Iguaçu, possuíam tais rampas em um de seus serviços. Vale destacar que somente dez dos Serviços Residenciais Terapêuticos visitados estavam em localização acessível para pessoas com limitações físicas ou motoras. Seis desses serviços não apresentavam tais condições e não se obteve informação sobre oito deles.

Cabe mencionar que, na análise da acessibilidade do serviço, a equipe da Defensoria Pública se ateve, apenas, à acessibilidade para pessoas com deficiências motoras.

A fim de padronizar a avaliação estrutural dos Serviços Residenciais Terapêuticos, foram criados, a partir das disposições do art. 6º da Portaria GM/MS nº 106/2000, critérios para que os cômodos obrigatórios (banheiro, cozinha, dormitório, sala de estar e área de serviço) fossem avaliados levando-se em conta se atendiam ou não aos requisitos mínimos. O dispositivo normativo mencionado caracteriza, apenas, os seguintes cômodos: sala de estar, dormitórios, copa e cozinha. Nos demais cômodos, os critérios foram construídos pela equipe da Defensoria Pública para o “Projeto RAPS”, de modo que oferecessem, minimamente, conforto e comodidade aos usuários dos serviços.

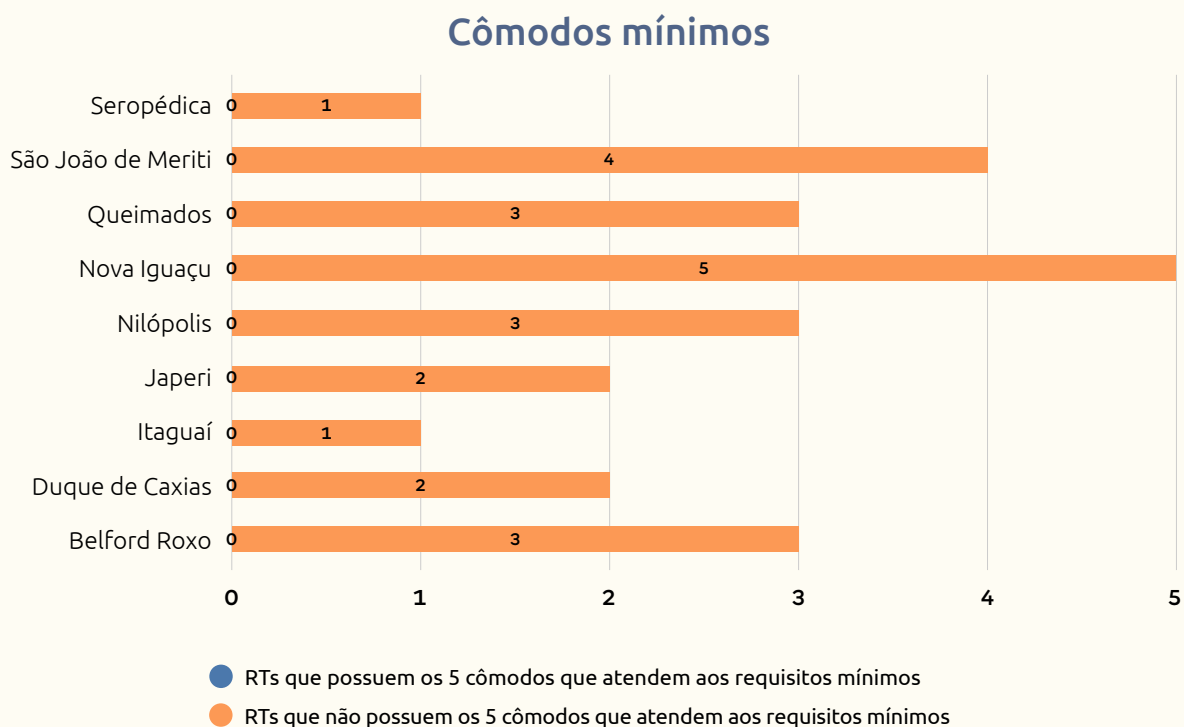
Considerou-se que um SRT possuía banheiros que atendiam aos requisitos mínimos quando todas as seguintes perguntas eram respondidas positivamente: 1) Todos os banheiros são acessíveis e têm pia, espelho, vaso sanitário, chuveiro, box, barra de apoio ao lado do vaso sanitário e dentro do box? 2) Todos os banheiros têm porta? 3) A pia de todos os banheiros tem torneira que funciona e encanamento para escoar a água? 4) As descargas de todos os vasos sanitários estão

funcionando? 5) Todos os vasos sanitários têm tampa e assento? 6) Há rolo de papel higiênico ao lado dos vasos sanitários? 7) Há água quente no chuveiro?

Já na avaliação da cozinha, todas as seguintes perguntas deveriam ser respondidas positivamente: 1) A cozinha possui armário, filtro de água e eletrodomésticos suficientes e em funcionamento? 2) Há água potável? 3) Existem pratos, copos e talheres para todos os moradores?

Os dormitórios deveriam atender positivamente a todas as seguintes perguntas: 1) Todos os quartos são divididos por gênero? 2) Os quartos têm portas? 3) Cada um dos quartos tem até três camas? 4) Existem armários dentro de todos os quartos? 5) Existe espaço individualizado para cada morador guardar pertences pessoais?

A sala de estar deveria ter mobiliário suficiente para o conforto e a comodidade dos usuários. E, por fim, a área de serviço deveria contar com tanque, máquina de lavar, varal e armário. A análise a partir desses critérios resultou no seguinte gráfico.



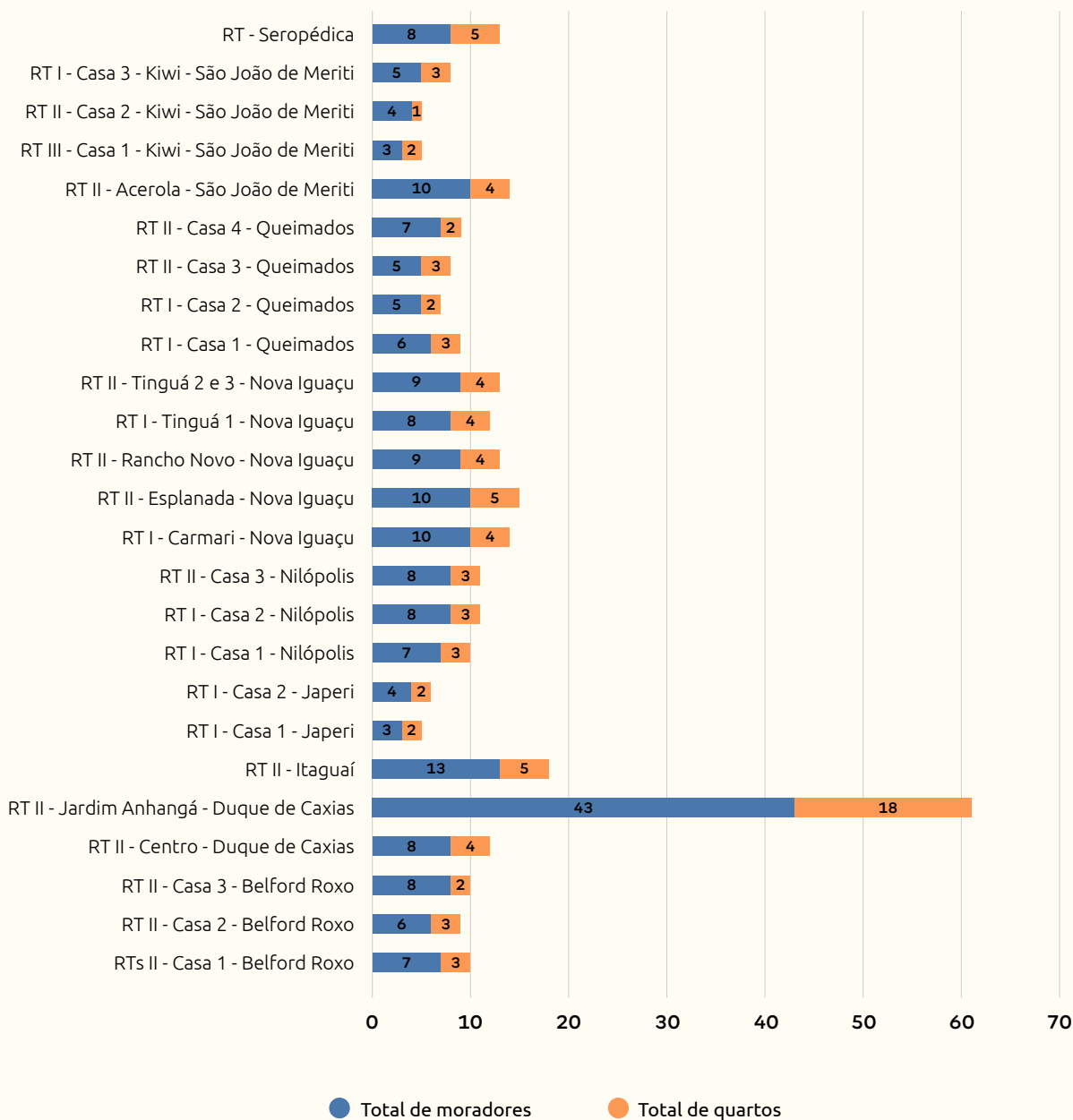
Em que pese essa classificação tenha sido elaborada a partir de requisitos mínimos previstos na normativa mencionada, nenhum Serviço Residencial Terapêutico visitado foi capaz de atender, simultaneamente, a todos os parâmetros.

4.2.3 Quantidade e acomodação dos moradores

Outra questão da organização do serviço que se faz importante na caracterização de um espaço como residência é o número de quartos e a distribuição dos moradores nestes. De acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, cada Serviço Residencial Terapêutico deve contar com, no máximo, oito ou dez moradores, a depender se do tipo I ou II, respectivamente, classificação que indica as condições de autonomia dos usuários – os SRTs de tipo II se destinam àqueles com menor grau de autonomia e com limitações físicas. O art. 6.2.1 dessa portaria determina ainda um máximo de até três moradores por quarto em cada Serviço Residencial Terapêutico. Isso ocorre para evitar a superlotação e permitir que cada morador tenha seu espaço mais individualizado.

O “Projeto RAPS” da Defensoria Pública avaliou, além desse critério, se a divisão dos quartos se fazia ou não de acordo com o gênero dos moradores. No entanto, a equipe multiprofissional de cada serviço avaliava a distribuição nos quartos seguindo critérios próprios, como compatibilidade dos moradores entre si, moradores que passaram pela longa internação em conjunto etc., desde que observado o limite máximo ditado pela portaria. Vejamos a situação encontrada:

Avaliação estrutural - total de moradores e quartos

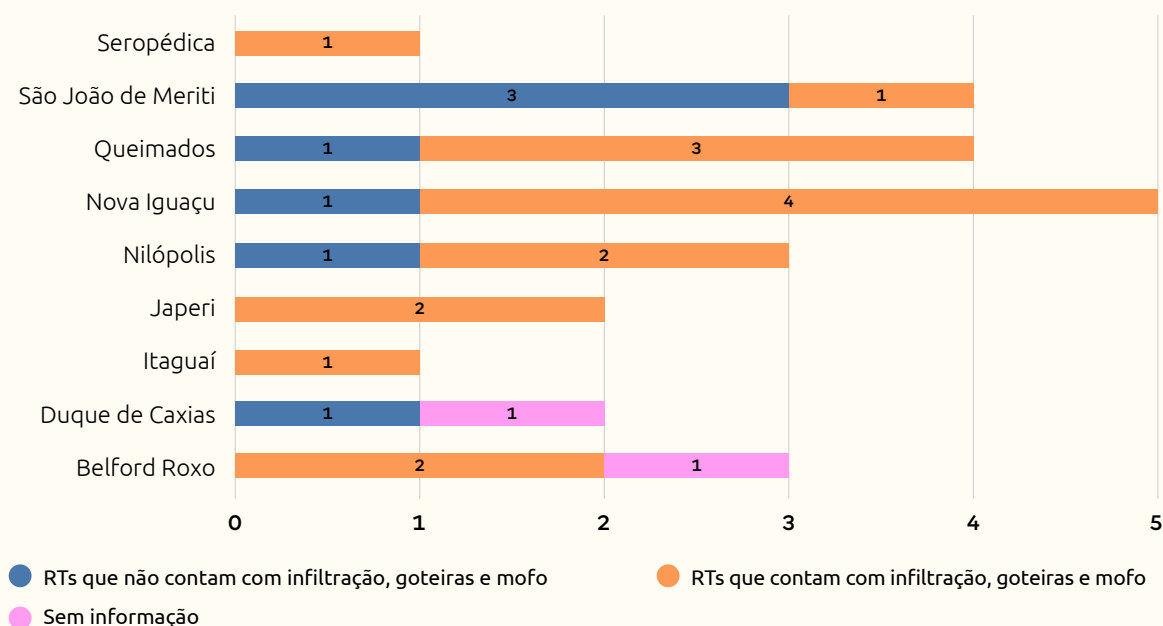


A maioria dos SRTs estava de acordo com a normativa. Chama a atenção a situação do serviço denominado Jardim Anhangá, em Duque de Caxias, com um elevado número de moradores. Tratava-se da organização de uma vila, com seis casas, cada uma com três quartos. A organização de cada uma das casas seguia o modelo preconizado tanto em relação ao número total de moradores, como à distribuição por quarto, porém, na habilitação, constava como apenas um serviço e não seis, em desacordo, portanto, com a normativa.

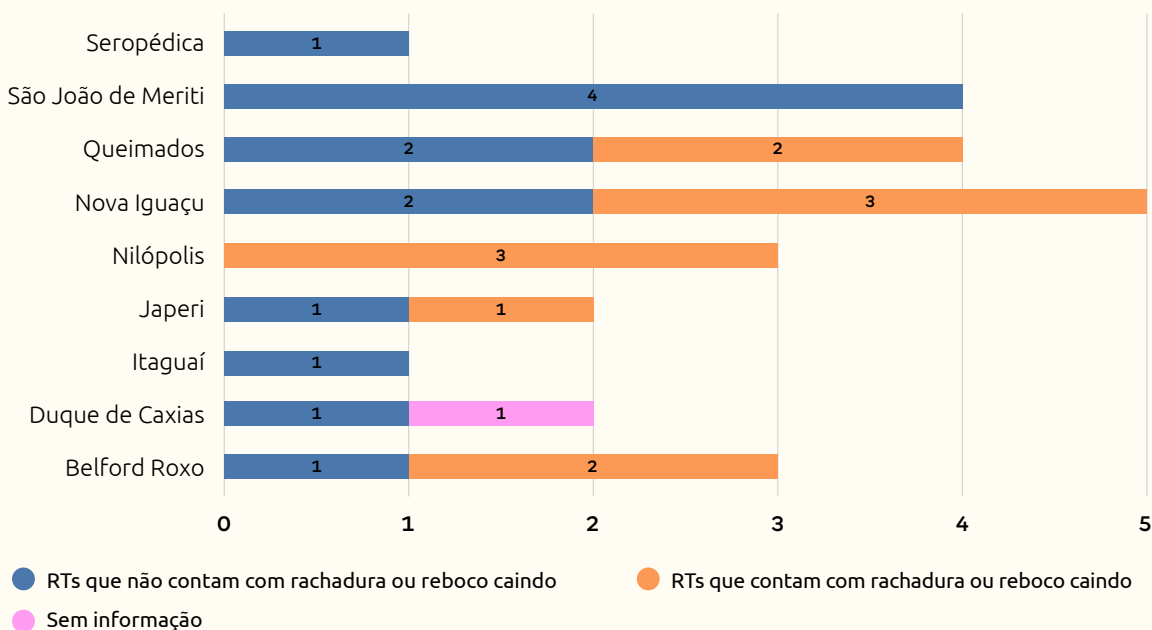
Em relação à quantidade total de moradores, outros dois serviços também estavam em desacordo com a portaria: a RT I Carmari, em Nova Iguaçu, e a RT II de Itaguaí.

As casas também foram avaliadas em relação às suas condições de salubridade. Algumas apresentavam problemas severos, e outras apresentavam problemas menores ou não os apresentavam. O “Projeto RAPS” avaliou, sobretudo, se havia rachaduras ou reboco caindo, se a casa necessitava de pintura e se havia infiltrações, goteiras e mofo.

Salubridade das instalações: infiltração, goteira e mofo



Salubridade das instalações: rachaduras e queda de reboco



Durante o “Projeto RAPS”, foram encontradas quinze residências terapêuticas com infiltrações, goteiras e mofo, e onze com rachaduras e com o reboco caindo, que demonstra que os serviços com condição de salubridade comprometida eram maioria entre os vinte e quatro serviços visitados. Além dos possíveis perigos estruturais para os imóveis, no caso das rachaduras e infiltrações, e dos desafios à saúde dos moradores, no caso do excesso de umidade, as condições encontradas, na maioria dos serviços, demonstravam descaso ou impossibilidade de manutenção por falta de verbas.

Seja qual for o motivo das precárias condições dessas moradias, elas evocavam desalento o que, provavelmente, tinha repercussão negativa no bem-estar de seus moradores, os quais, egressos de situações tão desumanas, como internações prolongadas em instituições psiquiátricas, mereceriam, bem ao contrário, condições de vida que contribuíssem para elevar a sua autoestima e a sua sensação de bem-estar.

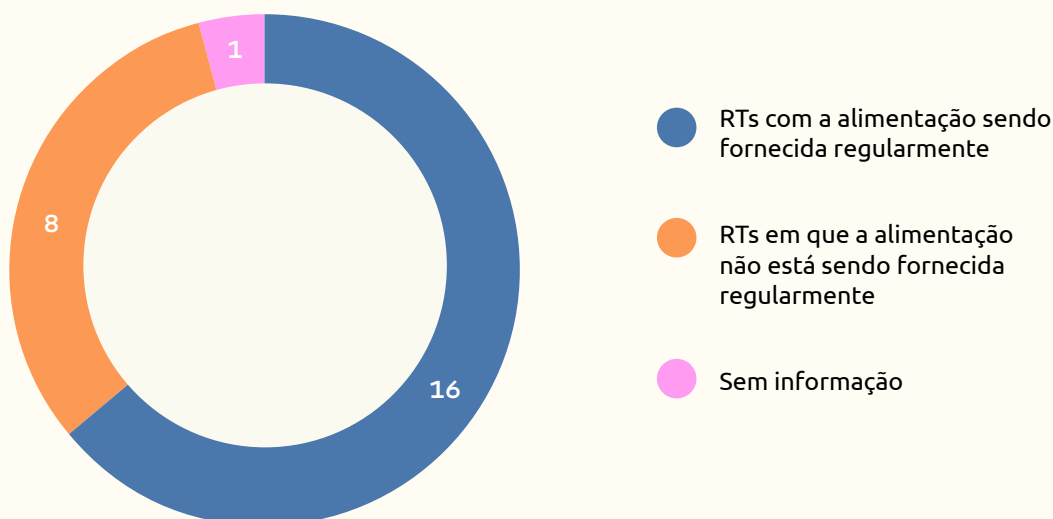
Alguns municípios conseguiram superar seus problemas infraestruturais, realocando os moradores para casas mais salubres e íntegras ou, então, reformando as já existentes. Em Belford Roxo, uma das residências terapêuticas foi reformada e adaptada aos moradores com dificuldades motoras, e os moradores das demais casas estão em processo de realocação. Nilópolis é outro exemplo em que a nossa intervenção estimulou consertos hidráulicos e a abertura de licitação para a compra de mobiliário. Observou-se que as Secretarias de Saúde de alguns municípios encontravam dificuldades frente a alguns locatários que proibiam grandes reformas em suas propriedades.

De acordo com o art. 2º, parágrafo único, inciso VI da Lei da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, é direito da pessoa com transtorno mental ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. Nos serviços visitados, no entanto, era comum encontrar linhas de telefone inoperantes, o que inviabilizava o acesso à esse direito. Dos vinte e quatro serviços visitados, em apenas nove deles a linha de

telefone foi encontrada em funcionamento. Em outros nove, não funcionava. Em seis serviços, a informação não foi coletada pela equipe da Defensoria Pública. É importante ressaltar que, além de direito dos moradores, o telefone é importante instrumento de trabalho para as equipes multiprofissionais dos serviços, que não raramente se viam obrigadas a fazer articulações com outros serviços e demais contatos a partir de seus telefones pessoais.

4.2.4 Fornecimento de alimentação e medicação

Regularidade e suficiência da alimentação



O fornecimento de alimentação foi avaliado em duas dimensões: regularidade e suficiência. A primeira diz respeito à periodicidade do recebimento de alimentos pelos serviços, seja em gêneros alimentícios ou em quentinhas, enquanto a segunda diz respeito à quantidade de alimentos em relação aos moradores.

É necessário destacar que alguns serviços não estavam recebendo, havia meses, qualquer tipo de alimentação, como em Belford Roxo, Japeri e Queimados. Nesses casos, as rendas dos próprios moradores eram utilizadas para as compras de supermercado e para as refeições. Em outros serviços, foi requisitado à gestão municipal um aumento no

recebimento de quentinhas ou gêneros alimentícios. Além do evidente ônus para os moradores das residências terapêuticas, foram relatados casos em que os próprios trabalhadores dos serviços arcavam com os custos alimentícios.

Conforme aponta o gráfico, oito das residências terapêuticas visitadas não apresentavam alimentação fornecida regularmente. Desses, os SRTs dos Municípios de Belford Roxo e Queimados regularizaram o fornecimento após as visitas da Defensoria Pública. Em Japeri, houve a regularização temporária com a compra de cestas básicas.

Deve-se ressaltar a importância desse tópico, sobretudo para egressos de longa internação. O planejamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos extrapola a questão da moradia, envolvendo, também, a “construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado” (Portaria GM/MS nº 106/2000): vestuário, higiene, formas de comunicação, aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos e alimentação, com a consequente inserção (desses serviços e de seus moradores) na rede social existente. Todos esses aspectos, portanto, possuem relevância no processo de (re)construção das habilidades no sentido da autonomia de cada pessoa.

Na interlocução com os gestores, sugeriu-se, por vezes, a admissão de nutricionista para a elaboração de cardápios especiais para usuários de toda a RAPS e para moradores das residências terapêuticas, quando necessário. Essa foi uma demanda apresentada pelas equipes multiprofissionais dos serviços, em virtude de alguns moradores apresentarem doenças como diabetes e hipertensão arterial, que requeriam restrições alimentares para as quais se fazia especialmente importante o cuidado com a alimentação. Os profissionais responsáveis pela feitura dos alimentos, normalmente os cuidadores, que buscavam atender para essas questões, ora fazendo adaptações no momento de cozinhar, ora deixando de servir determinados alimentos no prato de quem necessitava de cardápio especial.

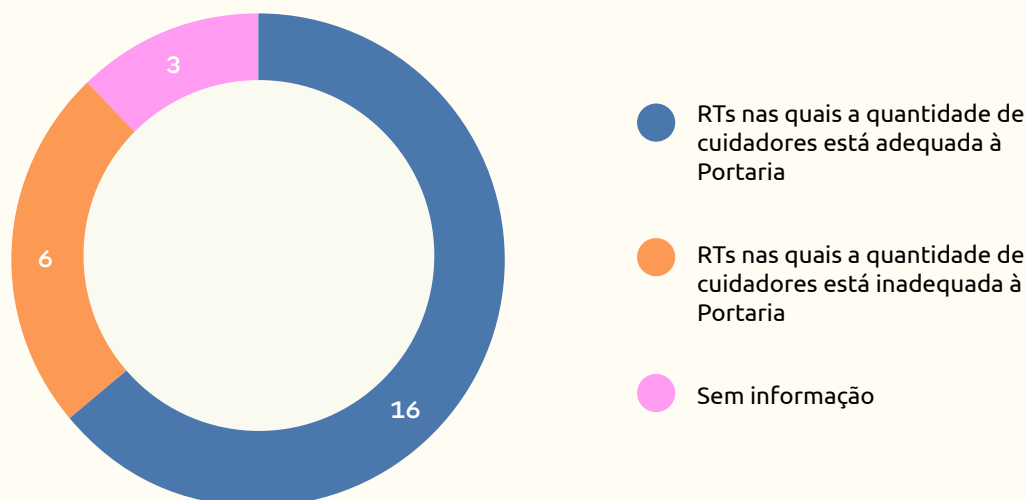
Um fator importante que só recentemente passou a receber a devida atenção em nossos relatórios foi o abastecimento de água potável nos serviços. Assim como se verificou nas visitas aos CAPS, identificamos falta de abastecimento de água filtrada em parte das residências terapêuticas. Os dados colhidos foram insuficientes para gerar um gráfico satisfatório.

4.2.5 Adequação à equipe mínima preconizada

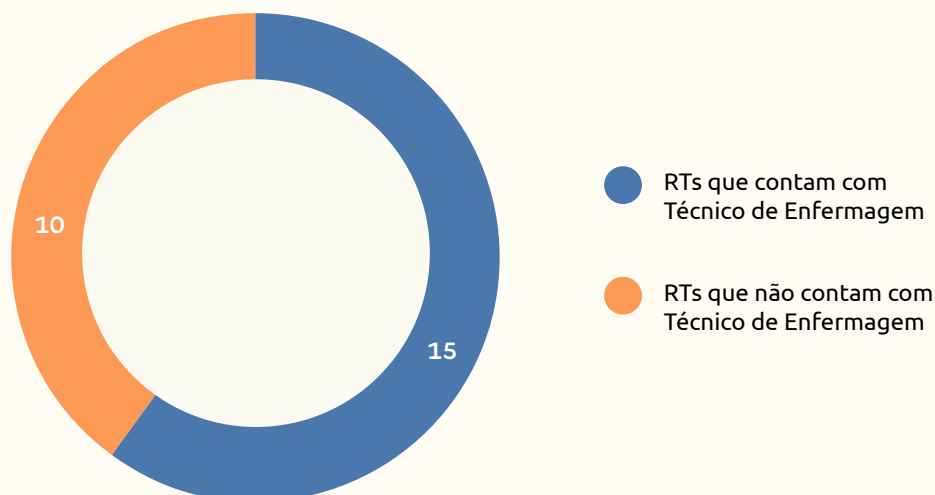
Como já destacado na avaliação da adequação à equipe multiprofissional mínima, na seção anterior destinada aos Centros de Atenção Psicossocial, a existência de equipe multidisciplinar é essencial para o funcionamento do serviço. A Portaria GM/MS nº 106/2000 cria critérios de equipe mínima distintos para os Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme o seu tipo. Para os SRTs do tipo I, cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. Para os SRTs do tipo II, cada módulo deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. No único anexo da normativa, encontramos a proporção recomendada de profissionais para esse último tipo: para cada dez moradores deve haver, preferencialmente, cinco cuidadores em regime de escala e um técnico de enfermagem diário. Em ambos os tipos, os módulos residenciais devem estar vinculados a um serviço ou equipe de saúde mental de referência para receber suporte técnico.

Nos relatórios das visitas institucionais realizadas pela Defensoria Pública, há a informação sobre a adequação do serviço à equipe multiprofissional mínima, sintetizada nos dois gráficos abaixo.

Quantidade adequada de cuidadores conforme a portaria GM/MS Nº 106/2000



Disponibilidade de técnico de enfermagem



No que diz respeito aos cuidadores, a maioria dos Serviços Residenciais Terapêuticos (dois terços) está de acordo com a previsão de equipe multiprofissional mínima da normativa. Uma situação comumente encontrada nos serviços que não contavam com o número mínimo de cuidadores era referente aos períodos de licenças ou férias desses profissionais, pois não havia quem os substituísse durante o período de seu afastamento (que é um direito), o que resultava em sobrecarga de trabalho para os demais que permaneciam, os quais tinham que, eventualmente, dobrar turno de plantão.

Ainda no que tange aos cuidadores, cabe pontuar uma reclamação frequente das equipes das residências terapêuticas: a assunção de funções de limpeza da casa, o que significava mais uma sobrecarga de trabalho. Muito embora essa realidade tenha sido encontrada na maioria dos serviços, a equipe da Defensoria Pública encontrou onze residências terapêuticas em que havia profissionais denominados como auxiliares de serviços gerais (ASG), os quais assumiam a tarefa da limpeza, enquanto os cuidadores responsabilizavam-se pelos cuidados propriamente ditos dos moradores. Salienta-se que esse tipo de profissional não consta como exigência nas normativas, mas a escuta dos profissionais, nos serviços visitados, levantou a questão sobre as funções exercidas pelos cuidadores.

Também foram encontradas situações em que a admissão dos profissionais se dava como ASG para exercer função de cuidador, num nítido desvio de função, como ficou evidenciado no Município de Seropédica. Além disso, nem sempre havia a exigência de formação, e a capacitação especializada na área de saúde mental não era comumente disponibilizada pela gestão. A grande maioria dos profissionais mantinha contrato com a Prefeitura enquanto prestadores de serviço, o que configurava a precariedade da relação profissional e também contribuía para dificuldades na execução do trabalho, especialmente nesse tipo de atuação, em que o vínculo é um dos principais componentes. Apenas em Itaguaí e em Queimados parte dos profissionais era concursada.

Em relação aos profissionais técnicos de enfermagem, é importante apontar que, apesar de constar como presença obrigatória apenas nos Serviços Residenciais Terapêuticos de tipo II, a equipe da Defensoria Pública encontrou esses profissionais nas equipes de algumas residências de tipo I. Por outro lado, foi constatada a ausência de técnicos de enfermagem em alguns Serviços Residenciais Terapêuticos de tipo II de alguns municípios. Assim, optamos por apresentar esse contingente de profissionais em um único gráfico, reunindo os SRTs de ambos os tipos. Observamos a existência de técnicos de enfermagem em 62,5% dos serviços. Ressalta-se que, nem sempre, esses profissionais se encontravam diariamente no serviços.

Sua presença era mais comum em dias alternados, o que dependia da carga horária de trabalho do profissional.

Desmembrando os Serviços Residenciais Terapêuticos pelo tipo, encontramos o seguinte cenário: dos dez serviços de tipo I, cinco dispunham de técnico de enfermagem em seu quadro; dos quatorze serviços de tipo II, nove contavam com esse profissional. Portanto, cinco serviços que deveriam ter a presença de técnico de enfermagem não dispunham desse profissional, enquanto outros cinco contavam com a sua presença, apesar de esta não ser exigida.

A disponibilidade desse profissional, embora indicada nas normativas, merece uma reflexão. Nas visitas realizadas pela Defensoria Pública, os profissionais descreviam suas funções com relação, principalmente, à rotina de administração de remédios via oral e eventual administração de remédios injetáveis, função esta que só pode ser exercida por técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico. Em algumas ocasiões, quando só havia um cuidador na casa, eram estes os responsáveis por acompanhar algum morador em consulta médica ou exames.

Levando em consideração que as residências terapêuticas se caracterizam como moradia, é importante ponderarmos acerca da presença fixa de profissionais de saúde dentro de uma casa, na medida em que deveria haver serviço de saúde de referência ao qual os moradores deveriam ter fácil e amplo acesso. A mistura de ambiente residencial e de cuidados de saúde sempre foi vivenciada por essas pessoas, que possuem longo histórico de internação. E, exatamente em decorrência desse histórico, pode ser estratégico separar o ambiente de moradia daquele do cuidado especializado, utilizando-se dos serviços de saúde da região para esse fim. Isso também significa uma valorização dos serviços da atenção básica, que devem estar acessíveis a todas as pessoas, entendendo-os como parte da rede.

4.2.6 Atividades

Faz-se importante, novamente, salientar que os Serviços Residenciais Terapêuticos devem responder à necessidade de moradia

e, portanto, estar localizados no espaço urbano, onde seus moradores podem ter fácil acesso aos demais serviços da comunidade.

Os moradores dos SRTs devem ser acompanhados pelos CAPS, locais onde realizam atividades terapêuticas, de acordo com o seu projeto terapêutico singular. As equipes dos CAPS e as equipes dos SRTs devem trabalhar conjuntamente, visando inserir os moradores em serviços e programas, além de estimular e promover atividades cotidianas que aumentem a sua autonomia e qualidade de vida.

Embora a necessária qualidade de vida dos moradores dos SRTs já seja discutida por uma perspectiva psicossocial, na qual é atribuída importância aos aspectos subjetivos do bem-estar e da satisfação pessoal, envolvendo os relacionamentos sociais, o bem-estar mental, emocional e físico, o que percebemos durante as visitas foi uma grande ociosidade dos usuários desses serviços.

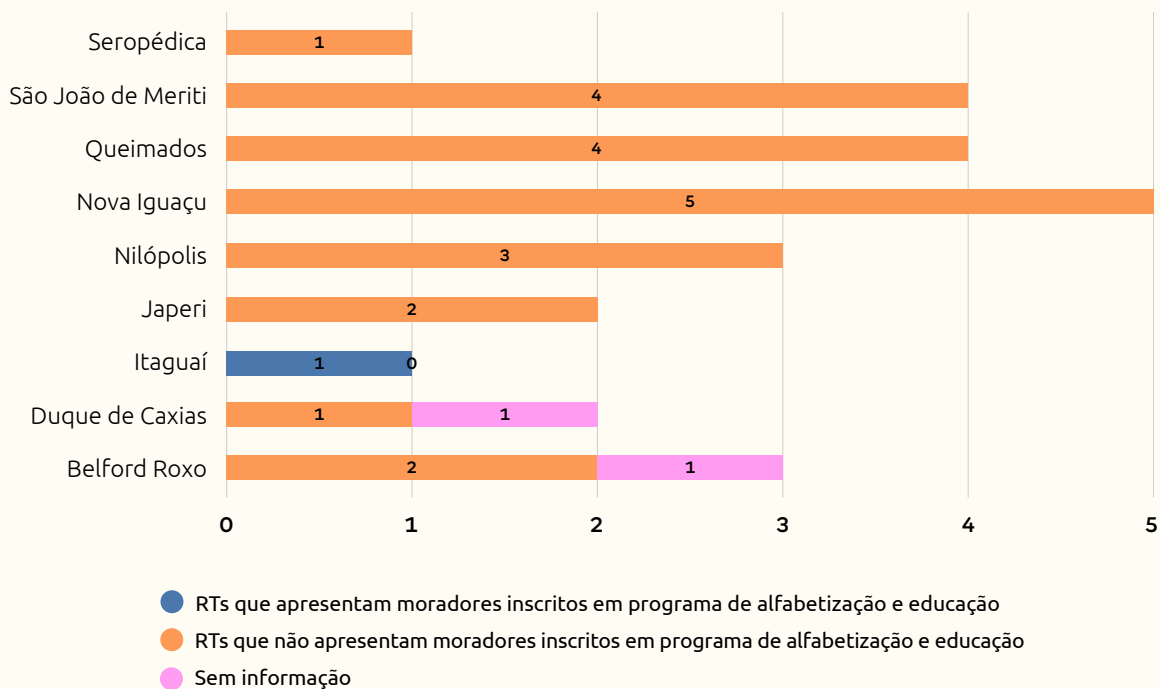
Como veremos nos gráficos a seguir, a maioria dos SRTs não possuía moradores inseridos em programas de alfabetização ou de outro nível educacional. De todos os municípios visitados, apenas o SRT de Itaguaí tinha moradores matriculados e que frequentavam o sistema educacional.

Quando se tratava de Programas de Geração de Renda, a situação se tornava ainda mais grave, pois nenhuma residência terapêutica visitada mantinha parceria com Programas de Geração de Renda ou incentivo ao trabalho. Obtivemos a informação de que, em certas residências, alguns poucos moradores faziam trabalhos manuais e os vendiam na comunidade, por iniciativa própria e de maneira esporádica. Todavia, apesar do incentivo das equipes, não se pode considerar essa ação como projeto ou programa propositivo e continuado.

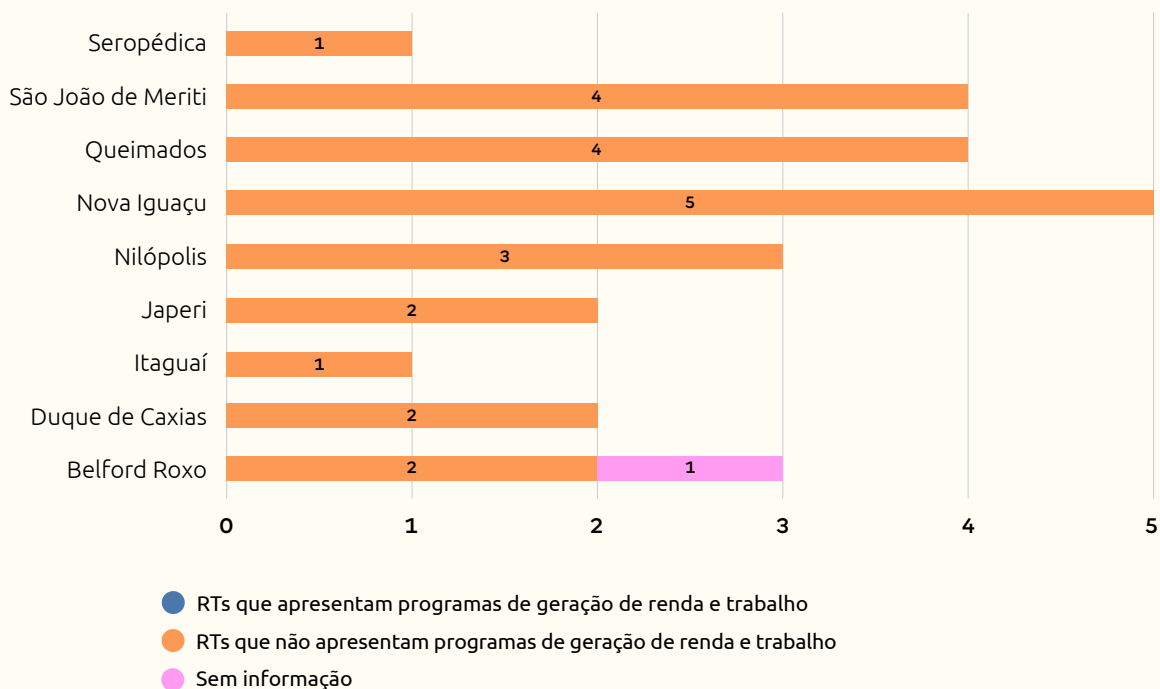
É importante atentar para esse aspecto, pois programas de geração de renda através de oficinas, por exemplo, além de estimularem a autonomia financeira dos moradores, permitem o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades, contribuindo para a elevação

de sua autoestima. Uma vez que são uma atividade de inclusão social, têm como base a Reforma Psiquiátrica antimanicomial, que busca o rompimento de práticas de exclusão.

Programa de alfabetização e educação

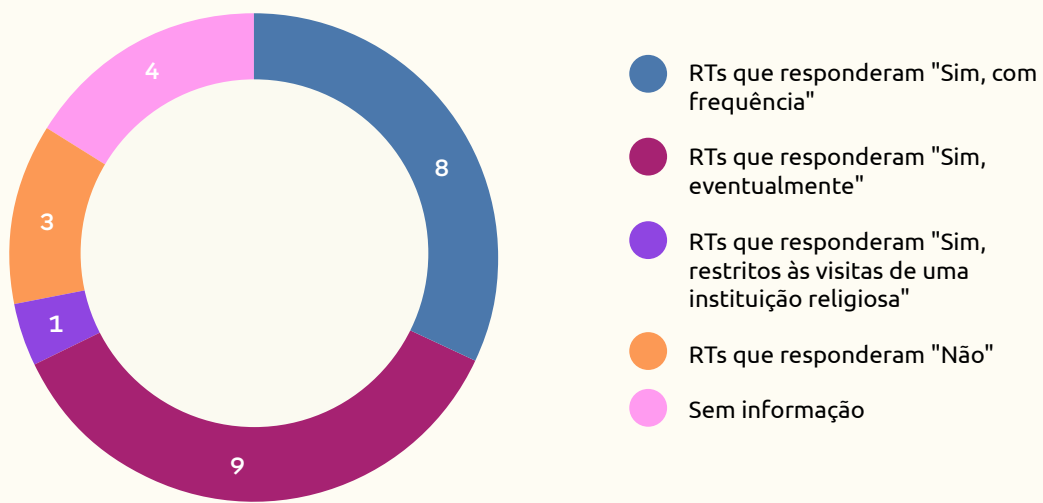


Programa de geração de renda e trabalho

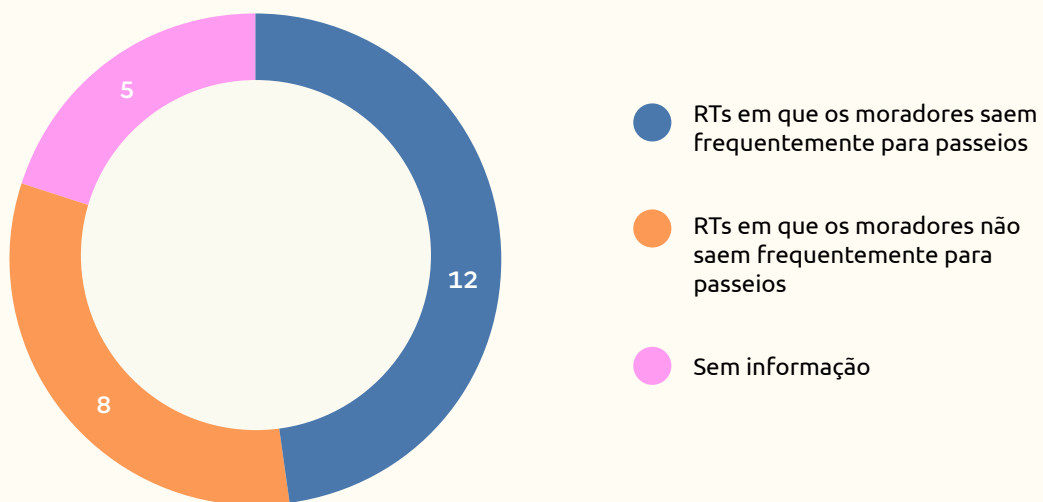


Além das inserções sistemáticas em atividades de estudo e trabalho, é objetivo dos Serviços Residenciais Terapêuticos a garantia do convívio social, a promoção da construção de laços afetivos e de reinserção no espaço da cidade (Portaria GM/MS nº 106/2000). Por isso, é importante conhecermos a relação dos moradores com o espaço comunitário externo à residência. Os gráficos a seguir apresentam informações sobre a interação dos moradores com a comunidade ao redor de cada casa e a realização de passeios.

Os moradores interagem com a comunidade ao redor?



Saída para passeios dos moradores das RTs



No primeiro gráfico, vimos que, em pelo menos 75% dos SRTs, seus moradores interagem, em alguma medida, com a comunidade do entorno. A forma dessas interações dependia do grau de autonomia dos moradores, sendo comumente realizadas com o acompanhamento de profissionais. As principais interações sociais narradas foram idas ao mercado e outros estabelecimentos comerciais próximos e a frequência a espaços religiosos.

Em muitos municípios, ouvimos relatos da necessidade da atuação inicial da equipe do serviço para informar à vizinhança sobre as características dos moradores da casa e sobre o trabalho que ali era realizado, bem como sobre as possibilidades de participação e de apoio que as pessoas da região poderiam oferecer. Era comum a confusão com os serviços de “portas abertas”, como os CAPS, ou com as instituições de acolhimento para pessoas em situação de rua.

Depois dessa primeira ambientação, geralmente não havia mais relatos de reclamações ou de dificuldades de aceitação pela vizinhança. Essa interação faz parte de todo projeto terapêutico singular e, portanto, dos objetivos dos SRTs, que são os de buscar autonomia, promover a convivência social e a reinserção no espaço da cidade.

Já as saídas para passeios mostraram-se menos frequentes, eram realizadas por apenas metade dos SRTs visitados. Quando aconteciam, os destinos relatados eram museus e parques, muitas vezes na capital, proporcionando momentos de desfrute para os moradores, segundo relatos dos profissionais que os acompanharam. Esse é mais um exemplo da importância dos efeitos terapêuticos gerados pela promoção de outras experiências com a cidade e com os espaços públicos por parte de pessoas com transtornos mentais vindas de internações psiquiátricas de longa permanência.

Uma dificuldade comumente apresentada como justificativa para a realização de passeios foi a disponibilidade de veículos. Conforme vimos na seção referente aos CAPS, enquanto parte dos municípios gerenciava o uso de apenas um veículo para todas as áreas da Prefeitura,

a outra parte – em um panorama um pouco melhor – disponibilizava apenas um veículo para a rede de saúde mental inteira, tornando ainda mais burocrático o acesso ao veículo. Importante ressaltar que, para passeios que envolviam um maior número de pessoas, era necessário o uso de van ou ônibus, o que requeria uma maior negociação junto à Prefeitura. Na maioria das cidades, a equipe da Defensoria Pública sugeriu mudanças no sentido de que a gestão municipal viabilizasse o transporte das equipes para atividades cotidianas, como também possibilitasse o transporte dos moradores dos SRTs para a realização de passeios.

São muitas as dificuldades encontradas, principalmente estruturais, mas é fundamental destacar e reafirmar a importância dos Serviços Residenciais Terapêuticos como estratégia de desinstitucionalização e de modificação de uma cultura segregacionista. A história das moradoras e dos moradores que visitamos nos mostra o quão recente é este processo de mudança de lógica e a imperiosa reflexão contínua para que se efetivem mudanças na forma de cuidados. Esse tipo de serviço é um grande passo para que não se retroceda ao modelo hospitalocêntrico e excludente, a fim de que ninguém mais vivencie anos de clausura em virtude de ter um transtorno mental e para que nossa sociedade seja de fato inclusiva.

5. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Belford Roxo

O município possuía 495.793 habitantes no ano de 2017, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹²³. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo II, 1 CAPSad, 1 CAPSi e 3 SRT, todos tipo II.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, para atender ao quantitativo da populacional do Município de Belford Roxo, deveria haver: **7 CAPS tipo II ou 2 CAPS tipo III; 7 CAPSad ou 2 CAPSad tipo III e 3 CAPSi.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em julho e agosto de 2017, eram atendidas cerca de 950 pessoas na atenção especializada em saúde mental, das quais 400 frequentavam o CAPS, 150 frequentavam o CAPSad, 400 frequentavam o CAPSi e 20 pessoas moravam nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente para a rede de saúde mental de Belford Roxo, que era calculada em, pelo menos, 18 novos usuários por semana.

Havia um veículo compartilhado por toda a rede de saúde mental do município, que era utilizado mediante agendamento prévio na Secretaria Municipal de Saúde, mas que nem sempre era suficiente para suprir integralmente a demanda dos serviços.

Nenhum serviço da rede de saúde mental do Município de Belford Roxo contava com fornecimento adequado de alimentação. No CAPS

¹²³ Panorama do Município de Belford Roxo. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/belford-roxo/panorama>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

Areia Branca, no CAPSad Zaira Vicente Bicchieri e no CAPSi homônimo, o fornecimento não vinha sendo feito em razão do rompimento do contrato com a empresa responsável, e apenas os profissionais do CAPSad recebiam alimentação em dois dias da semana. No CAPSi, os profissionais arcavam com os custos do fornecimento de lanche para algumas atividades terapêuticas. Nos SRTs, os próprios moradores custeavam a sua alimentação.

A oferta de medicação aos usuários do CAPSad e do CAPSi era feita na Farmácia Popular, localizada no andar de baixo do imóvel onde estava situado o CAPSad. No CAPS Areia Branca, por sua vez, havia dispensação de medicamentos, mas faltavam alguns medicamentos no município. A falta de determinados medicamentos obrigava os moradores dos SRTs a obtê-los através da compra com recursos pessoais.

5.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS AREIA BRANCA

Esse CAPS tipo II, inaugurado no ano de 2001 e referência para todo o Município de Belford Roxo, estava localizado em região central do município, mas pouco acessível para moradores de bairros mais distantes. A placa de identificação na sua fachada ficava recuada da calçada, o que dificultava a sua visualização. Na visita realizada em julho de 2017, atendia cerca de 400 usuários ativos, incluindo os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município, que faziam acompanhamento regular no CAPS; recebia a média de dez novos usuários por semana. O perfil dos usuários compreendia pessoas de 20 a 65 anos de idade, predominantemente do gênero masculino, e as demandas mais presentes eram esquizofrenia, síndrome do pânico e depressão grave, que chegavam por demanda espontânea, embora houvesse uma quantidade considerável de encaminhamentos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) e do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ).

O imóvel em que estava instalado o CAPS do Município de Belford Roxo possuía ampla área física. Estruturalmente, apresentava necessidade de reparos de manutenção. Tinha infiltração, vazamentos, portas quebradas e um grave problema de infestação de ratos, além de falta de limpeza periódica da caixa d'água e da necessidade de conserto dos aparelhos de ar-condicionado. O serviço sofria também com alagamentos frequentes. O CAPS Areia Branca tinha a cozinha trancada no dia da visita porque a chave da porta encontrava-se com a empresa que era responsável pelo fornecimento da alimentação, cujo contrato havia sido rescindido. Não havia fornecimento de água potável, sendo recomendada pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a adoção de providências para solucionar todas essas questões.

O CAPS contava com linha telefônica, que não estava funcionando por falta de pagamento. Assim, a equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a regularização dessa situação. O serviço dispunha de computadores em número suficiente, com acesso à internet.

Havia déficit de um profissional de nível médio, para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. Ainda, em razão da demanda, a equipe do CAPS indicou a necessidade de admissão de mais um terapeuta ocupacional, um assistente social, um psicólogo, um oficineiro e um auxiliar de serviços gerais. Foi recomendada pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde de Belford Roxo, tanto a admissão de mais um profissional de nível médio para adequação da equipe mínima preconizada pela portaria acima mencionada, como também a admissão dos profissionais necessários à condução da oferta de um serviço de qualidade.

A equipe do CAPS Areia Branca realizava atendimentos, individuais e em grupo; e oficinas, mesmo que dificultadas pela ausência de profissionais. Não havia assembléia de usuários, o que comprometia a construção democrática do atendimento e da rotina do serviço. A realização de atividades externas e visitas domiciliares estava

prejudicada pela ausência de veículo próprio, já que a utilização do veículo da Secretaria de Saúde, que era feita a partir de agendamento, não supria a necessidade do serviço.

A equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a criação de CAPS tipo III no território do Lote XV do Município de Belford Roxo, tendo em vista que a localidade desse CAPS era inacessível para os moradores de bairros mais distantes, como aqueles integrantes do Lote XV.

Além disso, foi recomendada também a promoção de reparos de infraestrutura e manutenção no imóvel em que o CAPS Areia Branca estava instalado; o fornecimento de água filtrada para usuários e profissionais; a regularização na oferta de alimentação e de medicamentos; a disponibilização de veículo próprio para atividades externas e veículo coletivo para atividades externas coletivas; a construção de reuniões ampliadas entre os serviços da RAPS municipal e entre esses serviços e os das demais políticas públicas; dentre outras recomendações.

Apesar de a equipe do CAPS Areia Branca atuar sobrecarregada, em razão da carga excessiva de trabalho e da falta de recursos humanos para fazer frente às exigências da demanda absorvida, conseguia viabilizar que o serviço cumprisse seu papel enquanto serviço de referência para sua região, realizando acompanhamento e reinserção social de seus usuários por meio de equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar e de base comunitária.

CAPSad ZAIRA VICENTE BICCHIERI

Este CAPSad existe desde o ano de 2006 e é referência para todo o Município de Belford Roxo. Localiza-se em região central e acessível do município, mas não possuía placa de sinalização, o que dificultava a sua identificação pela população. Na visita realizada em julho de 2017, havia, aproximadamente, 150 usuários ativos, com média de dois a três usuários novos por semana. O perfil dos usuários compreendia

pessoas a partir dos 13 anos de idade, majoritariamente do gênero masculino, e as principais demandas eram uso prejudicial de álcool, cocaína e maconha.

O CAPSad Zaira Vicente Bicchieri situava-se no andar superior de um imóvel, cujo térreo era ocupado pela Farmácia Popular. Estruturalmente, havia problemas graves referentes à ausência de manutenção predial regular. Foram identificados infiltrações, indícios de vazamento de gás na cozinha e problemas na rede elétrica e hidráulica. O CAPSad não apresentava acessibilidade para pessoas com impedimento ou dificuldade motora, já que sua entrada se localizava após uma escadaria. Tampouco havia banheiros PNE. Não havia acesso a água potável no imóvel, obrigando que os usuários e profissionais bebessem da torneira ou levassem água de casa para beber.

O CAPSad dispunha de linha telefônica em funcionamento e apenas um computador, com acesso instável à internet, para toda a equipe. Foi recomendado pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde o aparelhamento da unidade com mais três computadores e a regularização do acesso à internet.

Havia déficit de médico clínico, de dois profissionais de nível médio, um deles para a função de oficinairo, a fim de a equipe multiprofissional se adequar à equipe mínima exigida pelo art. 4.5.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. Também não havia auxiliar de serviços gerais. Foi recomendada pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a admissão desses profissionais, além de um terapeuta ocupacional, de um assistente social e de um profissional de educação física, para fazer frente à grande demanda atendida no CAPSad Zaira Vicente Bicchieri.

A equipe do CAPSad realizava atendimentos individuais e coletivos; oficinas; atividades externas e comunitárias. Não eram realizadas assembleias.

A equipe desse CAPSad demonstrou estar articulada com a Unidade Básica de Saúde e a Policlínica Neuza Brizola, mas o Hospital

Geral e a UPA estavam fechados. O município não possuía emergência psiquiátrica, sendo necessário encaminhar os usuários para o Hospital Moacyr do Carmo, em Duque de Caxias. Em situações de emergência, quando o SAMU não conseguia atender as demandas, a equipe acionava os bombeiros.

Quanto aos serviços da Assistência Social, a equipe tinha boa articulação com o CRAS, o CREAS, um Centro Pop e uma Casa de Passagem. Também articulava-se com dois Conselhos Tutelares. No entanto, na Educação, havia dificuldade quando o usuário precisava ser matriculado no ensino médio, uma vez que a articulação deixava de ser com a rede municipal.

A equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a implementação no município de, pelo menos, mais um CAPSad da mesma modalidade para fazer frente à grande demanda, inclusive das áreas periféricas; a promoção de reparos na infraestrutura do imóvel; a regularização no fornecimento de água filtrada; dentre outras recomendações.

A equipe deste CAPSad mostrou-se empenhada em cumprir seu papel quanto ao processo de cuidado, mesmo com as dificuldades de ordem infraestrutural e apesar do limitado corpo técnico do serviço – que limitava a realização de oficinas terapêuticas, por exemplo.

CAPSi ZAIRA VICENTE BICCHIERI

Este CAPSi existe desde setembro de 2007 e é referência para todo o Município de Belford Roxo. Localiza-se em área central e com acesso a meios de transporte. Na sua fachada, não havia placa de identificação do serviço, apenas uma placa de inauguração. Na visita realizada, em agosto de 2017, havia cerca de 400 usuários ativos, a quantidade aumentava em 100 pessoas, se considerados as crianças e os adolescentes em processo de avaliação, com média de seis novos usuários por semana. Não foi informado o perfil dos usuários em relação ao gênero, mas compreendia crianças e adolescentes até 18

anos, embora alguns ultrapassassem a idade, devido à não adaptação à unidade para adultos e ao forte vínculo consolidado com os profissionais do CAPSi. As demandas prevalentes eram autismo, esquizofrenia e todos os níveis de retardo mental.

Embora o imóvel em que estava instalado o CAPSi Zaira Vicente Bicchieri não apresentasse infiltrações, goteiras ou mofo, a sua estrutura física carecia de manutenção, pois havia janelas, mesas e portas danificadas; falta de assento sanitário e de pia no banheiro dos usuários; brinquedos quebrados e sujos; falta de pintura na parede do muro; tomadas elétricas sem a devida proteção; entre outras necessidades de reparo. Neste sentido, foram recomendados pela Defensoria Pública, ao gestor municipal de saúde, reparos de manutenção visando a melhoria da assistência prestada ao público destinatário do serviço.

No CAPSi, havia uma linha telefônica que não estava em funcionamento e apenas um computador, sem acesso à internet, para toda a equipe do serviço. A Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que fornecesse, ao menos, mais um computador ao CAPSi e restabelecesse o funcionamento da linha telefônica e o acesso à internet.

Havia déficit de um profissional de nível médio para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.4.2, alínea “d”, da Portaria GM/MS nº 336/2002. A Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a admissão desse profissional, além da inclusão de um musicoterapeuta, um motricista e um oficinairo na equipe do serviço para viabilizar melhor atendimento aos usuários desse CAPSi, a fim de que as evoluções clínicas pudessem ter maior chance de sucesso.

No CAPSi eram realizados atendimentos, individuais e em grupo, para usuários e familiares; e, esporadicamente, visitas domiciliares, em que se utilizava o veículo compartilhado com os demais serviços da RAPS. Não eram realizadas oficinas em razão da falta de profissionais, fato que impactava negativamente na assistência prestada, pois essa é uma das atividades previstas na Portaria GM/MS nº 336/2002.

Os profissionais do CAPSi Zaira Vicente Bicchieri enfrentavam dificuldades relacionadas à precariedade da rede de serviços públicos municipais. Além do fechamento do Hospital do Joca, que afetava toda a rede de saúde mental, no caso do CAPSi, houve um aumento de demanda em razão do fechamento da Escola Municipal de Educação Especial Albert Sabin. Isso porque essa unidade escolar era referência na área de educação e saúde para crianças e adolescentes com deficiência e prestava atendimento ambulatorial em saúde mental. Os profissionais do CAPSi atuavam articulados com a Unidade Básica de Saúde, tendo como referência a Policlínica Neuza Brizola. Também articulavam-se com o CRAS e CREAS, e atendiam as demandas dos Conselhos Tutelares e escolas, assim como do Sistema de Justiça e Unidades de Acolhimento.

A equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que implementasse mais um CAPSi no município; que promovesse acessibilidade ao móvel em que estava instalado o serviço; que promovesse reparos de manutenção e reformas; que adquirisse mobília e brinquedos, para dar visual lúdico ao ambiente; que regularizasse a oferta de alimentação aos usuários; que disponibilizasse veículo para visitas domiciliares; que admitisse profissional de nível médio para adequação à equipe mínima e profissionais úteis para o bom funcionamento do serviço; dentre outras recomendações.

A equipe do CAPSi Zaira Vicente Bicchieri vinha conseguindo acolher a demanda e realizar parte das atividades previstas para o serviço, muito embora, em razão da reestruturação da equipe, muitos profissionais ainda não estivessem com contrato vigente e, portanto, sem salários.

5.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Belford Roxo possuía, à época da visita, três Serviços Residenciais Terapêuticos, todos do tipo II, que haviam sido inaugurados em 2006 e em 2012, abrigando um total de vinte

moradores, nove mulheres e onze homens. Esses serviços receberam a visita da equipe da Defensoria Pública em julho e agosto de 2017.

As equipes dos serviços não eram responsáveis pelo gerenciamento das vagas, que cabia à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, razão por que não souberam informar sobre a existência de munícipes em condição de internação de longa duração, portanto, com perfil de se tornar moradores de um dos serviços das estratégias de desinstitucionalização do município.

No entanto, a inexistência de unidades de acolhimento da Assistência Social para acolher pessoas em situação de rua era uma questão que impactava os serviços da rede pública municipal e, especificamente, os SRTs, porque frequentemente o Ministério Público e o juízo local encaminhavam para as residências terapêuticas pessoas sem o perfil previsto.

Os serviços não possuíam veículo exclusivo, fazendo-se necessário o agendamento junto à Secretaria de Saúde, que nem sempre estava disponível para as equipes, o que impactava a viabilidade de realização de atividades externas de lazer com os moradores.

A alimentação e os medicamentos vinham sendo comprados com os recursos pessoais dos moradores. O acesso à atenção básica se dava nas Unidades Básicas de Saúde próximas às residências terapêuticas, mas inexistia hospital para emergências no Município de Belford Roxo, contexto que afligia todos os munícipes, que eram obrigados a recorrer a hospitais de outros municípios.

A equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Belford Roxo, como recomendações gerais, aplicáveis a todos os SRTs: a regularização dos vínculos de trabalho dos profissionais; a admissão de novos profissionais; a regularização no fornecimento de alimentação e de medicação; dentre outras recomendações.

SRT “CASA 1”

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo II foi inaugurado no ano de 2006 e visitado pela equipe da Defensoria Pública no início do segundo semestre de 2017.

Tratava-se de uma casa erguida ao lado da residência terapêutica denominada “Casa 2”, situada na região central do município. A casa contava com três quartos, uma sala, uma cozinha, dois banheiros, uma área de serviço (que vinha sendo utilizada como quarto para um dos moradores) e área externa. O maior dos quartos não vinha sendo utilizado porque precisava de reparos para torná-lo habitável.

Neste SRT residiam seis pessoas, em dois quartos, divididas por gênero: duas mulheres em um quarto e três homens no outro. O sexto morador dormia em parte da área de serviço, onde foi colocada uma cama, já que o terceiro quarto não podia ser usado. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para as residências terapêuticas do tipo II. No entanto, o serviço não cumpria a norma do artigo 6.2.1 da portaria mencionada, uma vez que nem todos os moradores dormiam em quartos e que em cada quarto não deve ser ultrapassado o total de três moradores.

A maioria dos moradores frequentava o CAPS Areia Branca e, em virtude da proximidade dos serviços, os moradores da Casa 1 se movimentavam a pé ou utilizavam transporte público. Eventualmente, era possível a utilização do veículo da Secretaria de Saúde, que precisava ser agendado.

Este SRT possuía linha telefônica em funcionamento.

Os profissionais desta residência terapêutica também atuavam no SRT 2. A equipe contava com cinco cuidadores. Havia, ainda, três profissionais de nível superior que atendiam aos três SRTs do município: enfermeira, assistente social e psicóloga. De acordo com o que prevê a

Portaria GM/MS nº 106/2000 para SRT tipo II, a equipe de cuidadores estava adequada, muito embora faltasse um profissional técnico de enfermagem.

Para este serviço, além das recomendações gerais já expostas, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Belford Roxo a regularização do pagamento dos aluguéis em atraso, para evitar o ajuizamento de ação de despejo, e a realização de reparos no imóvel e em alguns móveis, além da aquisição de alguns novos eletrodomésticos.

A equipe da SRT “Casa 1” demonstrou que atuava em rede de forma ativa, em articulação com os serviços de saúde do município, em especial, as Unidades Básicas de Saúde, e também com unidades de emergência situadas em outros municípios, para suprir a ausência no município e possibilitar cuidado integral aos moradores.

SRT “CASA 2”

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo II também foi inaugurado no ano de 2006 e visitado pela equipe da Defensoria Pública no início do segundo semestre de 2017.

Tratava-se de uma casa localizada, como já se expôs, ao lado do SRT 1, portanto, em região central do município. Estruturalmente, o imóvel contava com três quartos, uma sala, uma cozinha, dois banheiros, uma área de serviço e área externa, ou seja, a mesma estrutura do SRT 1. Necessitava de reparos, em virtude de infiltração e mofo.

Na Casa 2 residiam seis pessoas: quatro mulheres e dois homens, divididos de acordo com o gênero em três quartos. Havia dois quartos com duas mulheres em cada e um terceiro quarto com dois homens. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para os serviços do tipo II, bem como em relação à divisão do número de

moradores por quarto que, segundo o artigo 6.2.1 da referida portaria, não deve ultrapassar o total de três por dormitório.

Assim como ocorria com os moradores do SRT “Casa 1”, a maioria dos moradores do SRT “Casa 2” frequentava o CAPS Areia Branca e, devido à proximidade entre ambos os serviços, movimentavam-se a pé ou utilizavam transporte público. Eventualmente, era possível a utilização do veículo da Secretaria de Saúde, o que requeria agendamento.

Este SRT possuía linha telefônica em funcionamento.

Os profissionais desse SRT também atuavam no SRT “Casa 1” e, como já se expôs, a equipe contava com cinco cuidadores. Havia, ainda, três profissionais de nível superior que atendiam aos três SRTs do município: enfermeira, assistente social e psicóloga. De acordo com o que prevê a Portaria GM/MS nº 106/2000 para SRT tipo II, a equipe de cuidadores estava adequada, muito embora faltasse um profissional técnico de enfermagem.

Para este serviço, além das recomendações gerais já expostas, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Belford Roxo quanto à regularização do pagamento dos aluguéis em atraso, para evitar o ajuizamento de ação de despejo à realização de reparos de manutenção e reparos no imóvel devido à presença de infiltração e focos de mofo.

Como essa equipe corresponde integralmente à do SRT “Casa 1”, cabe aqui reafirmar que a equipe demonstrou que atuava em rede de forma ativa, em articulação com os serviços de saúde do município, em especial, as Unidades Básicas de Saúde e também com unidades de emergência situadas em outros municípios, para suprir a ausência no município e possibilitar cuidado integral aos moradores.

SRT “CASA 3”

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo II foi inaugurado em 2012 e visitado pela equipe da Defensoria Pública no início do segundo semestre de 2017.

Tratava-se de uma casa localizada em região periférica do município. Estruturalmente, o imóvel foi construído em uma área plana e contava com dois pavimentos. No primeiro, estavam distribuídos os seguintes cômodos: uma sala, dois quartos, uma cozinha, um banheiro, uma área de serviço e área externa. Já no segundo, ficava a sala de administração de todos os SRTs do município, um quarto desativado, um banheiro, utilizado pelos profissionais e também como arquivo, além de uma área livre.

Neste SRT residiam oito pessoas, sendo cinco homens e três mulheres, divididos de acordo com o gênero, em dois quartos. Portanto, esse SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para os serviços do tipo II. No entanto, o serviço descumpria a norma do artigo 6.2.1 da referida portaria, que prevê que não deve ser ultrapassado o total de três moradores por dormitório.

Os moradores deste serviço tinham maior grau de dependência, principalmente em virtude de dificuldades de mobilidade, motivo pelo qual havia mais cuidadores diariamente três) do que nas demais residências terapêuticas do município. Como já foi exposto, havia, ainda, três profissionais de nível superior que atendiam aos três SRTs do município: enfermeira, assistente social e psicóloga. De acordo com o que prevê a Portaria GM/MS nº 106/2000 para SRT tipo II, a equipe de cuidadores estava adequada ao tipo de serviço, muito embora faltasse um profissional técnico de enfermagem.

A maioria dos moradores frequentava o CAPS Areia Branca. No entanto, os moradores deste SRT dependiam de veículo para se locomover, tanto em razão da distância, tendo em vista que o serviço está

em região periférica do município, como do maior comprometimento em sua mobilidade. Contudo, como vimos, os SRTs não possuíam veículo exclusivo, dependendo do agendamento de um veículo da Secretaria Municipal de Saúde, que nem sempre estava disponível. Quando não era possível utilizá-lo, recorria-se a um aplicativo de transporte particular pago pelo próprio morador.

Este SRT não contava com linha telefônica.

Para este serviço, além das recomendações gerais já expostas, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Belford Roxo que procedesse à realização de reparos no imóvel, além de que promovesse a individualidade dos moradores por meio da separação de suas roupas e pertences, que vinham sendo armazenados e utilizados de forma compartilhada.

A equipe do SRT “Casa 3” mostrou-se empenhada em manter a residência terapêutica em funcionamento, mesmo com sobrecarga de trabalho, fruto da atuação dos profissionais em mais de um serviço.

5.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

O Município de Belford Roxo teve uma profícua comunicação com a Defensoria Pública após as visitas, sempre se fazendo disponível para o cumprimento das recomendações. As respostas enviadas por ofício indicaram que foi iniciado processo de admissão de profissionais para a adequação à equipe mínima do CAPS Areia Branca, e que tal processo já havia ocorrido em relação às equipes mínimas do CAPSad, o CAPSi e os SRTs.

As reformas de manutenção no CAPS Areia Branca e no CAPSad Zaira Vicente Bicchieri estavam planejadas para iniciarem em março de 2020. O recebimento de nova mobília para esses serviços também estava planejado para o mesmo período. O pagamento das contas telefônicas do CAPS Areia Branca foi feito e o funcionamento encontrava-se

regularizado em dezembro de 2019. Quanto aos medicamentos, ainda havia falta esporádica.

Quanto ao SRT “Casa 1”, estava em vias de ser realocado para outro imóvel, já que o proprietário não tinha interesse em renovar o contrato com o município e, por isso, as reformas estruturais e de benfeitorias não puderam ser promovidas. A compra de alguns móveis já tinha sido feita, mas aguardava a decisão sobre a permanência ou não do serviço no imóvel.

O SRT “Casa 2” encontrava-se em situação similar, já que o proprietário era o mesmo e não tinha interesse em renovar o contrato com o Município.

Já o SRT “Casa 3” havia sido reformado; foram, inclusive, feitas adaptações para atender aos moradores com baixa mobilidade.

Cumprе destacar que o trabalho cooperativo desenvolvido no âmbito do “Projeto RAPS” com o Município de Belford Roxo vem trazendo resultados positivos para a população, e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro aguarda a realização da avaliação de viabilidade de implementação dos serviços de saúde mental que deveriam existir no município, de acordo com a proporção apontada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011.

6. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Duque de Caxias

O município possuía 924.624 habitantes no ano de 2020, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹²⁴. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **2 CAPS tipo II, 1 CAPSad, 1 CAPSi e 2 SRT tipo II.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à quantidade da população do Município de Duque de Caxias, deveria haver: **13 CAPS tipo II ou 4 CAPS tipo III; 13 CAPSad ou 4 CAPSad tipo III e 6 CAPSi.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em fevereiro e maio de 2017, eram atendidas cerca de 1.550 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, das quais 400 pessoas frequentavam o CAPS II Leslie Sanford Chavin, 220 frequentavam o CAPS Imbariê, 600 frequentavam o CAPSad Renato Russo, 330 frequentavam o CAPSi e 50 pessoas residiam nos Serviços Residenciais Terapêuticos do município.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente para a Rede de Saúde Mental de Duque de Caxias. Apenas no mês de janeiro de 2017, haviam sido admitidos 32 novos usuários no CAPSad Renato Russo. No CAPSi havia uma média mensal de 25 novos usuários, não havia informações sobre a nova demanda nos demais serviços.

Existia uma van compartilhada entre os CAPS II Leslie Sanford Chavin, o CAPSad e o CAPSi para realizar os deslocamentos diários

¹²⁴ Panorama do Município de Duque de Caxias. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/panorama>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

dos moradores das residências terapêuticas para os serviços, que também era utilizada para outras atividades dos profissionais de toda a rede de saúde psicossocial do Município de Duque de Caxias. No entanto, o transporte tinha sido descontinuado à época da visita da Defensoria Pública. Apenas o CAPS II Imbariê contava com van exclusiva para transportar seus usuários, mas havia paralisações no serviço de transporte nas ausências do motorista, seja devido a férias, a licenças ou afins, já que não havia outro profissional para substituí-lo.

Esse trabalho estava interrompido no momento da visita devido à falta de veículo para deslocamento dos profissionais. Quanto às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que já eram referenciadas no CAPSad, ocorria uma articulação entre as equipes e o usuário através de contato telefônico. Em relação ao sistema carcerário, o CAPSad recebia usuários do Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros através das famílias, que demandavam apoio, tendo em vista que o usuário tinha a unidade como referência.

O fornecimento de alimentação ocorria de forma regular nos serviços da rede de atenção psicossocial do município. Porém, em relação à oferta de medicação, ficou demonstrada a falta de padronização entre um serviço e outro. Vejamos: apenas no CAPS Leslie Sanford Chavin e no CAPSad Renato Russo havia dispensação de medicamentos, tendo sido identificada a falta de alguns medicamentos de uso regular para dispensação neste último¹²⁵. Já no CAPSi de Duque de Caxias e no CAPS Imbariê não havia dispensação de medicamentos, sendo que neste último havia administração de medicação injetável levada pelos usuários, quando necessário.

125 Foi-nos informado que havia falta dos seguintes medicamentos: Ácido Valpróico (xarope – 50mg/ml – fr. 100 ml); Amitriptilina (25MG – cmp – FB); Biperideno (2 mg – cmp – FB); Carbamazepina (2% Xarope – fr. 100 ml); Carbamazepina (200 mg – cmp – FB); Clobazam (10mg – cmp); Clonazepam (0,5 mg – cmp); Clonazepam (2,5 mg/ml – FB); Fenobarbital (100mg – cmp – FB), FlumazeniL (0,1 mg/ml – amp 5 ml); Fluoxetina (20mg – caps – FB); Fenobarbital (100 mg/ml - amp); Haloperidol (5 mg – cpm – FB); Haloperidol (0,2% - fr. 20 ml –FB); Imipramina (25mg – cmp); Levomepromazina (100mg – cmp).

6.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS LESLIE SANFORD CHAVIN

Este CAPS tipo II existe desde 2002, e é referência para o 1º e o 2º distritos do Município de Duque de Caxias. Localizava-se em região central e acessível, mas não havia placa de identificação na sua fachada. Na visita realizada em abril de 2017, atendia cerca de quatrocentas pessoas, com média de vinte e cinco novos usuários por mês. O perfil compreendia pessoas adultas, e não havia dados sobre prevalência de gênero, nem sobre as principais demandas, embora tenha sido ressaltada a ampliação de atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista encaminhadas do CAPSi por terem atingido a maioria, demanda que estava em debate entre os profissionais.

O imóvel em que estava instalado o CAPS apresentava rachaduras, infiltrações, mofo e, quando chovia, goteiras. As necessidades de reparos eram principalmente nos banheiros e nas salas de atendimento individual.

O CAPS Leslie Sanford Chavin tinha a linha telefônica cortada no momento da visita, em razão de falta de pagamento, o que prejudicava tanto a busca de informações pela população, quanto o contato dos profissionais com os usuários. A equipe do CAPS contava com um computador, que era utilizado para registrar a listagem dos usuários em acompanhamento, não obstante os prontuários serem físicos. Não foi coletada a informação sobre a disponibilidade de acesso à internet.

Havia déficit de um profissional de nível médio para a adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. A equipe de limpeza, não prevista na portaria, mas fundamental para o funcionamento do serviço, era insuficiente, já que tinha sido reduzida à metade à época da visita.

A equipe do CAPS Leslie Sanford Chavin realizava atendimentos individuais e coletivos, inclusive a familiares; oficinas terapêuticas e com iniciativa de geração de renda; atividades externas, além de frequentes reuniões de equipes. Eram realizadas assembleias compostas por usuários, familiares, profissionais, membros do Conselho Gestor e representação do Conselho Municipal de Saúde. Os profissionais também se articulavam em rede com outros serviços da RAPS e de outras políticas públicas.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como instalação de placa de identificação na fachada do serviço, para facilitar sua identificação pela população; a adaptação de banheiros para que se tornassem acessíveis para pessoas com deficiência física e a admissão de profissionais, não apenas para completar a equipe mínima preconizada pela Portaria GM/MS nº 336/2002 como, também, para comporem a equipe de limpeza.

A equipe do CAPS Leslie Sanford Chavin, portanto, cumpria seu papel de referência para a população a que se destinava, desenvolvendo a atenção psicossocial numa lógica antimanicomial e de trabalho em rede.

CAPS IMBARIÊ

Este CAPS, do tipo II, existe desde 2011 e é referência para o 3º distrito do Município de Duque de Caxias, localizando-se em área central e com acesso a meios de transporte; não havia placa de identificação na sua fachada. Na visita realizada em abril de 2017, tinha em seu registro seiscentos usuários, mas apenas cerca de duzentos e vinte estavam em acompanhamento ativo, incluindo os moradores da Vila de Residências Terapêuticas do território. Esse serviço atendia adultos, sendo a demanda prevalente relacionada à psicose e depressão grave.

A principal dificuldade no cotidiano desse serviço dizia respeito ao espaço, pois estava instalado em uma casa pequena, com apenas uma sala para atendimento individual e outra para coletivo, além de

existirem infiltrações em vários locais do imóvel, comprometendo a salubridade do serviço. O espaço para refeição foi improvisado na área externa, localizada nos fundos do imóvel, onde foi colocada uma cobertura de lona para servir de proteção contra o sol forte e a chuva. Outro problema era o mobiliário, que se encontrava em péssimo estado de conservação.

O CAPS Imbariê tinha a linha telefônica em funcionamento no momento da visita. O serviço contava apenas com um computador, que era utilizado por toda a equipe. Havia disponibilidade de acesso à internet, no entanto, o acesso era instável porque o sinal era intermitente.

De acordo com o art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Embora não previsto na portaria, mas em razão da quantidade da demanda atendida, a equipe do CAPS Imbariê entendia ser relevante a admissão de mais um terapeuta ocupacional e o aumento da equipe de oficinairos, sem os quais havia dificuldades em ofertar maior quantidade de oficinas aos usuários, atividade fundamental na rotina do CAPS. Com a quantidade insuficiente de profissionais que as realizavam e a inexistência de verba disponibilizada pelo gestor municipal de saúde para a compra dos materiais utilizados nas oficinas, a equipe do CAPS passou a utilizar o dinheiro arrecadado na venda dos objetos criados pelos usuários durante as oficinas para o custeio da compra dos materiais necessários. Já as oficinas com as mães dos usuários faziam parte do Programa de Geração de Renda, possibilitando que vendessem seus produtos para proveito próprio.

A equipe do CAPS Imbariê realizava atendimentos individuais, coletivos, além de oficinas. Havia reuniões frequentes entre os profissionais do CAPS e também destes com os responsáveis pelos Serviços Residenciais Terapêuticos do município, além de articulações com outros serviços importantes, como os da Assistência Social e da Atenção Básica.

Para este CAPS também foi recomendada a instalação de placa de identificação na fachada do serviço, para facilitar a sua identificação; além de troca de mobília e acessórios; a adaptação de banheiro para se tornar acessível às pessoas com deficiência; a regularização do fornecimento de materiais utilizados nas oficinas; o fornecimento de pelo menos mais um computador para uso da equipe psicossocial e a regularização da intermitência no serviço de internet; a admissão de profissionais faltantes para completar a equipe mínima, como preconizado em portaria do Ministério da Saúde.

Mesmo com as dificuldades aqui mencionadas, a equipe do CAPS Imbariê conseguia desenvolver as principais atividades propostas em portaria do Ministério da Saúde de maneira interdisciplinar e em rede.

CAPSad RENATO RUSSO

Este CAPSad, inaugurado em setembro de 2009, e referência para todo o Município de Duque de Caxias, estava localizado em área central e acessível e foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em março de 2017. Na oportunidade, foi informado que havia aproximadamente seiscentos usuários ativos e quatro mil cadastrados no serviço. O perfil era majoritariamente masculino; não foram colhidos dados sobre a faixa etária dos usuários. A média de novos usuários era variável, já que a busca espontânea por atendimento foi noticiada pela equipe do serviço como sazonal, sendo que, normalmente, entre novembro e fevereiro, há uma queda na busca pelo serviço, seguindo-se de uma procura maior por atendimento entre os meses de março e outubro.

Em relação ao público infantojuvenil, havia um acordo com o Centro de Atenção Total ao Adolescente (CEATA) para que os atendimentos às crianças e adolescentes com até 14 anos que fizessem uso prejudicial de drogas fossem lá realizados, restando ao CAPSad atender os adolescentes acima dessa faixa etária. A maior parte da demanda de adolescentes vinha daqueles que estavam no Departamento Geral

de Ações Socioeducativas (DEGASE) em cumprimento de medida socioeducativa.

Estruturalmente, o CAPSad Renato Russo mostrava-se em bom estado de salubridade, muito embora houvesse uma goteira ao lado de uma das salas de atendimento. Foi verificado ser necessária a criação de leitos de desintoxicação e repouso previstos no artigo 4.5.1, alínea “h”, da Portaria GM/MS nº 336/2002.

O local dispunha de dois computadores equipados com cabos de acesso à internet para os profissionais, no entanto, nenhum computador dispunha de acesso à rede de internet, e a linha telefônica não estava em funcionamento, em razão da falta de pagamento da fatura.

Havia déficit de um médico clínico e de um enfermeiro com formação em saúde mental para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.5.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. Embora não previsto na portaria, era necessário, também, que fossem integrados à equipe do CAPSad Renato Russo dois psiquiatras, um terapeuta ocupacional, um pedagogo, um técnico educacional, um artesão e um auxiliar de serviços gerais. Tal necessidade mostrava-se urgente devido ao fato de que esse CAPSad era o único serviço do município voltado para o atendimento de pessoas com uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas.

A equipe do CAPSad Renato Russo realizava atendimentos individuais e em grupo com usuários e familiares. Também era responsável por oficinas, além de realizar assembleias mensais e visitas domiciliares. Eram oferecidas oficinas de papietagem, caixa de areia, terapia e criação, desenho, oficinas abertas e grafite. No entanto, não havia oficinas que privilegiassem o Programa de Geração de Renda, tampouco estavam sendo realizadas atividades externas, pois o ônibus da prefeitura que era utilizado pela equipe do CAPSad encontrava-se sem manutenção.

À época da visita da Defensoria Pública, não eram realizadas reuniões entre as equipes dos serviços da RAPS do município.

As reuniões foram interrompidas após o falecimento da profissional responsável pela sua organização. Há um fórum municipal, que realiza reuniões semestrais, e um fórum estadual, com reuniões mensais. Sempre que possível, um profissional do CAPSad participa das reuniões.

Realizava-se também um trabalho com as equipes de instituições fechadas, referenciando os usuários e visando a sua desinstitucionalização, a partir de visitas institucionais.

O serviço se relacionava com outras instituições da rede, a exemplo, o Hospital Geral Moacyr do Carmo, que é o hospital de referência do território. Além disso, havia uma proximidade com o Ministério Público e a Defensoria Pública. Contudo, não havia relacionamento com Unidades Básicas de Saúde, UPA 24 horas e unidades de acolhimento, além de ser praticamente inexistente a articulação com a Educação. Ademais, o serviço apresentava dificuldade de articulação com a assistência Social – CRAS, CREAS e unidades de abrigamento.

Diante da realidade constatada no CAPSad Renato Russo, a equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que realizasse alguns reparos no imóvel, para possibilitar a criação de novos cômodos, e a realização de reparos em alguns cômodos do serviço; a admissão de profissionais para atender a equipe mínima; o fornecimento de vale-transporte para os usuários do CAPSad e seus acompanhantes, a fim de facilitar a aderência ao Projeto Terapêutico Singular; a regularização do fornecimento de medicamentos; a construção de agenda de reuniões intersetoriais e da RAPS, dentre outras.

A equipe da unidade demonstrou ser bem estruturada no âmbito assistencial: dispunha de recursos humanos para manejo técnico e conseguia propor aos usuários inúmeras atividades voltadas à promoção da autonomia e inclusão de cada um.

CAPSi DE DUQUE DE CAXIAS

Este CAPSi existe desde julho de 2013 e é referência para todo o Município de Duque de Caxias; localiza-se em área central e com acesso a meios de transporte. Na visita realizada em março de 2017, havia cerca de trezentos e trinta usuários ativos, dentre os quais doze eram intensivos. Do total, cento e sessenta usuários tinham até 10 anos de idade; cento e cinquenta usuários entre 11 e 18 anos, e vinte usuários maiores de 18 anos. A média de novos usuários que chegavam no serviço era de vinte e cinco por mês. As demandas prevalentes eram autismo, psicose, esquizofrenia e transtorno de personalidade.

Estruturalmente, faltavam reparos de manutenção, muitas delas urgentes, como a recuperação do telhado acima das caixas d'água e das vigas de sustentação, além de reparo nos focos de infiltração, que tomavam) todo o serviço, e o isolamento de tomadas.

Também mostrou-se necessária a adequação do serviço a fim de que promovesse mais acessibilidade aos usuários. Desse modo, foi recomendado ao gestor municipal de saúde pela equipe da Defensoria Pública, ainda: a colocação de rampas, o aumento da largura das portas, além de outros meios necessários para que pessoas com deficiência física pudessem alcançar o andar superior, até porque a sala de atendimento em grupo e de realização de oficinas estava localizada nesse andar.

O espaço externo proporcionava, além de atividades coletivas, formas de manejo individuais com crianças mais comprometidas psiquicamente, que permitiam a interação com a equipe por meio do banho de mangueira, um recurso terapêutico.

Havia apenas dois computadores no CAPSi de Duque de Caxias, mas que não possuíam acesso à internet, o que foi avaliado como insuficiente pela equipe multiprofissional da Defensoria Pública, que recomendou ao gestor municipal de saúde a aquisição de, ao menos, mais um computador, o restabelecimento do acesso à internet, bem como da linha de telefone que tinha sido cortada por falta de pagamento.

De acordo com o art. 4.4.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Embora não previsto na portaria, mas em razão da quantidade da demanda atendida, a equipe do CAPSi de Duque de Caxias sinalizou a necessidade de admissão de um musicoterapeuta para compor a equipe, já que acreditava na potência da música como fator de intervenção terapêutica no trabalho com os usuários.

A equipe do CAPSi realizava atendimentos individuais e em grupo, incluindo-se atendimentos aos familiares dos usuários, visita domiciliar; organizava oficinas, eventos sobre datas comemorativas, atividades externas, além de assembleias mensais. Uma estratégia utilizada pela equipe no manejo terapêutico com os usuários era a de utilizar o lanche oferecido ao final das atividades em grupo com a finalidade de incentivar o desenvolvimento da autonomia dos usuários.

Como o CAPSi de Duque de Caxias não possuía um veículo próprio para realizar as atividades externas, em situações mais urgentes um voluntário da oficina se propunha a levar a equipe para realizar a tarefa.

A articulação com a rede de serviços foi sinalizada como positiva em relação às unidades de saúde (unidade básica, SAMU e Hospital Moacyr do Carmo), aos serviços da Assistência Social (CRAS, CREAS) e com as instituições do sistema de justiça. O mesmo não ocorria, no entanto, com a Educação, pois seus profissionais encaminhavam com frequência muitos casos que não constituíam o perfil de atendimento do CAPSi, e esta devolutiva não era bem recebida por eles, que insistiam no diagnóstico de saúde mental.

Foi recomendada ao gestor municipal de saúde pela equipe da Defensoria Pública a criação de mais um CAPSi no território do 4º distrito de Duque de Caxias, uma vez que, em virtude da distância e do escasso recurso financeiro, alguns usuários tinham dificuldades de chegar até o serviço.

A equipe da unidade demonstrou que conseguia desenvolver as principais atividades que um CAPSi deve proporcionar aos seus usuários, de forma interdisciplinar e em rede, mesmo enfrentando dificuldades recorrentes em seu cotidiano.

6.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Duque de Caxias dispunha, em 2017, de dois Serviços Residenciais Terapêuticos: o SRT Jardim Anhangá e o SRT Centro.

As vagas de ambos os serviços eram gerenciadas por uma equipe de desinstitucionalização da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município e, por isso, as coordenações dos serviços não souberam informar se havia lista de espera.

A medicação dos moradores de ambas as residências terapêuticas era fornecida pelo PSF e pelo CAPS Leslie Sanford Chavin. Todavia, esporadicamente, no SRT Jardim Anhangá, se fazia necessário utilizar os benefícios recebidos pelos moradores, para a compra de medicamentos que não estivessem disponibilizados na Rede Pública de Saúde.

Os serviços não dispunham de veículo exclusivo; utilizava-se o veículo do CAPS Leslie Sanford Chavin para transportar os moradores até o CAPS. Para atividades em outros locais, utilizava-se táxi ou transporte público, pago com o dinheiro dos moradores. A equipe do SRT Centro não julgava necessário um veículo próprio, sob a alegação de que poderia comprometer o processo de autonomia dos usuários. Porém, a equipe multiprofissional da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que fosse disponibilizado um veículo para o SRT Jardim Anhangá, não apenas para o transporte de seus quarenta e três moradores até o CAPS, mas também para facilitar o acesso a outras atividades do Projeto Terapêutico Singular, como a inclusão de alguns moradores na Educação de Jovens e Adultos (EJA).

SRT JARDIM ANHANGÁ

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo II foi inaugurado no ano de 2011 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em fevereiro de 2017.

Embora esteja habilitado como um Serviço Residencial Terapêutico, na verdade, tratava-se de seis residências terapêuticas localizadas em uma vila situada em região periférica do município, em que residia o total de quarenta e dois moradores¹²⁶. Cada uma das seis residências terapêuticas abrigava de seis a oito moradores, e utilizava como critério para essa divisão o grau de autonomia. Sendo assim, pode-se dizer que este SRT, a partir da análise de cada uma das casas em separado, encontrava-se de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o número máximo de dez moradores em uma residência terapêutica de modalidade II.

Na Casa 1 do SRT Jardim Anhangá, residiam seis moradores, cinco homens e uma mulher, com um maior nível de autonomia, que ocupavam três quartos: em um deles dormia a única mulher da residência; em outro quarto dormiam dois homens; no terceiro quarto dormiam três homens. Na Casa 2, com três quartos, em que se dispunham três camas cada, residiam sete moradores, de faixa etária maior e com menor autonomia. Na Casa 3, que era uma residência de cuidado intensivo, residiam sete moradoras. Era a única casa com linha telefônica. Na Casa 4, residiam sete moradoras, divididas em três quartos, um deles com três camas, e outros dois com duas. Na Casa 5, residiam sete moradores de ambos os gêneros e na Casa 6, residiam oito moradores, todos do gênero masculino, todos egressos do sistema penitenciário. Em relação às Casas 3, 5 e 6 não foi mencionada, no relatório confeccionado após a visita, a informação referente à distribuição dos moradores pelos quartos, mas naquelas em que essa informação foi verificada, pode-se dizer que estavam de acordo com os parâmetros do artigo

¹²⁶ Durante a visita da Defensoria Pública, não foi colhida qualquer informação sobre a manutenção de vínculo familiar dos moradores.

6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000, que prevê até três moradores por dormitório.

O interior das seis casas da vila se apresentava em bom estado de higiene e organização, contudo, foi avaliada a necessidade de pequenos reparos e aquisição de alguns serviços e móveis. As áreas comuns e externas da vila de casas necessitavam de melhor manutenção e limpeza. Além disso, a iluminação era insuficiente, gerando uma sensação de insegurança no período noturno. A implementação de solução para essas necessidades foi recomendada pela Defensoria Pública ao gestor de saúde de Duque de Caxias através de relatório circunstanciado. Alguns reparos nos imóveis da vila já haviam sido custeados com os benefícios dos próprios moradores, em prejuízo dos Projetos Terapêuticos Singulares.

No SRT Jardim Anhangá, cada residência terapêutica contava com, pelo menos, um cuidador diário. Um profissional de nível superior era responsável por duas casas, como pessoa de referência para, entre outras funções, administrar os benefícios dos moradores. A vila dispunha contava com oito técnicos de enfermagem, o que demonstra que o serviço não estava adequado à Portaria GM/MS nº 106/2000, que recomenda um técnico por dia para cada dez moradores; ou seja, pela normativa seria necessário quatro técnicos de enfermagem por dia, o que não era a realidade. Ressaltamos, mais uma vez, a reflexão que vimos desenvolvendo, relacionada à existência de profissionais de saúde no cotidiano do serviço residencial.

Observou-se, também, que na Casa 6 seria necessário, pelo menos, mais um cuidador, devido ao perfil dos moradores e sua compleição física, mais forte que a da cuidadora que os acompanhava. À época da visita da Defensoria Pública, um dos cuidadores do serviço estava de férias, sem que tivesse sido encaminhado outro profissional para suprir sua ausência, fato que acarretou acúmulo de serviço para os demais profissionais da residência terapêutica. Em relatório entregue ao gestor de saúde do município, a equipe da Defensoria Pública

recomendou a admissão de mais um profissional de Serviço Social, já que alguns problemas práticos enfrentados pelos moradores como falta de documentação e requerimento de benefícios sociais poderiam ser solucionados com a ampliação do número de profissionais.

Foram relatados problemas no fornecimento de alimentação aos moradores, geralmente relativos à quantidade insuficiente, de modo que era preciso usar o dinheiro dos benefícios individuais para comprar mais alimentos.

Não havia elaboração de Projeto Terapêutico Singular por parte da equipe técnica da SRT Jardim Anhangá, ficando essa iniciativa sob responsabilidade do CAPS Leslie Sanford Chavin.

Como a região em que se situava o serviço não era coberta pelo Programa Saúde da Família, a equipe do SRT recorria ao Posto de Saúde, ao Hospital Moacir do Carmo ou ao CAPS II Leslie Sanford Chavin, referência para a maioria dos moradores. Foi recomendada pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a inserção do serviço no Programa Saúde da Família, garantindo, assim, a assistência integral no âmbito da Saúde, conforme preconiza o art. 5º, alínea “c”, da Portaria GM/MS nº 106/2000.

Em relação ao trabalho em rede proposto pela equipe do SRT, foi informado que a parceria com a Secretaria Municipal de Educação para incluir alguns moradores na Educação de Jovens e Adultos (EJA) não foi possível devido à falta de transporte. No âmbito da inclusão laboral, não havia nenhum programa implantado.

O SRT estava articulado com a Unidade Básica de Saúde, com o Centro de Atenção Psicossocial e com a UPA Moacyr Rodrigues do Carmo. A inexistência de uma rede de saúde eficaz, notadamente em relação aos serviços de emergência, foi observada como um fator de risco para alguns casos.

Em que pesem as problemáticas estruturais encontradas e até mesmo a insuficiência no fornecimento de alimentação, notou-se que a equipe técnica do SRT Anhangá vinha trabalhando a partir de estratégias de adaptação, visando oferecer acolhimento e promover autonomia aos moradores, atuando em rede de forma articulada e eficaz.

SRT CENTRO

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo II foi inaugurado no ano de 2016 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em maio de 2017. Tratava-se de um imóvel de três andares, sendo que a residência terapêutica utilizava o segundo andar, que era alcançado por uma escada construída na frente do imóvel. Localizava-se na área central de Duque de Caxias e contava com linha telefônica.

No momento da visita ao SRT Centro, residiam nele oito pessoas: seis homens e duas mulheres. Sendo assim, pode-se dizer que esse SRT encontrava-se de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o número máximo de dez moradores em uma residência terapêutica de modalidade II.

No SRT Centro, os moradores se dividiam em quatro quartos da seguinte forma: um primeiro quarto era ocupado por duas mulheres; o segundo, por dois homens; o terceiro, por três homens; o último quarto por apenas um homem, que, em razão do transtorno do espectro autista, preferia ficar sozinho. Desse modo, o serviço estava de acordo com o preconizado no art. 6.2.1, da Portaria GM/MS nº 106/2000, que prevê até três moradores por dormitório.

A maioria dos moradores não possuía vínculo e contato com os seus familiares.

No dia da visita da equipe da Defensoria Pública, a casa se encontrava limpa e organizada, em perfeito estado de conservação. Constituíam-se em ambiente domiciliar, com objetos de cunho pessoal dos moradores, o que proporcionava maior noção de inserção social e

cidadania. Todos os cômodos estavam devidamente mobiliados, arejados e não demonstravam necessitar de qualquer tipo de reforma. Como a casa possuía escadas entre o segundo e o terceiro pavimento, foi recomendado ao gestor municipal de saúde a colocação de corrimão, com o objetivo de garantir maior acessibilidade e segurança aos moradores.

A equipe do SRT Centro compunha-se de dois cuidadores, um plantonista e um diarista. A coordenadora comparecia três vezes por semana, e a coordenadora geral dos SRTs do município prestava apoio, sem horário específico. Apenas a coordenadora geral era concursada; os demais profissionais eram contratados. Esta residência terapêutica não contava com técnico de enfermagem, deixando, dessa forma, de cumprir com o previsto na Portaria GM/MS nº 106/2000; foi recomendada pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a admissão desse profissional.

Não havia problema na oferta de alimentação, como foi verificado no SRT Anhangá.

No que diz respeito aos registros dos moradores, havia uma pasta de cada morador com seus documentos individuais e um livro de ata dos registros, que funciona como comunicação entre os profissionais. Não havia prontuários. Embora os profissionais do serviço não utilizassem o termo Projeto Terapêutico Singular na sua elaboração, apresentavam uma prática que condizia com os princípios e diretrizes previstos no art. 4º da Portaria GM/MS nº 106/2000 para o projeto.

No SRT Centro, os moradores eram estimulados a acessar a rede de serviços públicos, não limitado ao CAPS. Nenhum deles trabalhava ou participava de cursos. Nenhuma atividade terapêutica era realizada na casa.

Após visita e conversa com os moradores desta residência terapêutica, entendeu-se que o modelo atendia às necessidades dos sujeitos desinstitucionalizados, enquanto proposta de moradia. A residência terapêutica mostrou-se capaz de reconstituir o direito de

moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, e de auxiliá-las em seu processo de resgate da autonomia e reintegração social.

6.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

A interlocução com a Prefeitura Municipal de Duque de Caxias só ocorreu após a realização de reunião entre o Secretário Municipal de Saúde, acompanhado de assessores jurídicos e da Coordenação Municipal de Saúde Mental, com representantes da Defensoria Pública, em abril de 2018, não obstante terem sido enviados anteriormente ofícios com os relatórios de visita institucional e as recomendações.

Na ocasião, pôde-se pautar a necessidade de melhoria nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município, através da implementação dos serviços faltantes e também da manutenção dos serviços existentes.

No entanto, o diálogo não foi proveitoso, e as recomendações da Defensoria Pública não foram implementadas. Por essa razão, no início de 2021, a Defensoria Pública ajuizou a Ação Civil Pública atualmente em trâmite sob o número 0006473-02.2021.8.19.0021, cujo objeto é a apresentação de cronograma de implementação dos CAPS faltantes na proporção exigida na Portaria GM/MS nº 336/2002. Ainda, foram expedidos novos ofícios, em que são requisitadas informações sobre o atendimento das recomendações referentes à manutenção dos serviços já existentes e à admissão de profissionais que faltam para completar as equipes técnicas dos serviços.

7. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Itaguaí

O município possuía 133.019 habitantes no ano de 2019, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹²⁷. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo II, 1 CAPSad, 1 CAPSi e 1 SRT tipo II.**

Está, portanto, adequado ao número de CAPS, conforme dita o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à população do Município de Itaguaí. No entanto, a quantidade de Serviço Residencial Terapêutico existente no município mostrava-se insuficiente uma vez que, além de abrigar 13 moradores, número acima do permitido pela Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de 10 moradores em uma residência terapêutica de modalidade II, ainda havia 2 munícipes em situação de longa internação em instituições psiquiátricas de caráter asilar, os quais aguardavam vaga para serem incluídos no serviço.

Conforme foi levantado por meio das visitas realizadas em setembro e outubro de 2019, eram atendidas cerca de 1500 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, das quais 600 frequentavam o CAPS II Bem Viver¹²⁸, 800 frequentavam o CAPSad Viva a Vida, 100 frequentavam o CAPSi Casinha Azul e 13 pessoas moravam na residência terapêutica do município.

¹²⁷ Panorama do Município de Itaguaí. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/itaguaui/panorama>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

¹²⁸ Dado aproximado do ano anterior à visita.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente para a rede de saúde mental de Itaguaí na ordem de 41 novos usuários por semana.

Havia um veículo da prefeitura compartilhado para toda a rede de saúde mental do município, que englobava o CAPS, o CAPSad, o CAPSi, o Ambulatório e um SRT. Para a sua utilização em visitas domiciliares e demais deslocamentos institucionais, os profissionais observavam uma escala entre os serviços para uso do veículo. Assim, as equipes se organizavam para que todos pudessem fazer uso do único veículo disponível para a RAPS. Contudo, esse rodízio prejudicou a frequência dos moradores do SRT às atividades realizadas pelo CAPS, já que, quando o serviço possuía um veículo exclusivo, era possível levá-los todos os dias; o atual contexto impôs, contudo, uma restrição no desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares desses moradores.

O fornecimento de alimentação era feito através de empresa terceirizada, que entregava “quentinhas” aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município. Para algumas equipes, a quantidade mostrava-se insuficiente e irregular, enquanto que, para outras, como o CAPSi Casinha Azul e o Serviço Residencial Terapêutico, era avaliada como suficiente para atender a demanda dos usuários.

Em relação à oferta de medicação, o fornecimento estava regular, embora faltassem alguns medicamentos. Os usuários buscavam a medicação na farmácia central; a administração de medicação injetável levada pelos usuários poderia ser feita nos postos de enfermagem do CAPS e do CAPSad. Os usuários do CAPSi, no entanto, enfrentavam dificuldades para se deslocar até a farmácia central e obter os medicamentos, em razão da distância.

7.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS BEM VIVER

Este CAPS tipo II, cuja data de inauguração a equipe do serviço não soube informar, é referência para todo o Município de Itaguaí. Localizava-se na região central, de fácil acesso e com oferta de transporte público. Na visita realizada em setembro de 2019, atendia cerca de 600 pessoas, mas a estimativa era de que, em 2019, passaria a atender 1000 pessoas, já que a média de novos usuários oscilava entre cinco e seis pessoas por dia. O perfil desses usuários compreendia pessoas adultas, predominantemente homens entre 30 e 40 anos. As principais demandas do público eram esquizofrenia e tentativa de suicídio.

Estruturalmente, o imóvel era amplo e arejado, com espaço suficiente para a realização das diversas atividades, mas apresentava infiltrações e mofo. O mobiliário foi considerado insuficiente para prover conforto aos usuários. Foi observada, também, a necessidade de pequenos reparos, além da adequação do descarte de lixo e de entulho.

O serviço contava com linha telefônica, que funcionava de forma intermitente, e computador com acesso à internet na sala administrativa. No entanto, esse único computador não era suficiente para atender toda a equipe, motivo pelo qual os prontuários eram feitos de forma física.

De acordo com o art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Embora não previsto na portaria, mas em razão do tamanho da demanda atendida, a equipe do CAPS Bem Viver indicou a necessidade de admissão de um profissional de Serviço Social, um nutricionista, um oficinheiro, um profissional administrativo, um cozinheiro, um auxiliar de serviços gerais e um vigilante.

A equipe do CAPS Bem Viver realizava atendimentos individuais e em grupo, incluindo-se atendimentos aos familiares dos usuários,

assembleias mensais, além de oficinas de música, de arte e de higiene pessoal, mas nenhuma que pudesse ser inserida no Programa de Geração de Renda. Também eram promovidas festas temáticas de acordo com a época do ano, como também eram realizadas atividades externas, como visitas domiciliares e possibilidade de passeios a cada três meses.

Os profissionais do CAPS Bem Viver realizavam reuniões semanais e estavam articulados com outros serviços da rede de Saúde e Assistência Social. Para emergências, a referência era o Hospital Geral São Francisco Xavier, único hospital do município, que possuía um leito de Saúde Mental.

Importante ressaltar que, à época da visita da equipe da Defensoria Pública no Município de Itaguaí, a gestão municipal de saúde havia concentrado o fluxo de entrada do atendimento psicossocial dos munícipes exclusivamente no CAPS e lotou todos os profissionais de Psicologia neste serviço, que passaram a ser responsáveis pela análise de toda e qualquer demanda de saúde mental do município. Desse modo, a equipe do CAPS passou a organizar o acolhimento da seguinte forma: primeiro agendava-se um atendimento com um profissional da equipe que, conhecendo a demanda apresentada, referenciava para o CAPS, para o ambulatório de saúde mental ou para outro serviço da Atenção Básica. Isso significou uma sobrecarga para os profissionais do CAPS e uma espera para o primeiro atendimento de cerca de três meses, ocasionando, assim, um prejuízo na oferta desse serviço, que precisaria ser “porta aberta” na promoção de atenção psicossocial de maneira ampla, com foco nas pessoas com transtornos mentais graves.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor de saúde municipal, como a realização de diversos reparos na estrutura física do imóvel; a troca do mobiliário; a aquisição de novos computadores para atender toda a equipe técnica; a aquisição de veículo exclusivo para o CAPS; a regularização do fornecimento de alimentação e a admissão de novos profissionais,

necessários para o bom funcionamento do serviço, dentre outras recomendações.

Durante a visita, pôde-se perceber que a equipe técnica do CAPS Bem Viver atuava alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, promovendo a autonomia dos usuários através da realização de assembleias mensais, e sua inclusão social por meio de comemorações de datas festivas e passeios a pontos turísticos. Além disso, a equipe oportunizava que pessoas em cumprimento de pena de serviço comunitário a cumprissem no serviço.

CAPSad VIVA A VIDA

Este CAPSad, inaugurado em outubro de 2019, referência para todo o Município de Itaguaí, estava localizado em área central e acessível, e foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em outubro de 2019. Na oportunidade, foi informado que havia aproximadamente mil cento e trinta usuários cadastrados, oitocentos deles efetivamente ativos. A média de novos usuários era de dez pessoas por semana. O perfil dos usuários compreendia adultos na faixa etária de 30 a 50 anos, com predominância do gênero masculino, e as principais demandas são uso prejudicial de álcool, maconha, cocaína e do inalante loló.

Na época da visita, somente um adolescente fazia acompanhamento neste CAPSad. A unidade dava suporte ao CAPSi no atendimento individual aos adolescentes com uso prejudicial de drogas, mas sem incluí-los em seus grupos. A equipe entendia que o CAPSad não era o local mais apropriado para o atendimento de crianças e adolescentes.

Estruturalmente, o CAPSad apresentava infiltrações, rachaduras, mofo e avarias nas paredes de todo o imóvel. A torneira de um dos chuveiros não funcionava e não havia assento em um dos vasos sanitários. Pela equipe da Defensoria Pública foi recomendada à Secretaria de Saúde do município a reposição dos aparelhos perdidos devido aos constantes furtos sofridos, tais como aparelhos de ar-condicionado e ventiladores.

Não existia farmácia no CAPSad, de forma que os medicamentos eram fornecidos pela farmácia central do município. Contudo, o serviço dispunha de uma sala de enfermagem onde era administrada a medicação injetável, quando necessário. Também foi constatada, devido à grande demanda de usuários, a necessidade de criação de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso, conforme estipula o art. 4.5, alínea “h”, da Portaria GM/MS nº 336/2002.

Não havia nenhum computador no CAPSad Viva a Vida devido a um furto ocorrido anteriormente à visita. Foi recomendada ao Secretário de Saúde de Itaguaí a compra de computadores e impressoras, além da regularização do acesso à internet, que também se mostrava com problemas. O serviço contava com linha telefônica, que funcionava.

Havia déficit de um médico clínico, um enfermeiro com formação em saúde mental e três profissionais de nível médio para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.5.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. Assim, foi recomendada pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde de Itaguaí a admissão desses profissionais e, embora não previsto em portaria, mas devido à grande demanda atendida e à quantidade de novos usuários que procuravam o serviço, também foi recomendada a admissão de mais um assistente social e um psicólogo, além de vigia e porteiro. Tal necessidade mostrava-se urgente devido ao fato de que esse CAPSad era o único serviço do município voltado para o atendimento de pessoas com uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas.

A equipe do CAPSad Viva a Vida realizava vários tipos de atendimentos. No entanto, devido à demanda altíssima que vinha recebendo, desde que a RAPS se tornou a única porta de entrada da Saúde Mental, a equipe privilegiava as atividades em grupo em detrimento das atividades individuais. Eram realizadas assembleias com usuários, assim como atendimento aos familiares. A equipe também promovia festas em datas comemorativas e organizava palestras para os usuários do serviço com temas como a Luta Antimanicomial e o

Setembro Amarelo. Passeios em grupo ocorriam por meio de um ônibus alugado trimestralmente pela prefeitura de uma empresa terceirizada.

No que se refere à articulação com a rede de serviços locais, a equipe do CAPSad frequentava reuniões interinstitucionais, promovidas pela Coordenação de Psicologia da Secretaria de Saúde. Nessas reuniões, se faziam presentes os profissionais de Educação, Saúde, Assistência Social, Conselhos Tutelares e ETIC (Equipe Técnica Interdisciplinar Cível) do Tribunal de Justiça. Havia também uma agenda fixa com profissionais do Centro Pop no espaço do próprio CAPSad. Além disso, os profissionais do CAPSad Viva a Vida eram convocados para participar das audiências concentradas do Tribunal de Justiça em favor de pessoas em acompanhamento no CAPSad cujos filhos foram acolhidos pelo Conselho Tutelar.

A equipe demonstrou realizar articulação positiva com a Unidade Básica de Saúde, CAPS Bem Viver, Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Saúde Coletiva, SAMU Baixada, serviços da Assistência Social, sobretudo o Centro Pop, Educação (mediante palestras) e Promotoria de Justiça. Com relação aos hospitais, existe o Hospital Municipal São Francisco Xavier, mas o público do CAPSad Viva a Vida também procurava o Hospital Municipal Pedro II do Rio de Janeiro.

Uma das dificuldades apontadas com a rede de serviços dizia respeito à falta de unidades de acolhimento (UAA) e residências inclusivas no Município de Itaguaí para pessoas adultas e pessoas com deficiência.

Em relação ao trabalho com equipes de instituições fechadas, o CAPSad recebia usuários de comunidades terapêuticas e do Sistema Penitenciário que chegavam, em sua maioria, por iniciativa própria, com exceção dos usuários de comunidades terapêuticas, que chegavam ao CAPSad acompanhados de um “coordenador”. O atendimento feito pela equipe do CAPSad era realizado com o objetivo da desinstitucionalização e do encaminhamento dessas pessoas nas unidades da RAPS.

O encaminhamento para internações de usuários já referenciados no CAPSad era realizado somente quando se esgotavam todas as possibilidades de intervenção e, durante a internação, a equipe fazia o acompanhamento por meio da visitação, se entendesse necessário.

Diante da realidade constatada no CAPSad, a equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que providenciasse a criação de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso; a aquisição de novos serviços de mídia e informática; o acesso à internet aos computadores; e a realização de diversos reparos na estrutura física do imóvel.

A equipe da unidade demonstrou ser bem alinhada aos ditames da Reforma Psiquiátrica antimanicomial e valorizava a produção artística dos usuários, deixando visíveis, por todo o serviço, desenhos e objetos criados nas oficinas de artes; também realizava assembleias mensais com esses usuários, a fim de promover sua autonomia e inclusão social.

CAPSi CASINHA AZUL

Este CAPSi existe desde o ano de 2006, e é referência para todo o Município de Itaguaí. Localiza-se em área central e com acesso a meios de transporte. Na visita, realizada em outubro de 2019, foi informado que havia cento e doze usuários ativos no serviço e média de dezesseis novos usuários por semana. O acompanhamento no CAPSi se dá, em geral, numa frequência de três vezes por semana. O perfil de usuários compreendia crianças e adolescentes entre 02 e 18 anos, com predominância do gênero masculino, e a principal demanda era a síndrome do espectro autista. Entretanto, a equipe vinha percebendo o aumento dos casos de tentativa de suicídio e de automutilação.

Estruturalmente, o CAPSi Casinha Azul apresentava algumas infiltrações, focos de mofo e rachaduras por todo o imóvel, além da necessidade de reparos na fechadura do portão de entrada, no bebedouro instalado no refeitório e na janela da cozinha.

Também mostrou-se necessária a adequação do serviço, a fim de que promovesse mais acessibilidade aos usuários, principalmente para que fosse alcançado o amplo espaço localizado no andar de cima e que era utilizado para atividades corporais e em grupo – seu acesso se dava por meio de uma escada, o que dificulta ou impede a utilização dele pelas pessoas com limitações motoras e físicas. Desse modo, foi recomendado pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde: o reparo na fechadura e no porteiro eletrônico do portão de garagem do serviço, que estavam inoperantes, tendo em vista que era por ele que as pessoas em cadeiras de rodas acessavam o CAPSi Casinha Azul; além das adaptações necessárias para se dar acessibilidade ao andar superior, em que ocorriam atividades corporais e motoras, cujo acesso se dava por meio de escada.

Nas dependências do CAPSi, a presença de pinturas, desenhos, artesanatos, gravuras e frases tornava o ambiente mais lúdico e acolhedor ao mesmo tempo em que expunha e valorizava as produções realizadas pelas crianças e adolescentes usuários do serviço.

O CAPSi Casinha Azul contava com linha telefônica e dois computadores, ambos com acesso à internet, sendo que um era para uso dos profissionais e outro, dos usuários. O serviço contava também com uma impressora.

Havia déficit de profissionais de nível médio para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.4.2, alínea “d” da Portaria GM/MS nº 336/2002, sendo recomendada pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a sua admissão.

A equipe do CAPSi Casinha Azul realizava as seguintes atividades: atendimento individual e atendimento em grupo com as crianças e adolescentes; atendimento individual aos familiares; assembleias; oficinas, que variavam de acordo com a demanda; festas em datas comemorativas; atividades externas como visita domiciliar e passeios

em grupo, que ocorriam por meio de um ônibus alugado pela prefeitura, a cada três meses, de uma empresa terceirizada.

No que se refere à rede de serviços, o CAPSi estava articulado com as unidades de saúde da atenção primária, o hospital de emergência municipal, os conselhos tutelares, as unidades de acolhimento, a Educação, as instituições do Sistema de Justiça e com o CAPS adulto, a fim de que fosse realizada a continuidade do tratamento, no caso de usuário que completava 18 anos.

A equipe revelou dificuldades em relação à rede básica, que não conseguia absorver a demanda que lhe era própria, dada uma conjuntura de carência de profissionais na rede, fato que sobrecarregava o CAPSi. Foi sinalizado, ainda, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não contava como o apoio matricial em saúde mental e que não havia também equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O apoio matricial é ferramenta importante para a integralidade do cuidado da população usuária do SUS, auxiliando na intervenção sobre as necessidades de saúde.

Foi recomendado pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde o reparo das infiltrações, dos focos de mofo e rachaduras encontradas por todo o imóvel, além do conserto da fechadura do portão da garagem, do bebedouro instalado no refeitório e da colocação do vidro da janela localizada na cozinha. Também foi recomendado ao gestor que analisasse a pertinência de que fosse estabelecido um cronograma de reuniões interinstitucionais da equipe multidisciplinar do CAPSi com representantes das demais políticas públicas, em especial Saúde, Educação e Assistência Social a fim de criar melhor interlocução entre os diversos serviços existentes, contribuindo para o atendimento sistêmico e integral dos usuários e familiares.

Na ocasião da visita, a equipe da Defensoria Pública consignou em relatório o mérito demonstrado pela equipe da unidade, que conseguia desenvolver as principais atividades que um CAPSi deveria

proporcionar aos seus usuários, de forma interdisciplinar e em rede, mesmo enfrentando dificuldades recorrentes em seu cotidiano.

7.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Itaguaí possuía, à época da visita, um Serviço Residencial Terapêutico do tipo II, que havia sido inaugurado há cerca de quinze anos e há sete estava instalado no endereço atual. Esse SRT foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em setembro de 2019.

Tratava-se de um mesmo conjunto arquitetônico organizado como uma vila composta de quatro casas idênticas, e que estava situado em área central do município, provida de meios de transporte suficientes. No que diz respeito à estrutura, o serviço estava em bom estado de conservação e salubridade; apenas pequenos reparos deveriam ser feitos. Porém, havia barreiras físicas que tornavam o local não acessível para pessoas com deficiência física ou sensorial.

No Serviço Residencial Terapêutico residia o total de treze moradores: nove homens e quatro mulheres, divididos em três casas; a quarta casa era utilizada pela administração do serviço, que contava com telefone em funcionamento e computadores com acesso à internet. A divisão das casas era feita com cores: Casa Amarela, Casa Rosa, Casa Azul e Casa Verde. É importante ressaltar que, apesar as casa receberem nomes diferentes, a habilitação era como um único serviço. Por isso, o número de moradores não estava de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, que prevê até dez moradores por SRT tipo II. Além disso, dois municípios aguardavam vaga em residência terapêutica para serem desinstitucionalizados, o que demonstrava a necessidade da criação de mais um SRT no município.

No dia da visita, não foi possível verificar o número de moradores que dormiam em cada quarto a fim de se verificar se esse dado estava de acordo com o preconizado no art. 6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000, que prevê até três moradores por dormitório.

Os moradores estavam referenciados no CAPS Bem Viver e alguns o frequentavam regularmente. Alguns moradores tinham autonomia, chegando a sair sozinhos, a exemplo de dois deles, que frequentavam regularmente a escola; entretanto, nenhum dos moradores que possuía suficiente autonomia exercia atividade laborativa ou estava atrelado a um Programa de Geração de Renda. Outros moradores, no entanto, apresentavam total dependência para as atividades da vida diária. Nem todos tinham histórico de internação psiquiátrica; alguns passaram por acolhimentos em instituições assistenciais e alguns vivenciaram abandono familiar. Porém, todos os moradores apresentavam transtorno mental e faziam acompanhamento no CAPS. Poucos mantinham contato com familiares, que faziam visitas esporádicas.

Levando-se em conta o que orienta a Portaria GM/MS nº 106/2000 em relação à equipe mínima de um SRT tipo II, não faltavam profissionais. No entanto, foi recomendada pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a admissão de mais dois auxiliares de serviços gerais, devido à amplitude do imóvel, assim como de um nutricionista, para elaboração de cardápio especial para os moradores com necessidade de dietas diferenciadas.

O SRT não possuía mais um veículo exclusivo que atendesse suas demandas e, na ocasião da visita da equipe da Defensoria Pública, os moradores utilizavam um veículo da prefeitura que era compartilhado com toda a rede de saúde mental do município. Esse veículo era utilizado para as idas ao CAPS. Contudo, tal solução mostrava-se insuficiente ao desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos moradores, já que não era mais possível levá-los todos os dias ao CAPS Bem Viver. Além disso, por vezes, era necessário utilizar o serviço de transporte por aplicativo para a locomoção a outros lugares além do CAPS, o que gerava um custo mensal adicional, que era retirado também dos benefícios dos moradores. Passeios em grupo eram feitos a cada três meses, uma vez que havia a possibilidade de a equipe do serviço alugar um ônibus de uma empresa terceirizada pela prefeitura.

A alimentação do SRT de Itaguaí foi considerada pela equipe do serviço suficiente e regular para suprir as necessidades dos moradores; era oferecida em forma de gêneros alimentícios a serem preparados no SRT. Havia necessidade de cardápio especial, mas não havia nutricionista disponível para o serviço.

Em relação à medicação prescrita para os moradores, foi informado à equipe da Defensoria Pública que o fornecimento estava regular e era feito através da farmácia central do município embora, eventualmente, houvesse falta de algum medicamento, que era adquirido com o dinheiro dos benefícios dos moradores. Esse dinheiro era contabilizado coletivamente, sem distinção individual, tendo em vista que menos da metade dos moradores recebem benefícios assistenciais.

A equipe do SRT demonstrou empenho em promover a integração dos moradores a partir de confraternizações, como a festa de aniversário presenciada pela equipe da Defensoria Pública, e do estímulo à sua autonomia através da construção de vínculos sociais com pessoas de fora do serviço.

7.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

Devido ao caráter recente das visitas feitas pela Defensoria Pública aos serviços de saúde mental de Itaguaí e ao fenômeno inesperado da pandemia da COVID-19, os relatórios de visita foram apenas há pouco enviados ao gestor de saúde do município. Aguarda-se, portanto, a realização de reunião com o gestor municipal de saúde e o subsequente monitoramento de todas as recomendações feitas ao final dos relatórios, por meio do envio de ofícios, e-mails, contatos telefônicos e reuniões, em que a Defensoria Pública busca uma atuação cooperativa para o fomento, a qualificação e a expansão da RAPS do município.

Muitas dessas recomendações são de fácil solução e resultam em grande impacto na população como, por exemplo, a maior publicização das informações relativas aos serviços da rede de saúde mental.

Assim, a Defensoria Pública recomendou ao gestor de saúde municipal que disponibilizasse, no site da prefeitura, endereço, telefone e horário de atendimento do CAPS Bem Viver, do CAPSad Viva a Vida e do CAPSi Casinha Azul, além da instalação de placa de identificação na fachada do CAPS Bem Viver, para facilitar sua identificação.

8. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Japeri

O município possuía 101.237 habitantes no ano de 2018, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹²⁹. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por **1 CAPS tipo II e 2 SRT tipo I**.

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à quantidade da população do Município de Japeri, deveria haver: **1 CAPS tipo II e 1 CAPSad**.

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em março de 2018, eram atendidas cerca de 700 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, das quais 100 pessoas que frequentavam o CAPS II Dr. Jorge Tannus Rejame eram, na realidade, público de CAPSad.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente na ordem de 4 usuários por semana para a Rede de Saúde Mental de Japeri.

No que diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos, 7 pessoas moravam nas residências terapêuticas, e nenhuma pessoa aguardava vaga para sua inclusão.

Existia um veículo exclusivo da RAPS para realização de atividades externas, mas que não era suficiente para os SRTs, já que não atendia à necessidade de conduzir os moradores ao CAPS na frequência exigida pelos seus Projetos Terapêuticos Singulares. Havia, ainda, a dificuldade

¹²⁹ Panorama do Município de Japeri. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/japeri/panorama>>. Acesso em 18 abr. 2020.

das equipes, tanto do CAPS quanto dos SRTs, em promover passeios em grupo com os usuários devido à falta de disponibilidade, por parte da prefeitura, de veículos maiores, como van ou ônibus.

O fornecimento de alimentação para os serviços da RAPS estava suspenso desde 2015, comprometendo a efetivação dos Projetos Terapêuticos Singulares, pois a frequência de cada usuário ao CAPS era pautada pelo horário das refeições, e não pelas necessidades e desejos de cada um. Nos Serviços Residenciais Terapêuticos, a falta de fornecimento da alimentação pela prefeitura significava ainda a utilização dos benefícios dos moradores para custear toda a alimentação do serviço. Em relação ao fornecimento de medicação, todavia, não houve qualquer sinalização de falta de medicamentos na rede, nem de dificuldades na dispensação aos usuários.

8.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS DR. JORGE TANNUS REJAME

Este CAPS tipo II foi inaugurado em 2007, funcionava no mesmo local desde 2009 e era referência para todo o Município de Japeri. Localizava-se em região central e acessível, mas não havia placa de identificação na sua fachada. Na visita realizada em março de 2018, atendia cerca de 700 usuários ativos, com média de quatro novos usuários por semana. O perfil destes compreendia pessoas a partir dos 18 anos, majoritariamente do gênero masculino. As principais demandas apresentadas eram de transtorno psicótico e esquizofrenia, mas também o serviço recebia demandas relativas a situações de uso prejudicial de substâncias psicoativas, com horários específicos de atendimento desse público, tendo em vista não haver serviço especializado no município para esta demanda.

À época da visita de retorno da equipe da Defensoria Pública ao CAPS, uma reforma em toda a estrutura do imóvel estava sendo

finalizada, para melhor se adequar ao serviço prestado, muito embora sua estrutura já fosse adequada para o serviço prestado. Contudo, não havia total acessibilidade para pessoas com deficiência física, mesmo com a reforma realizada. O CAPS tinha ambiente agradável, sem infiltrações ou goteiras. Havia salas para as diferentes atividades, mas não havia farmácia ou posto de enfermagem no serviço; a dispensação de medicamentos era realizada no Posto Central Unidade Mista Engenheiro Pedreira, com a possibilidade de administração de medicação injetável pelos profissionais do CAPS.

O CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame dispunha de linha telefônica em funcionamento e computadores com acesso à internet para uso dos profissionais. Os prontuários, no entanto, eram físicos, já que a equipe do CAPS não utilizava o computador para a atualização das anotações referentes ao tratamento.

De acordo com o art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. A equipe do CAPS Bem Viver indicou a necessidade de admissão de alguns outros profissionais para ampliar as atividades oferecidas, tais quais: um musicoterapeuta, um terapeuta ocupacional e um profissional de educação física. Embora não estivesse previsto na portaria, tal necessidade se apresentava em razão da quantidade da demanda atendida.

A equipe do CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame realizava atendimentos individuais e em grupo, incluindo atendimentos aos familiares dos usuários, assembleias mensais, além de atividades comunitárias e visitas domiciliares. Não eram realizadas oficinas terapêuticas ou atreladas ao Programa de Geração de Renda, em razão da falta de alimentação, que limitava o tempo de permanência dos usuários no serviço. No CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame também eram promovidas festas de aniversários dos moradores das residências terapêuticas além de se comemorarem outras datas festivas. As atividades externas em grupo,

como idas a fazendas, sítios e jardins zoológicos, que ocorriam duas vezes por mês, haviam sido suspensas por falta de verba.

Os profissionais do CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame mostraram-se bem articulados com a Unidade Básica de Saúde, com a Equipe de Saúde da Família e o serviço hospitalar de referência, a Policlínica Itália Franco, que atendia emergência 24 horas. Para emergências psiquiátricas eram referências os Polos de Saúde Mental de Austin, em Nova Iguaçu, e de Paracambi. Também tinham bom fluxo de articulação com os serviços vinculados à política de Assistência Social do município e com o sistema de Justiça.

Por fim, a equipe multidisciplinar da Defensoria Pública observou que o CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame era insuficiente para atender toda a demanda do Município de Japeri. Foi recomendada, então, ao gestor municipal de saúde, a criação de um serviço especializado em álcool e outras drogas (CAPSad), conforme determina a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 para municípios com mais de setenta mil habitantes. Embora a quantidade de munícipes não o exigisse, a equipe recomendou também a formulação de um plano para a construção de um CAPSi, tendo em vista a grande demanda de crianças e adolescentes que os profissionais do CAPS vinham recebendo, provenientes do ambulatório, e que já comprometia o serviço prestado ao público adulto.

Em que pesem as dificuldades, inclusive orçamentárias, que prejudicavam o trabalho dos profissionais do CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame, impossibilitando a realização de parte das atividades previstas na Portaria GM/MS nº 336/2002, é de se destacar o empenho destes em promover um acompanhamento baseado na autonomia e na valorização dos vínculos interpessoais. Destaque-se a realização de assembleias mensais com os usuários para a discussão de temas relevantes para o serviço e a organização de festas de aniversário para os usuários.

8.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Japeri dispunha, à época da visita, de dois Serviços Residenciais Terapêuticos do tipo I – um havia sido inaugurado há 10 anos e o outro, há 4 anos. Esses SRTs foram visitados pela equipe da Defensoria Pública em março de 2018 e estavam localizados em Engenheiro Pedreira. Havia a intenção do gestor municipal de saúde em transferir os moradores desses SRTs para um único imóvel de dois andares situado bem próximo ao CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame. A equipe da Defensoria Pública chegou a visitar o novo imóvel, já reformado e prestes a ser entregue para a Secretaria Municipal de Saúde, mas a mudança não ocorreu.

Tratava-se de duas casas localizadas na mesma rua situada em área afastada do centro da cidade, sem oferta de meios de transporte suficientes na localidade. Em uma das casas residiam dois homens e duas mulheres e, na outra, um homem e duas mulheres. Nas duas casas, a divisão dos moradores pelos quartos era feita com base no gênero. Desse modo, o número de moradores e a divisão por quartos estava em consonância com o que preconiza a Portaria GM/MS nº 106/2000.

Todos os moradores possuíam histórico de longa internação em instituição psiquiátrica da região, e apenas três mantinham contato com familiares, que os visitavam de maneira esporádica. Os moradores possuíam autonomia para atividades da vida diária, embora necessitassem de supervisão. Todos eles recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), cujo valor estava sendo usado também para a compra de produtos alimentícios, em virtude do não fornecimento de alimentação pela prefeitura, que se mantinha desde 2015. No entanto, após a visita da Defensoria Pública e tratativas com o gestor municipal de saúde de Japeri, a prefeitura passou a enviar cestas básicas para os moradores dos SRTs.

No que diz respeito à estrutura, as casas eram de tamanho suficiente para o conforto dos moradores, apresentavam boas condições e contavam com jardim. Porém, havia mofo nas paredes e a necessidade de alguns reparos. Nenhuma das casas possuía telefone. A localização delas era distante do CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame, o que se mostrou como um dos motivos para a baixa frequência dos moradores a este serviço.

A quantidade de profissionais existente nos SRTs estava em consonância com o que preconiza a Portaria GM/MS nº 106/2000; três cuidadoras revezavam o plantão de 24 horas por 48 horas, o que garantia uma profissional por dia, além de uma profissional para serviços gerais.

Chamou a atenção positivamente a referência das casas com o posto de saúde do território; o serviço recebia a visita regular de uma enfermeira, responsável pela aplicação de medicação injetável em alguns dos moradores, e de um médico, que se tornou referência para contato em caso de emergências e que avaliava a necessidade de comparecimento à policlínica do município.

Os moradores também frequentavam outros serviços da região, como estabelecimentos comerciais, e passeavam acompanhados das cuidadoras. Nenhum deles estava inserido em programas educacionais ou em Programa de Geração de Renda. A frequência dos moradores ao CAPS Dr. Jorge Tannus Rejame não se dava nos moldes propostos por esse serviço por dois motivos: a falta de alimentação no CAPS, que impedia a frequência diária; e a enorme distância entre as residências terapêuticas e o CAPS, agravada pela falta de veículo próprio para o transporte dos moradores, já que o veículo exclusivo para a RAPS era insuficiente para o dia a dia de todos os moradores das duas residências terapêuticas.

Foi recomendado pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a regularização do fornecimento de alimentação

e material de higiene e limpeza; a mudança do imóvel para um local mais próximo ao CAPS Dr. Jorge Rejame; a disponibilização de veículo exclusivo para o SRT para viabilizar a frequência dos moradores no CAPS, além de outras recomendações.

Merece destaque o trabalho de articulação feito pela equipe dos SRTs de Japeri, particularmente com a unidade básica de saúde da região, além da promoção da autonomia dos moradores através de idas ao comércio da localidade e passeios pelo bairro.

8.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

A interlocução com a Prefeitura Municipal de Japeri foi iniciada logo após a visita realizada em 29 de agosto de 2018. Antes mesmo da reunião com o gestor municipal de saúde de Japeri, foram requisitadas (através dos ofícios nº 1226/NUDEDH/2018 e 3447/NUDEDH/2018) informações sobre a eventual existência de contrato em vigência para o fornecimento de alimentação nos serviços da rede de saúde mental municipal, tendo em vista a urgência da regularização deste fornecimento, que estava suspenso desde 2015.

Em agosto de 2018, após a expedição dos ofícios mencionados, foram entregues ao gestor municipal de saúde, em reunião presencial, os relatórios de visita ao CAPS II Dr. Jorge Tannus Rejame e aos Serviços Residenciais Terapêuticos que, ao final, continham recomendações.

Em maio de 2019, a equipe da Defensoria Pública voltou a se reunir com o Secretário Municipal de Saúde. Nessa oportunidade, este passou a esclarecer as providências adotadas para implementar as recomendações.

Sobre a necessidade de admissão de novos profissionais para os serviços da rede de saúde mental, esclareceu que o Município de Japeri recebeu, do Ministério Público, recomendação para não realizar novos processos seletivos simplificados até que fosse realizado concurso

público e, tendo a administração acatado a recomendação, passou-se a estudar a viabilidade do concurso público para toda a estrutura de saúde municipal.

Sobre a criação de novos serviços, esclareceu que ainda não havia implementado um CAPSad no município por falta de profissionais. E quanto à criação de um CAPSi, ressaltou que concordava com a necessidade de tal serviço no município, mas não vislumbrava possibilidade de implementá-lo naquele momento. Posteriormente, por meio do ofício nº 11/2020/SEMUS/JUR, a Defensoria Pública foi informada pela Secretaria Municipal de Saúde da sua intenção de iniciar estudos para a implementação de um CAPSi. No Plano Nacional de Saúde para 2018/2019, houve uma previsão de estudos de viabilidade da implementação de um CAPSi na cidade, que vem sendo incentivada pela Defensoria Pública.

Especificamente em relação ao CAPS II Dr. Jorge Tannus Rejame, foram feitas adequações estruturais para promover acessibilidade para pessoas com limitações motoras, tais como a criação de rampa de acesso, a colocação de corrimãos nas escadas e a reforma do banheiro, de modo que se tornasse um banheiro PNE. Em que pese o esforço da Secretaria Municipal de Saúde em conferir total acessibilidade ao imóvel, foi constatado pela Secretaria Municipal de Urbanismo e Habitação que o imóvel que sediava o CAPS era inapto para a execução de reformas que garantissem total acessibilidade, de modo que o imóvel permaneceu sem atender a legislação vigente sobre acessibilidade. Também foi criada uma sala de medicação no serviço, para adequar-se ao Manual de Implementação de CAPS do Ministério da Saúde. Além disso, foi instalada a placa de identificação faltante no serviço, para sua adequada identificação enquanto serviço de saúde.

Especificamente quanto aos SRTs, observou-se a regularização temporária do fornecimento de alimentação, com a compra de cestas básicas e a regularização do fornecimento de material de higiene e limpeza. Ainda, à época, adquiriu-se novo imóvel para a transferência

dos SRTs e a mudança para localidade mais próxima ao CAPS II Dr. Jorge Tannus Rejame, o que jamais se concretizou.

Em que pesem as limitações orçamentárias e políticas vivenciadas pela administração municipal de Japeri, a construção de soluções não litigiosas através dos relatórios de visita e das recomendações tem se mostrado proveitosa, como se pode depreender pelos avanços acima relatados, frutos da interlocução entre a Defensoria Pública e a administração municipal de Japeri.

9. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Nilópolis

O município possuía 162.645 habitantes no ano de 2018, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³⁰. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo II, 1 CAPSad e 3 SRTs, todos do tipo I.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à quantidade da população do Município de Nilópolis, deveria haver: **2 CAPS tipo II; 2 CAPSad e 1 CAPSi.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em agosto de 2018, eram atendidas cerca de 1.470 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, das quais 470 frequentavam o CAPS II Espaço Vivo, 1000 frequentavam o CAPSad Novos Tempos e 23 pessoas residiam nas residências terapêuticas do município.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente para a Rede de Saúde Mental de Nilópolis. A média de novos usuários no CAPS II Espaço Vivo era de 12 a 15 por semana, enquanto no CAPSad Novos Tempos a média era de 30 novos usuários por mês.

Não existia veículo exclusivo à disposição dos serviços da RAPS. As equipes das unidades agendavam a utilização de veículo da Secretaria de Saúde quando necessário. No entanto, ao menos no CAPSad, tal expediente dificultava tanto a realização de visitas institucionais, como as domiciliares, que perdiam regularidade. Em dois dos SRTs, o carro

¹³⁰ Panorama do Município de Nilópolis. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/nilopolis/panorama>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

do cônjuge da coordenadora era utilizado sempre que necessário para atender uma urgência, tendo em vista que além da inexistência de veículo de transporte para o serviço, o SAMU nem sempre atendia aos chamados.

O fornecimento de alimentação era regular nos serviços da rede de atenção psicossocial do município. No entanto, nos SRTs, parte dos recursos próprios dos moradores era destinada para complementar a alimentação. Em relação à oferta de medicação, não foram relatados problemas no fornecimento; a administração de alguns medicamentos era realizada no CAPS II Espaço Vivo e no CAPSad Novos Tempos.

9.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS ESPAÇO VIVO

Este CAPS tipo II foi inaugurado por volta do ano de 1994, e era referência para todo o Município de Nilópolis. Localizava-se em região central e acessível, no mesmo terreno do Complexo Municipal de Saúde, que ali funcionava. Na visita realizada em agosto de 2018, atendia cerca de 378 usuários cadastrados, com uma média de doze a quinze novos usuários por semana. O perfil destes compreendia pessoas com idade que variava de 18 a 72 anos e era majoritariamente composto por homens. A principal demanda do público era esquizofrenia e transtorno bipolar.

O CAPS Espaço Vivo funcionava no mesmo terreno de uma Clínica da Família e havia um posto do SAMU localizado ao lado do Complexo Municipal de Saúde. A divisão do espaço estava adequada para as atividades desenvolvidas. O ambiente estava organizado e em boas condições de salubridade. Para seu acesso havia rampas que garantiam a acessibilidade. No entanto, no interior do serviço havia infiltrações e goteiras, especialmente na cozinha do serviço.

O serviço contava com linha telefônica e apenas um computador, sem acesso à internet, na sala administrativa.

Havia déficit de um profissional de nível superior para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. E, em razão da grande demanda atendida pelo serviço, a equipe do CAPS Espaço Vivo indicou a necessidade de admissão de mais profissionais para suportar o quantitativo de usuários, como mais um médico psiquiatra, dois psicólogos, um assistente social, profissionais para o administrativo, oficinairos, terapeutas ocupacionais e profissionais para a limpeza. Avaliou-se que esse CAPS não era suficiente para acolher a crescente demanda do município, sobretudo jovens, apontando a necessidade de criação de um CAPSi.

A equipe do CAPS realizava atendimentos individuais, coletivos e com os familiares, reuniões e oficinas de confecção de desenhos e pinturas, comemoração de festas e outros eventos, bem como assembleias diárias com os usuários. Além de visitas domiciliares e atividades externas semestrais, estas últimas feitas com grupo de usuários.

Os profissionais do CAPS Espaço Vivo também se articulavam em rede com outros serviços da RAPS e de outras políticas públicas. Mantinham articulações com a Unidade Básica de Saúde, Unidade de Emergência (Unidade de Pronto Atendimento - UPA, não especializada em Psiquiatria), com as instituições do sistema de Justiça (no caso, com o Ministério Público), e com a Assistência Social (CRAS e CREAS), que, geralmente, apenas encaminhava usuários. Havia também uma articulação com escolas que faziam encaminhamentos dos estudantes com casos de depressão e ideação suicida.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a admissão de mais profissionais para fazer frente à demanda crescente do CAPS Espaço Vivo. Ainda, foi recomendada a qualificação do CAPS II,

de maneira que se tornasse um CAPS III, a fim de atender emergências de seus usuários referenciados. Além disso, foi recomendada a instalação de um CAPSi, já que a equipe do CAPS Espaço Vivo vinha recebendo o público infantojuvenil com ideação suicida devido à inexistência desse serviço no município.

A equipe do CAPS Espaço Vivo mantinha o serviço em funcionamento, atendendo a uma perspectiva antimanicomial e de trabalho em rede, não obstante sofresse com a insuficiência de serviços da atenção psicossocial especializada do município, notadamente em razão da ausência de um CAPSi, além da falta de material de trabalho, tal como um veículo exclusivo para a realização de atividades externas.

CAPSad NOVOS TEMPOS

Este CAPSad, inaugurado em agosto de 2012, referência para todo o Município de Nilópolis, estava localizado em área central e acessível e, embora houvesse uma placa de identificação no local, estava afixada em local recuado da calçada, dificultando sua visualização. O serviço foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em agosto de 2018. Na oportunidade, foi informado que havia cerca de 1.000 usuários ativos, com uma média de trinta novos usuários por mês. O perfil era majoritariamente de homens; não foram colhidas informações sobre a faixa etária. A demanda prevalente era uso prejudicial de múltiplas substâncias, a partir do uso de substâncias legalizadas. A média de atendimento diário era de oitenta a cem usuários, e o fluxo de atendimento era intenso, sobretudo às quintas e sextas-feiras, dias de atendimento do médico psiquiatra e do médico clínico. Todos os usuários frequentavam o CAPSad, no mínimo, três dias da semana.

No que se refere à parte estrutural, o serviço funcionava em um imóvel pequeno, tanto em sua área interna quanto externa. Foram identificadas infiltrações e paredes que necessitavam de reparo na pintura. Na ocasião da visita, foi informado que o espaço do CAPSad não era suficiente para acolher toda a demanda.

O CAPSad possuía dois leitos de desintoxicação e repouso, conforme estipulado pelo art. 4.5, alínea “h”, da Portaria GM/MS nº 336/2002. Além disso, sua equipe mantinha parceria com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), para onde encaminhava os casos mais graves. Porém, o quantitativo oferecido de leitos de desintoxicação e repouso não fazia frente à grande demanda de usuários que necessitavam desses leitos. Por isso, a direção do serviço já havia feito pedido de análise para a criação de um CAPSad na modalidade III à Secretaria de Saúde do município.

O CAPSad Novos Tempos dispunha de computadores para a equipe, com acesso à internet. Porém, a linha de telefone não funcionava; foi então recomendada pela Defensoria Pública a sua regularização, para que esteja disponível tanto para o uso da equipe, quanto para que os munícipes possam entrar em contato com o serviço.

De acordo com o art. 4.5.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Embora não previsto na portaria, mas em razão da quantidade da demanda atendida, a equipe do CAPSad Novos Tempos indicou a necessidade de admissão de alguns outros profissionais para ampliar as atividades oferecidas, tais como um profissional de educação física e/ou dança, pois a equipe entendia que os exercícios com o corpo são parte importante e compõem o tratamento terapêutico.

No CAPSad Novos Tempos, eram realizados atendimentos individuais, em grupo e para os familiares, oficinas, assembleias mensais e visitas domiciliares, estas dificultadas pela falta de transporte próprio para uso do serviço. Eram oferecidas oficinas de jardinagem, música, estética, artesanato e conto. A equipe também promovia festas em datas comemorativas, que tiveram sua frequência reduzida pela diminuição do terreno disponível para o serviço em razão de alteração contratual na locação do espaço. Não estavam sendo realizadas atividades externas, em razão da falta de veículo para transportar os usuários.

No que se refere à articulação com a rede de serviços locais, além da UPA, a equipe do CAPSad sinalizou que possuía uma boa relação com o SAMU e que realizava reuniões com a Assistência Social (CRAS e CREAS).

Diante da realidade constatada no CAPSad, a equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que providenciasse a qualificação do serviço para o tipo III, a criação de dois leitos a mais de desintoxicação e repouso, em razão da demanda; a criação de sala de administração e posto de enfermagem; a realização de reparos de manutenção, especialmente para remover infiltrações; a admissão de novos profissionais, especialmente de educação física e/ou dança; a aquisição de veículo próprio para uso do serviço; e, por fim, a disponibilização de transporte coletivo de modo a possibilitar atividades externas.

A equipe do CAPSad demonstrou empenho em promover ampla oferta de atividades aos usuários e estimular sua autonomia na medida em que buscava a sua participação, bem como a de seus familiares, na gestão do serviço, por meio de assembleias.

9.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Nilópolis dispunha, em agosto de 2018, de três Serviços Residenciais Terapêuticos, identificados como SRT 1, SRT 2 e SRT 3, que abrigavam o total de vinte e três moradores.

Não havia veículo disponível para os Serviços Residenciais Terapêuticos do Município de Nilópolis. A equipe precisava recorrer a um aplicativo de serviço de transporte particular para os moradores, inclusive para saídas rotineiras, como as idas ao CAPS. A gravidade dessa questão foi compreendida pela equipe da Defensoria Pública quando os profissionais do serviço informaram que, na ocorrência de situações emergenciais, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) nem sempre respondia. Dessa forma, em várias ocasiões, a

equipe teve que se valer do veículo do cônjuge da coordenadora do SRT 1 e 2, ou teve que pagar por um carro de aplicativo para chegar a alguma unidade hospitalar.

A oferta de alimentação aos moradores dos SRTs era constante e regular, e as equipes buscavam diversificá-la a partir da gestão dos benefícios dos moradores. Entretanto, a conversão dos valores dos benefícios dos moradores em gastos do coletivo, em prejuízo de gastos pessoais, deixava de favorecer a autonomia de cada morador.

A medicação dos moradores provinha do Almoxarifado Central da Unidade de Pronto Atendimento e era entregue para os serviços, que eram responsáveis pela sua administração.

Nenhum dos Serviços Residenciais Terapêuticos possuía telefone fixo. O contato só era possível por meio dos telefones pessoais dos profissionais do serviço.

SRT 1

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo I, cuja data de inauguração a equipe do serviço não soube informar, foi visitado pela Defensoria Pública em agosto de 2018.

Operava no térreo de um imóvel de dois andares. No andar superior situava-se o Serviço Residencial Terapêutico 2. O imóvel estava localizado em uma rua inclinada, o que poderia oferecer alguma dificuldade de acesso a pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção.

Na data da visita ao SRT 1, residiam sete pessoas, sendo quatro homens e três mulheres, que se dividiam em dois quartos, de acordo com o gênero dos moradores. Em um deles, dormiam todos os quatro homens. Em outro, dormiam duas mulheres. Para acomodar a outra moradora da casa, foi necessário adaptar a dispensa do imóvel para sua utilização enquanto quarto improvisado. Assim, embora esta residência terapêutica estivesse de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000,

que preconiza o número máximo de oito moradores em uma residência terapêutica de modalidade I, não respeitava os parâmetros do artigo 6.2.1 da mencionada portaria no caso dos homens, que prevê o máximo de até três moradores por dormitório. Para o caso da moradora que dormia em um quarto improvisado, a situação mostrava-se ainda mais preocupante e, em razão de tudo que foi observado, foi apontada pela Defensoria Pública, ao gestor municipal de saúde, a necessidade de um imóvel maior para alocar o serviço.

Em relação à estrutura do imóvel, havia fiação elétrica exposta e infiltração no teto da área de serviço. Foram recomendados pela equipe da Defensoria Pública, ao gestor municipal de saúde, reparos de manutenção dessas áreas. Não havia quantidade de armários suficientes no quarto dos homens que conferisse a individualidade e a privacidade que lhes era de direito. Alguns eletrodomésticos precisavam ser comprados, assim como camas novas. A quantidade de material de limpeza fornecida pela prefeitura não era suficiente, o que fazia com que os moradores precisassem complementar essas compras com seus benefícios previdenciários.

Chamou a atenção o fato de um dos moradores não ter passado por longa internação em hospitais psiquiátricos. O morador era referenciado no CAPS por mais de uma década, e, após o falecimento de seu pai, com quem residia, foi inserido na residência terapêutica por não ter outros vínculos familiares preservados. Quanto à existência de vínculo com familiares, vale destacar que apenas um dos moradores mantinha algum vínculo.

O SRT 1 contava com quatro cuidadores, estando sempre presente um cuidador ao longo do dia, que também desempenhava atividades de limpeza e acompanhamento dos moradores em saídas do serviço. Além disso, quando um cuidador estava em gozo de férias ou licença, os próprios moradores arcavam com os custos de um profissional substituto. Embora a Portaria GM/MS nº 106/2000 recomende um cuidador de referência para uma residência terapêutica do tipo I,

a equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a admissão de mais um cuidador para cobrir o período de férias dos demais, além de um profissional de serviços gerais a fim de evitar acúmulo ou desvio de função em relação ao trabalho desenvolvido pelos cuidadores.

A esse respeito, o Ministério Público do Estado recomendou a realização de processo seletivo para suprir a necessidade de maior quantidade de profissionais, o que foi acatado pela gestão municipal. No entanto, não havia perspectiva para a realização do processo seletivo, o que configurava um fator de dificuldade para a admissão de novos profissionais.

O SRT estava articulado com a Unidade Básica de Saúde, com o CAPS Espaço Vivo e com o Hospital Municipal Juscelino Kubitschek, que atendia às urgências. Porém, a articulação com o SAMU mostrava-se difícil, tendo em vista que esse serviço não atendia aos chamados.

Diante do que foi constatado, a equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a mudança do SRT 1 para um imóvel maior, a fim de que nenhum morador dormisse em quarto improvisado; e, enquanto não ocorria a mudança, que fossem sanados os problemas de infiltração no imóvel. Recomendou, ainda, a admissão de cuidador e profissionais de serviço geral; a adaptação dos banheiros, com a fixação de barras de apoio para uso dos moradores com mobilidade reduzida; e a disponibilização de veículo para o SRT, a fim de atender às urgências, tendo em vista a dificuldade de o SAMU responder aos chamados.

A equipe do SRT 1 mostrou cuidado em oferecer um verdadeiro ambiente doméstico ao serviço, tendo sido encontrados, pelos cômodos da residência terapêutica, vários objetos de valor pessoal para os moradores, o que causava um sentimento de pertencimento ao local.

SRT 2

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo I, cuja data de inauguração a equipe do serviço não soube informar, também foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em agosto de 2018.

No SRT 2 residiam oito moradores: quatro homens e quatro mulheres. O serviço contava com três quartos. Todos os quartos apresentavam-se arejados, limpos, bem arrumados e equipados, no dia da visita. Em um dos quartos, dormiam três mulheres, em outro, dois homens e, no terceiro quarto, dormiam dois homens e uma mulher, dois deles com mobilidade física reduzida. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para as residências terapêuticas do tipo I e o total de até três moradores por dormitório.

Apesar de dois moradores apresentarem mobilidade reduzida, eles foram instalados justamente na residência terapêutica situada no andar superior do imóvel, o que dificultava, quando não impossibilitava, a sua saída da RT, inclusive para ir ao CAPS.

Os moradores possuíam vínculo afetivo familiar muito restrito ou inexistente. Apenas um deles recebia visitas de familiares esporadicamente. Não se vislumbava a possibilidade de reintegração familiar para qualquer um deles. A maioria dos moradores tinha longo histórico de internação na Clínica Dr. Eiras. No entanto, chamou a atenção o fato de um dos moradores não ter passado por longa internação em hospitais psiquiátricos, ali estando por encaminhamento do Ministério Público para que saísse da situação de rua. Os moradores não contavam com programas de alfabetização e reinserção no trabalho.

Assim como no SRT 1, os profissionais desse serviço acumulavam funções. Os quatro cuidadores, por exemplo, desempenhavam atividades de limpeza e acompanhavam os moradores nas saídas do serviço, além de exercer as funções próprias. Também não havia profissional substituto para cobrir férias, de modo que os moradores

eram compelidos a custear a contratação do profissional que viesse “cobrir” o período de afastamento.

O SRT estava articulado com a Unidade Básica de Saúde, com o CAPS Espaço Vivo e com o Hospital Municipal Juscelino Kubitschek. O SAMU não atendia aos chamados.

A equipe da Defensoria recomendou, ao gestor municipal de saúde, a requalificação do serviço, para passar a oferecer cuidados na modalidade II, bem como a mudança para um imóvel acessível, tendo em vista a baixa mobilidade dos seus moradores; e, como no SRT anterior, a admissão de cuidador e profissionais de serviço geral; a adaptação dos banheiros com a fixação de barras de apoio para uso dos moradores com mobilidade reduzida; e a disponibilização de veículo para o SRT, a fim de atender às urgências, uma vez que existia a dificuldade de o SAMU atender aos chamados.

Esta residência funcionava de forma bastante similar à anterior, tendo em vista que submetidas à mesma coordenação e situadas no mesmo imóvel, que constituía um sobrado. Por isso, aqui se repete a análise sobre o trabalho da equipe do serviço de favorecer um sentimento de pertencimento dos moradores ao local.

SRT 3

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo I existia desde, aproximadamente, o ano de 2013, de acordo com a estimativa da equipe do serviço, e assim como o SRT 1 e o SRT 2, também foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em agosto de 2018.

No SRT 3 residiam oito moradores: quatro homens e quatro mulheres, que se dividiam em dois quartos por gênero. Desse modo, embora o serviço estivesse de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para as residências terapêuticas do tipo I, não cumpria a norma do artigo 6.2.1 da mencionada portaria, que prevê até três moradores por dormitório.

O imóvel era bem localizado, na região central da cidade. Chamou a atenção a dificuldade de acessibilidade, pois havia uma escada para o acesso principal da casa, e o chão da área externa era bastante irregular. O interior do imóvel apresentou grande necessidade de reparos de manutenção, a fim de preservar a salubridade dos ambientes.

Chamou a atenção da equipe da Defensoria Pública a questão da implementação do Projeto Terapêutico Singular, pois era evidente o ócio vivenciado pelos moradores, que não participavam de nenhuma atividade externa. Os vínculos comunitários pareciam restritos às visitas de membros de uma igreja evangélica, que arrecadavam doações para a residência. Programas de alfabetização e reinserção no trabalho não foram apontados. No entanto, alguns moradores tinham vínculo afetivo familiar preservado e recebiam visitas.

Um dos principais problemas encontrados nesta residência terapêutica dizia respeito à dificuldade quanto à administração dos recursos financeiros dos moradores, já que alguns familiares não repassavam integralmente os valores recebidos em nome do morador, de quem eram curadores. Além dessa dificuldade, o dinheiro dos benefícios individuais dos moradores era administrado pela coordenadora da casa e convertido em ações coletivas, muitas das quais deveriam estar sendo custeadas pela prefeitura, como questões estruturais e fornecimento de materiais de limpeza, além do pagamento de profissional que estivesse substituindo outro em férias ou licença.

Quanto à equipe mínima, a SRT 3 se mostrou de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, sendo composta por oito cuidadores, dos quais apenas sete possuíam vínculo contratual. O cuidador sem contrato efetivo, que chegou ao serviço para ocupar a vaga de um profissional que tinha sido demitido, estava sendo remunerado pelos moradores. Entretanto, embora o quantitativo de oito cuidadores para o SRT 3 estivesse de acordo com a portaria específica, não se mostrava suficiente, uma vez que quando um deles gozava férias ou se licenciava, o gestor municipal não encaminhava outro profissional

para substituí-lo, obrigando tanto a própria equipe do serviço a buscar um outro profissional, quanto os moradores, a custear o pagamento com o dinheiro de seus benefícios em prejuízo de gastos pessoais.

9.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

A interlocução com a Prefeitura Municipal de Nilópolis foi iniciada logo após as visitas realizadas, antes mesmo da reunião com o gestor municipal de saúde. Através do ofício nº 4484/2018/NUDEDH e sua reiteração pelo ofício nº 7104/2018/NUDEDH, foi comunicada a realização das visitas institucionais pela equipe da Defensoria Pública e solicitadas a realização de admissão dos profissionais faltantes nos Serviços Residenciais Terapêuticos do município e as instalações de um CAPSi no território, a fim de atender o critério populacional da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, e de um CAPSad tipo III no território.

Em abril de 2019, após a expedição dos ofícios mencionados, os relatórios das visitas realizadas no CAPS II Espaço Vivo, no CAPSad Novos Tempos e nos três Serviços Residenciais Terapêuticos foram entregues ao gestor municipal de saúde em reunião presencial. Já nessa ocasião, iniciaram-se as tratativas para a implementação do que foi recomendado.

Em relação ao CAPS II Espaço Vivo, a Secretaria de Saúde prontamente solicitou ao órgão competente a inclusão das informações do serviço no site da Prefeitura; iniciou as intervenções hidráulicas necessárias para o reparo das infiltrações; iniciou a licitação para o fornecimento de veículo exclusivo para a RAPS; criou fluxo para disponibilizar veículo de transporte coletivo para a realização de passeios em grupo; realizou chamamento público para a admissão de pessoal de ensino superior para o CAPS Espaço Vivo; iniciou estudos para a transformação do CAPS, que era do tipo II em um serviço do tipo III, e para a implementação de outro CAPS; e iniciou a elaboração de projeto para a instalação de um CAPSi. Responsabilizou-se por destinar

alguns computadores à Saúde Mental, que já tinham sido entregues ao município e aguardavam destinação, além de ter iniciado o trâmite para a regularização do acesso ao serviço de internet.

Em relação ao CAPSad Novos Tempos, a Secretaria de Saúde providenciou o conserto da linha telefônica; determinou que fossem iniciadas buscas por um imóvel mais amplo para mudança; e que fosse realizado estudo sobre a transformação do serviço em CAPSad do tipo III.

Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos, a Secretaria de Saúde iniciou um processo de licitação para troca de mobiliário e eletrodomésticos; iniciou diálogo com o setor de recursos humanos do município para possibilitar a admissão de mais um cuidador por casa e profissionais de serviços gerais; iniciou estudos para oferecer capacitação em saúde mental aos profissionais que atuam como cuidadores; iniciou processo de revitalização das residências e disponibilizou uma nutricionista do município para elaborar os cardápios especiais necessários.

Cumprir destacar que o trabalho cooperativo desenvolvido no âmbito do “Projeto RAPS” vem trazendo resultados positivos para a população do município, como se vê nas providências acima elencadas, tomadas pelo gestor, por provocação da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

10. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Nova Iguaçu

O município possuía 821.128 habitantes no ano de 2019, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³¹. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo III, 1 CAPSad, 1 CAPSi, 2 SRTs tipo I e 4 SRTs tipo II.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação ao quantitativo da população do Município de Nova Iguaçu, deveria haver: **11 CAPS tipo II ou 4 CAPS tipo III; 11 CAPSad ou 4 CAPSad tipo III; 5 CAPSi.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em abril de 2019, foram atendidas cerca de 1.950 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, das quais 1000 frequentavam o CAPS III Dr. Jayr Nogueira, 500 usuários frequentavam o CAPSad Vanderlei Marins, 450 frequentavam o CAPSi Dom Adriano Hipólito e 53 pessoas moravam nas residências terapêuticas do município.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente para a rede de saúde mental de Nova Iguaçu. Em abril de 2019, o CAPS III recebia, em média, de 6 a 10 novos usuários por mês, e o CAPSad fazia 20 novos atendimentos por semana. Esse dado não havia sido contabilizado no CAPSi, já que o número de novos usuários nesse último serviço variava bastante a cada semana. No que diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos, havia ainda munícipes em processo de desinstitucionalização, o que

¹³¹ Panorama do Município de Nova Iguaçu. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/nova-iguacu/panorama>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

demonstrava um déficit de três Serviços Residenciais Terapêuticos no município.

Em relação ao acesso a veículo para a realização de atividades externas, o CAPS Dr. Jayr Nogueira possuía um carro próprio. No entanto, o CAPSad Vanderlei Marins utilizava um veículo disponibilizado pela Secretaria de Saúde em apenas dois dias da semana e, por conta da indisponibilidade do veículo à época da visita da Defensoria Pública, não se realizavam atividades externas. Já no CAPSi Dom Adriano Hipólito, também era utilizado um veículo disponibilizado pela Secretaria de Saúde, mas que só ficava disponível uma vez na semana. Nos SRTs, não havia veículo exclusivo ou algum era cedido da Secretaria de Saúde, o que fazia com que os usuários utilizassem aplicativos de transporte particular para se locomover. Se por um lado, essa dinâmica favorecia a autonomia dos moradores e podia ser inserida nos Projetos Terapêuticos Singulares, por outro, deveria ser uma escolha dos moradores, em conjunto com as equipes dos SRTs.

O fornecimento de alimentação era regular no CAPS III Dr. Jayr Nogueira e no CAPSi Dom Adriano Hipólito. Já no CAPSad Vanderlei Marins, era fornecida em quantidade insuficiente para atender a demanda. Nos SRTs, a prefeitura fornecia um cartão para as equipes técnicas dos serviços fazerem a compra de alimentos e realizarem outros gastos cotidianos. No entanto, o valor depositado era insuficiente, sendo complementado com recursos próprios dos moradores.

A medicação disponibilizada nos serviços era solicitada pelas equipes destes à Secretaria Municipal de Saúde. Não foram relatados problemas no acesso à medicação no CAPS III Dr. Jayr Nogueira. No CAPSad Vanderlei Marins, no entanto, havia medicamentos em falta e outros em quantidade insuficiente para atender a demanda, situação que se repetia no CAPSi Dom Adriano Hipólito. Nos SRTs, nem sempre a dispensação de medicamentos pelo município atendia à demanda, e os medicamentos, nesses casos, eram adquiridos tanto com o cartão

disponibilizado pela Prefeitura para os gastos com a alimentação, quanto com recursos próprios dos moradores.

Por fim, vale destacar que no site da prefeitura foi possível localizar facilmente o endereço e o telefone do CAPS III, do CAPSad e do CAPSi, o que facilita sua localização pelos munícipes.

10.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

Este CAPS tipo III havia sido inaugurado há cerca de 10 anos e é o único deste perfil no município, sendo referência para todos os munícipes de Nova Iguaçu. Localiza-se em área central, com acesso a vários meios de transporte público e contava com placa de identificação na sua fachada. Na visita realizada em abril de 2019, atendia cerca de 1000 usuários, com uma média de seis a dez novos usuários por mês. O perfil destes compreendia pessoas a partir dos 18 anos, de ambos os gêneros, com transtornos mentais graves.

O imóvel em que funcionava o CAPS Dr. Jayr Nogueira era composto de três salas de atendimento multifuncional, onde eram realizados todos os atendimentos individuais e coletivos, inclusive a familiares. No entanto, as três salas não comportavam a demanda existente, o que tornava necessária a utilização eventual de outros espaços da casa para a realização de atendimentos. O imóvel também oferecia espaço para a sala da administração, uma videoteca, uma sala para as oficinas, na qual havia exposição de diversos trabalhos realizados pelos usuários, além de quartos com leitos de acolhimento noturno em estado precário de manutenção. No quarto que servia para acolhimento noturno dos usuários, verificou-se uma cama montada munida de colchão, uma cama quebrada e um colchão no chão. Também havia um quarto para descanso dos profissionais.

Estruturalmente, o serviço apresentava infiltrações, focos de mofo e necessidade de reparo em partes do piso e nos banheiros. Não havia acessibilidade para pessoas com deficiência física, motivo

pelo qual foi recomendada pela Defensoria Pública, ao gestor municipal de saúde, a implementação de rampas na entrada do serviço e também para o acesso ao primeiro andar, além da adaptação dos banheiros.

O serviço contava com linha telefônica em funcionamento e dois computadores na sala da administração, cujo acesso à internet era instável. Foi recomendado pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde que fossem providenciados mais computadores para o serviço, a fim de melhorar a produtividade da equipe, inclusive com o uso de prontuários eletrônicos.

De acordo com o art. 4.3.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Apresentava, inclusive, número superior de profissionais ao exigido para uma rotina de sessenta usuários por dia. Contudo, como a média de atendimentos diários no CAPS Dr. Jayr Nogueira ficava em torno de cem usuários, a quantidade excedente de profissionais em relação ao exigido para a equipe mínima de um CAPS tipo III tornava-se necessária para a realidade do serviço. A avaliação da equipe da Defensoria Pública é de que, mesmo com a quantidade superior de profissionais ao exigido pela Portaria GM/MS nº 336/2002, o CAPS Dr. Jayr Nogueira absorvia um número alto de atendimentos, não conseguindo atender toda a demanda do Município de Nova Iguaçu, pois havia regiões das quais o CAPS fica distante, o que dificultava o acesso das pessoas que lá residiam. O ideal para que a rede de saúde mental funcionasse seria, sem dúvida, a criação de novos CAPS tipo II ou III em várias regiões do Município de Nova Iguaçu, descentralizando-se o serviço. Dessa forma, as pessoas seriam direcionadas para o atendimento na área de sua residência e o acompanhamento de cada profissional, por sua vez, estaria voltado a um grupo menor de usuários.

É preciso destacar que a própria equipe do CAPS também era responsável pelo processo de desinstitucionalização de pacientes que se encontram em situação de internação de longa permanência. Na época da visita da Defensoria Pública, havia vinte e um munícipes

de Nova Iguaçu nessa situação e que precisavam de apoio para o retorno à família, ou de vaga em Serviço Residencial Terapêutico ou Moradia Assistida. Foi pontuado que essa atuação era realizada por equipe específica da prefeitura, mas havia sido assumida pela equipe do CAPS Dr. Jayr Nogueira.

A equipe do CAPS realizava atendimentos individuais e coletivos, inclusive a familiares, oficinas variadas, visitas domiciliares, assembleias quinzenais com os usuários e familiares, atividades, como festas temáticas, como a do Dia da Luta Antimanicomial (18 de maio), em consonância com o preconizado na Portaria GM/MS nº 336/2002.

A equipe do CAPS Dr. Jayr Nogueira se articulava em rede com os demais serviços da RAPS, incluindo os serviços da Atenção Básica e as unidades de Emergência (Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Hospital da Posse e Emergência Psiquiátrica em Austin), além dos serviços da Assistência Social (CRAS e CREAS). A relação com as instituições do sistema de Justiça era marcada por dificuldades de comunicação, especialmente no que se referia ao encaminhamento de pessoas fora do perfil de CAPS e RT para que fossem acolhidas nesses serviços. A população em situação de rua, por exemplo, comumente era encaminhada para os SRTs em virtude da inexistência de instituições de acolhimento no âmbito da assistência social.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a admissão de terapeuta ocupacional e pedagogo, a fim de suprir a carência por esse tipo de atendimento no serviço, considerando que esses profissionais poderiam agregar bastante à rotina do serviço, embora a quantidade de profissionais estivesse acima do esperado para a equipe mínima prevista na normativa. Também foi recomendada a admissão de mais pessoas para o setor administrativo, que se mostrava deficiente em relação à rotina administrativa, frente à grande demanda diária pelo serviço. Foram recomendados, ainda, alguns reparos na estrutura física

do imóvel para garantir a acessibilidade no serviço, além da aquisição de nova mobília para o serviço, dentre outras.

Mesmo com algumas dificuldades estruturais e muitas demandas concentradas em um único serviço, a equipe do CAPS III Dr. Jayr Nogueira tem prestado um importante trabalho. Embora sirva de referência para todo o município, isso não se faz sem prejuízo do bom funcionamento do serviço, que opera sobrecarregado. A melhoria desse serviço está diretamente ligada à instalação de outros, como novos CAPS, principalmente de tipo III, com equipe própria, para o processo de desinstitucionalização.

CAPSad VANDERLEI MARINS

Este CAPSad, inaugurado em maio de 2006, referência para todo o Município de Nova Iguaçu, estava localizado em área pouco acessível do município, já que está em bairro afastado do centro da cidade, e não contava com placa de sinalização afixada em sua fachada, dificultando a sua identificação. Na visita realizada pela equipe da Defensoria Pública, em abril de 2019, foi informado que havia entre 400 e 600 usuários ativos no serviço, de um total de cerca de dois mil prontuários, e que a média de novos usuários era de vinte por semana. O perfil de usuários compreendia, majoritariamente, homens, sendo atendidos desde jovens de 16 e 17, até idosos de 80 anos. As principais demandas do público eram relacionadas ao uso de substâncias psicoativas como álcool, cocaína e maconha, associado a alguma comorbidade psiquiátrica. O CAPSad também atendia o público juvenil com uso prejudicial de drogas.

No que se refere à parte estrutural do CAPSad Vanderlei Marins, havia infiltração e focos de mofo em vários cômodos do serviço. Também foi verificado que o imóvel não era acessível a pessoas com deficiência física. Um exemplo da falta de acessibilidade do serviço era a inexistência de banheiro PNE. Havia janelas danificadas e acúmulo

de objetos antigos, que deveriam ser descartados, mas que eram depositados na sala de arquivo.

O serviço contava com linha telefônica em funcionamento e dois computadores, dos quais apenas um tinha acesso à internet.

De acordo com o art. 4.5.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Contudo, foi apontado pelos profissionais do CAPSad Vanderlei Marins que o quantitativo não era suficiente para acolher toda a demanda do município, tendo sido indicada a necessidade de admissão de mais profissionais para se juntar à equipe interdisciplinar, principalmente, um médico psiquiatra, uma vez que os usuários aguardavam três meses por uma consulta médica, o que também repercutia no atraso a acesso de benefícios, como o vale social, elemento importante para continuidade do tratamento.

A equipe do CAPSad Vanderlei Marins realizava atendimentos individuais e em grupo, assembleias semanais, atendimentos a familiares, atividades comunitárias, festas nas datas comemorativas, além de visitas domiciliares e de busca ativa no território. Também eram realizadas oficinas de autocuidado, de papietagem, arteterapia, arte e tricô, organizadas pelos próprios técnicos, uma vez que não havia oficinheiro na equipe do CAPSad. Porém, na ocasião da visita, não estavam sendo realizadas atividades externas, em razão da dificuldade de se obter veículo.

Os profissionais do CAPSad Vanderlei Marins mantinham uma rotina sistematizada de reuniões interinstitucionais, realizadas conforme a demanda de cada caso e a possibilidade da equipe. Em relação à rede de saúde, os profissionais do CAPSad vinham se articulando, embora sem fluxos estabelecidos, com a Policlínica Geral de Nova Iguaçu (PAM Dom Walmor) e, no caso das urgências, com a UPA de Nova Iguaçu.

Foi observada certa dificuldade de interlocução com a Equipe de Saúde da Família para apoio matricial, o que dificultava o encaminhamento

para a Atenção Básica quando havia necessidade de compartilhar o caso. Também foi verificada certa dificuldade para a marcação de consultas e exames na Atenção Primária de Saúde e no atendimento de urgência/emergência. A equipe do CAPSad não tinha unidade de saúde de referência para encaminhamento no caso de um usuário apresentar alguma intercorrência clínica durante o atendimento, devido à inexistência de pactuação de fluxos. Em relação ao SAMU, embora atendesse as chamadas do CAPSad, não o fazia com a prontidão necessária.

A equipe do CAPSad informou que havia boa interlocução com o CRAS, localizado no mesmo imóvel, para onde encaminhava, principalmente, os casos de falta de documentação. Existia apenas um caso de usuário que se encontrava apenas no sistema prisional, descoberto pela equipe quando esta realizou busca ativa na casa dessa pessoa. Os atendimentos relacionados a esse caso eram realizados no próprio presídio. Contudo, o serviço não estava articulado com o Tribunal de Justiça, e foi sinalizada dificuldade de articulação com o Ministério Público e com a Defensoria Pública da comarca, em função do desconhecimento desses órgãos em relação ao trabalho realizado pelo CAPSad.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a necessária construção de mais serviços tipo CAPSad, a fim de atender a demanda existente; a instalação de novos computadores com acesso à internet e de aparelhos de ar-condicionado já que, em relação a esses últimos, havia ambientes no CAPSad Vanderlei Marins impossíveis de serem utilizados sem refrigeração; a regularização do fornecimento de medicamentos e de alimentação; além da criação de posto de enfermagem, entre outras recomendações.

Em que pese tenham sido pontuadas dificuldades vivenciadas pelo serviço, a equipe do CAPSad Vanderlei Marins demonstrou esforço e comprometimento no trabalho executado, valendo-se do espaço amplo do serviço, especialmente sua varanda, para realizar confraternizações

que incentivavam a socialização dos usuários, além de favorecer a autonomia deles através da participação nas assembleias, nas quais era decidida a gestão do serviço em geral.

CAPSi DOM ADRIANO HIPÓLITO

Este CAPSi existe desde o ano de 2015 e é referência para todo o Município de Nova Iguaçu; localiza-se em área central e com acesso a diversos meios de transporte, embora não houvesse placa de identificação na sua fachada que facilitasse sua identificação. Na visita realizada em abril de 2019, foi informado pela equipe do serviço que havia cerca de 440 usuários ativos no serviço e que não era possível para a equipe do serviço afirmar uma média de novos usuários, já que a busca por atendimento no CAPSi variava bastante a cada semana. O perfil de usuários compreendia desde crianças com idade a partir de 2 anos, até adolescentes de 18 anos, predominantemente do gênero masculino. A demanda prevalente era relacionada ao transtorno do espectro autista, psicose, esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e notava-se um aumento de casos de tentativa de suicídio, que chegavam encaminhados pelo ambulatório.

Estruturalmente, as salas de atendimento individual do CAPSi Dom Adriano Hipólito não possuíam a privacidade adequada, comprometendo o sigilo profissional, uma vez que as divisórias não isolavam totalmente os ambientes. Foi constatada falta de acessibilidade nas dependências da unidade, como na entrada do CAPSi e nos banheiros, o que levou a Defensoria Pública a fazer a recomendação ao gestor municipal de saúde para que fossem providenciadas rampas e barras de apoio como auxílio a pessoas com limitações motoras e deficiência física.

Faltava ao CAPSi Dom Adriano Hipólito uma decoração que o tornasse mais acolhedor e lúdico para o público infantil, uma vez que carecia de brinquedos, de adereços nas paredes, como quadros, pinturas coloridas, mural com desenhos, entre outras formas de intervenção.

O CAPSi dispunha de apenas um computador com acesso à internet, o que era insuficiente para atender à demanda da equipe multiprofissional do serviço. O telefone do serviço não estava em funcionamento; era utilizado, então, o telefone pessoal da coordenação do serviço. A equipe da Defensoria Pública fez recomendação ao gestor municipal de saúde para que solucionasse a insuficiência de computadores, como também para que reestabelecesse a linha telefônica.

De acordo com o art. 4.4.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Mesmo assim, em razão da demanda atendida, a equipe do CAPSi indicou a necessidade de admissão de mais um profissional de Psiquiatria, de Neurologia, de Fonoaudiologia, de Pedagogia e de Terapia Ocupacional, para que as atividades previstas na portaria mencionada fossem todas realizadas.

A equipe do CAPSi Dom Adriano Hipólito realizava atendimentos individuais e em grupo, oficinas, assembleias mensais, atendimentos aos familiares dos usuários, sessão de cinema (Cine Pipoca), jogos e atividades coletivas para integrar as crianças, além de visitas domiciliares.

A equipe do CAPSi estava articulada com a Clínica da Família, com a equipe de Saúde da Família, com o hospital de emergência municipal, com Conselhos Tutelares e com os serviços da política de Assistência Social (CRAS, CREAS e serviços de acolhimento institucional), da Educação e do sistema de Justiça. A equipe revelou dificuldades em relação à emergência psiquiátrica da Clínica da Família, citando como exemplos alguns impasses vividos com os médicos que, por vezes, não atendiam o público infantil ou que não sabiam medicar, quando se deparavam com algum diagnóstico mental. Foi apontada também dificuldade de articulação com a equipe do CAPS III Dr. Jayr Nogueira em relação à transinstitucionalização dos usuários que atingiam a maioria e apresentavam o transtorno do espectro autista. Isso porque os profissionais do CAPS entendiam que tal demanda seria específica do CAPSi.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a criação de mais quatro CAPSi, a fim de que o município cumprisse o estipulado na Portaria GM/MS nº 3.088/2011, art. 7º, § 4º, inciso VI, uma vez que a existência de apenas um serviço desse tipo no Município de Nova Iguaçu era insuficiente para atender a demanda existente. Também foi recomendada a participação dos profissionais em reuniões interinstitucionais de forma constante, a fim de serem estabelecidos fluxos no atendimento dos usuários, em especial, entre as equipes do CAPS Dr. Jayr Nogueira e do CAPSi Dom Adriano Hipólito, no tocante às dificuldades enfrentadas no atendimento de usuários com transtorno do espectro autista com mais de 18 anos. Dentre outras recomendações, também se recomendou a realização de reparos no imóvel, além da afixação de placa de sinalização para que o imóvel seja identificado como serviço de saúde.

Mereceu destaque o empenho da equipe técnica do CAPSi Dom Adriano Hipólito em promover a participação de usuários e familiares em assembleias e grupos de WhatsApp, além de favorecer a socialização e convívio dos usuários por meio de comemorações de datas festivas e da realização de sessões de cinema – “Cine Pipoca”.

10.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Nova Iguaçu possuía, em 2019, seis Serviços Residenciais Terapêuticos: Tinguá 1, Tinguá 2 e Tinguá 3, Carmari, Esplanada e Rancho Novo, todos localizados nos respectivos bairros que lhes dão o nome. Com exceção de Tinguá 1 e Carmari, que eram habilitadas como tipo I, todos os demais SRTs eram habilitados como tipo II. Alguns desses serviços eram antigos, inaugurados havia mais de 10 anos.

Os seis SRTs se dividiam em duas coordenações, uma para os de Tinguá e a outra para os outros três serviços, situados próximos uns

dos outros. Todos os serviços visitados dispunham de equipe mínima de profissionais prevista na Portaria GM/MS nº 106/2000. Cabe destacar a não realização, por parte do município, de capacitação dos profissionais para o trabalho em saúde mental, ficando a cargo dos profissionais encontrar, por conta própria, a formação adequada. A Defensoria Pública recomendou a realização de capacitações constantes com profissionais da rede de saúde mental do município.

Os SRTs de Nova Iguaçu estavam em processo de reforma estrutural, e havia a expectativa de que cada um passasse por reparos necessários à melhor adaptação das casas às necessidades de seus moradores.

Em relação aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, havia 53 pessoas, sendo trinta e dois homens e vinte e uma mulheres, divididos entre os seis serviços, mas o processo de desospitalização de munícipes de Nova Iguaçu ainda estava em curso. De acordo com as informações repassadas, havia ainda vinte e um munícipes em situação de internação de longa permanência que aguardavam vagas, o que impunha a construção de três novos SRTs.

A maioria dos moradores possuía histórico de longa internação psiquiátrica, geralmente em instituições psiquiátricas da região, como a Clínica Dr. Eiras, no Município de Paracambi; outros vieram de hospital de custódia. Porém, havia alguns moradores com histórico de institucionalização em serviços de acolhimento da Assistência Social, cujo perfil não era o de um usuário de SRT. Para além da formalidade sobre estar de acordo ou não com o perfil para ser elegível a morador de uma residência terapêutica, ressalta-se que um número considerável de moradores – mais precisamente dez, ou seja, quase um quinto do total de moradores dos seis serviços de Nova Iguaçu – não dispunha de qualquer informação em seus históricos, situação preocupante, uma vez que esse dado evidencia a invisibilização de toda uma vida.

No que diz respeito às relações familiares, mais da metade dos usuários não possui qualquer referência, e apenas dezesseis moradores mantêm contato e vínculo com algum familiar, e recebem visita com alguma regularidade. A ausência desse contato está também interligada à falta de histórico, e constitui uma árdua tarefa para os profissionais que atuam com essas pessoas promover a reaproximação com pessoas de referência se sequer há documentação que relate seus percursos de vida.

A medicação dos moradores dos SRTs Tinguá 2 e 3 era fornecida pelo CAPS Dr Jayr Nogueira, sendo comum a falta de alguns medicamentos, os quais eram comprados com recursos próprios dos moradores. A situação se repetia no SRT Carmari e no SRT Esplanada. No SRT Rancho Novo, os medicamentos também eram obtidos por meio do CAPS, sem que fossem relatadas insuficiências. No entanto, havia casos em que os moradores necessitavam de medicamentos que não compunham a relação de medicamentos fornecidos pelo CAPS aos moradores e, nesses casos, a prefeitura vinha fornecendo esses medicamentos diretamente, não havendo necessidade da compra com recursos próprios dos moradores. Não se colheu a informação sobre o fornecimento de medicação no SRT Tinguá 1.

Havia pouco tempo que a Prefeitura de Nova Iguaçu tinha passado a disponibilizar um valor, a cada residência, depositado em um cartão, para custear as despesas cotidianas, em especial a alimentação, que era gerenciado por um profissional de cada serviço. Esse valor nem sempre era suficiente; era comum a utilização dos benefícios dos moradores para complementar a compra de alimentação, assim como de produtos de higiene pessoal e até de medicamentos, quando faltava no CAPS Dr. Jayr Nogueira. Nos serviços de Tinguá, todos os moradores possuíam um plano de saúde, pago com os próprios benefícios, para acessar serviços que não estavam facilmente disponíveis na rede pública de saúde, como era o caso de consultas com nutricionista.

Diversos moradores não tinham acesso a benefícios sociais por motivos diversos, mas nenhum deles havia acessado o Serviço Social do CAPS ao qual se referenciavam para solucionar a situação impeditiva. Esse cenário de pouca aproximação com o CAPS Dr. Jayr Nogueira somava-se à falta de um veículo para a locomoção dos moradores e à pouca adesão destes às atividades oferecidas, tendo em vista que vários deles o utilizavam apenas como ambulatório psiquiátrico para consultas trimestrais, deixando de lado a oportunidade de construir com a equipe do serviço o seu Projeto Terapêutico Singular, especialmente importante para pessoas com longo histórico de internação. A recomendação da equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde em relação à promoção da autonomia dos moradores, através do recebimento de benefícios sociais, se deu no sentido de que oferecesse aos profissionais atuantes nos SRTs capacitações adequadas para uma produção de articulações e fluxos com os demais serviços da rede, situação que deveria ser contínua e de longo prazo.

Nenhum dos serviços possuía veículo próprio, nem contava com a possibilidade de agendamento junto à Secretaria de Saúde. As idas ao CAPS e passeios precisavam ser custeados pelos próprios moradores. No caso dos serviços do tipo I, em que os moradores não apresentavam maiores impedimentos de mobilidade, essa insuficiência poderia não ser tão impeditiva, e até ser utilizada para motivar o exercício da autonomia através do incentivo do uso de transporte público. Mas, no caso dos serviços do tipo II, a falta de veículo próprio ou a indisponibilidade de agendamento de um veículo junto à Secretaria de Saúde de Nova Iguaçu, em dias e horários pré-definidos ou acordados conforme a necessidade, significava um sério obstáculo à mobilidade dos moradores, já que apresentavam acentuado nível de dependência e, muitas vezes, comprometimentos físicos importantes.

SRT TINGUÁ 1

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo I, foi inaugurado no ano de 2007 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em abril de 2019.

Tratava-se de uma casa situada em região afastada do centro do município, em que residiam oito pessoas, das quais cinco eram homens e três eram mulheres, divididas em quatro quartos, pelo critério do gênero dos moradores. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para as residências terapêuticas do tipo I e o total de até três moradores por dormitório.

O imóvel contava com uma área bastante ampla e um gramado arborizado à frente, que podia ser visto da varanda, a qual dispunha de sofá em que os moradores podiam se sentar. Havia animais de estimação, que serviam de auxílio no Projeto Terapêutico Singular. No ambiente interno, o imóvel sofria com mofo e deterioração das paredes. No entanto, no momento da visita, estava em curso uma reforma para solucionar tais problemáticas. Também era necessária a substituição e a aquisição de mobília, o que foi recomendado pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde.

O SRT Tinguá 1 possuía linha telefônica que, no entanto, não funcionava, de modo que era necessário utilizar o telefone pessoal dos profissionais, motivo pelo qual foi recomendada a regularização do serviço de telefonia pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde.

O SRT Tinguá 1 não contava com veículo próprio, entretanto, tal fato não se configurou como um problema nesse serviço, já que a dinâmica da equipe consistia em promover a autonomia do moradores para as atividades cotidianas, o que incluía a utilização de uma rede de serviços no território e o deslocamento até o CAPS por meio de transporte público, tudo realizado dentro de Projetos Terapêuticos

Singulares que visassem à construção de autonomia. Deste modo, os moradores utilizavam-se de aplicativos de transporte particular sempre que necessário.

Na ocasião da visita, havia uma placa na fachada da residência terapêutica, que indicava a realização de reforma no imóvel. No entanto, tal placa representava um problema, na medida em que identificava a residência enquanto serviço da rede de saúde mental, expondo a condição dos moradores que ali residiam, o que não era desejado. A Defensoria Pública recomendou, ao gestor municipal de saúde, a retirada dessa placa. Outra recomendação feita foi a admissão de profissional de Nutrição para a rede de saúde mental do Município de Nova Iguaçu, a fim de suprir a necessidade de acompanhamento técnico para o cardápio especial de uma das moradoras dessa residência terapêutica; além da admissão de profissionais para substituir os que estivessem de férias, já que quando um profissional estava no gozo das suas férias, a equipe do serviço ficava incompleta devido à falta de substituto.

A equipe técnica do SRT Tinguá 1 demonstrou compromisso em favorecer a autonomia dos moradores, respeitando suas individualidades e promovendo o seu convívio com a comunidade. Também observou-se sua atuação em rede, especialmente com as equipes da Estratégia de Saúde da Família.

SRT TINGUÁ 2

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo II, foi inaugurado no ano de 2009 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em abril de 2019.

Tratava-se de uma casa erguida no mesmo terreno onde está o SRT 3 – Tinguá, situada em região afastada do centro do município, em que residiam nove pessoas, todos homens. Dentre eles, três eram pessoas idosas e um era pessoa com deficiência visual. Estavam divididos em dois quartos. Este SRT estava de acordo com os parâmetros

da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para os serviços do tipo II. Em Nova Iguaçu, somente este SRT estava em desacordo quanto à divisão do número de moradores por quarto que, segundo o artigo 6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000, não deve ultrapassar o total de três moradores por dormitório e esse serviço abrigava, em seus dois quartos, quatro e cinco moradores, respectivamente.

A residência contava com uma ampla varanda, que era utilizada pelos moradores. Havia animais domésticos, que auxiliavam no Projeto Terapêutico Singular dos moradores. Não foram verificadas infiltrações, goteiras ou focos de mofo. Porém, o imóvel precisava de pintura nas suas paredes; na sala de estar, havia fiação exposta, o que gerava risco aos profissionais e moradores, além de a porta de entrada estar bastante danificada. Em outros cômodos também havia problemas, como no banheiro, em que não havia pia. À época, foi informado pela equipe do serviço que havia uma reforma prevista para o imóvel, tal como vinha sendo feita no SRT Tinguá 1.

O SRT Tinguá 2 possuía linha telefônica em funcionamento, compartilhada com o SRT Tinguá 3.

Em relação a este serviço, a Defensoria Pública recomendou, ao gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu, a pintura das paredes, a substituição da mobília e algumas adequações do imóvel às normas de segurança, tais como a instalação de grade de proteção em torno da piscina. Também foi recomendada a admissão de profissionais para a coordenação, tendo em vista que, à época da visita, as coordenadoras acumulavam funções. Pelo mesmo motivo, também foi recomendada a admissão de técnicos de enfermagem, uma vez que o mesmo profissional trabalhava nos três RTs de Tinguá.

A equipe técnica do SRT Tinguá 2 demonstrou que atuava em rede de forma ativa, especialmente em articulação com a Estratégia de Saúde da Família, e que conseguia utilizar recursos diversos para fins

terapêuticos, como os animais domésticos, nos Projetos Terapêuticos Singulares dos moradores.

SRT TINGUÁ 3

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo II, foi inaugurado no ano de 2009 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em abril de 2019.

Tratava-se de uma casa erguida no mesmo terreno onde está o SRT 2 – Tinguá, em região afastada do centro do município, em que residiam sete pessoas, todas mulheres, divididas em três quartos. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para as residências terapêuticas do tipo II e o total de até três moradores por dormitório.

Quanto à estrutura deste SRT, foram identificados severos problemas de salubridade no espaço. Um dos quartos havia sido completamente tomado por mofo nas paredes e no teto, que também descascava. No outro quarto, as paredes haviam sido parcialmente recuperadas em razão do mesmo problema. Toda a casa era tomada por mofo, o que certamente gerava prejuízo à saúde dos moradores. A mobília, por sua vez, merecia substituição, já que estava bastante degradada. Mesmo essa casa sendo morada de três pessoas em cadeiras de rodas, seu banheiro não garantia acessibilidade.

O SRT Tinguá 3 possuía linha telefônica, em funcionamento, compartilhada com o SRT Tinguá 2.

A Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu, entre outras recomendações, que fosse regularizado o fornecimento de medicamentos aos moradores e a disponibilização de veículo para as atividades externas. Em termos da estrutura do imóvel, recomendou reformas para tornar o ambiente mais salubre, de maneira a eliminar focos de infiltração e de mofo que estavam

presentes por todo o imóvel. Recomendou reformas, também, para garantir a acessibilidade de pessoas com deficiência física ao banheiro.

A equipe técnica do SRT Tinguá 3, em parte compartilhada com o SRT Tinguá 2, demonstrou ter boa atuação em rede, especialmente em articulação com a Estratégia de Saúde da Família. Demonstrou, ainda, esforço em estimular os moradores na convivência e nos cuidados através de diversos elementos disponíveis no cotidiano do serviço, dentre eles, os animais domésticos existentes na residência terapêutica.

SRT CARMARI

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo I, foi inaugurado no ano de 2005 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em abril de 2019.

Tratava-se de uma casa de dois andares situada em região afastada do centro do município, em que residiam dez pessoas, das quais seis eram homens e quatro eram mulheres, divididas em quatro quartos, pelo critério de gênero. Em Nova Iguaçu, apenas este SRT estava em desacordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para os serviços do tipo I. No entanto, estava de acordo em relação à divisão do quantitativo de moradores por quarto que, segundo o artigo 6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000, deve ser de até três moradores por dormitório.

Estruturalmente, a residência terapêutica contava com amplo e arejado espaço externo, onde havia flores e outras plantas. A mobília estava em péssimo estado de conservação, de modo que a substituição era urgente. Vale destacar que havia móveis de escritório guarnecendo a residência. Também foram identificados focos de infiltração e goteiras, além de a pintura da parede estar descascando. Na escada que dava acesso ao andar superior, não havia corrimão de proteção, o que gerava risco de queda. Por fim, vale destacar que a garagem do imóvel, tomada por infiltração e mofo, era utilizada para guardar móveis e

objetos quebrados, o que potencialmente poderia se transformar em foco de traças e ratos.

O SRT Carmari possuía linha telefônica em funcionamento.

A equipe da Defensoria Pública recomendou, ao gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu, providências para a realização de reparos na estrutura física do imóvel, de modo a eliminar infiltrações, goteiras e focos de mofo; além da realização de adequações às normas de segurança, tais como a colocação de corrimão na escada que levava ao andar superior. Também recomendou a substituição dos eletrodomésticos e da mobília, tendo em vista que parte desta era itens de escritório que estavam bastante degradados; a remoção do lixo acumulado na garagem do imóvel; e a disponibilização de veículo para o SRT Carmari, dentre outras recomendações.

A equipe técnica do SRT Carmari mostrou compromisso em favorecer a interação dos moradores com a vizinhança, além de promover confraternizações, respeitando suas individualidades, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço.

SRT ESPLANADA

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo II, foi inaugurado no mês de julho de 2014 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em abril de 2019.

Tratava-se de um sobrado situado em região central do município, com boa oferta de meios de transporte, em que residiam dez pessoas, das quais seis eram homens e quatro eram mulheres, divididos em cinco quartos pelo critério de gênero. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para as residências terapêuticas do tipo II e o total de até três moradores por dormitório.

Estruturalmente, o imóvel, de dois andares, carecia de pintura nas paredes e apresentava focos de infiltração, goteira e mofo. A mobília

e alguns eletrodomésticos também precisavam ser substituídos, já que aquela estava bastante deteriorada, e estes funcionavam mal. Dos dois banheiros, apenas um poderia ser utilizado plenamente, já que o outro apresentava vazamento acima da cozinha, de modo que esta ficava completamente molhada quando se utilizava o chuveiro do banheiro.

O SRT Esplanada possuía linha telefônica em funcionamento.

A equipe da Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu a adoção de providências para que fossem feitos reparos na estrutura física do imóvel, especialmente para eliminar os focos de infiltração, mofo e goteiras, bem como reparar as paredes que estavam descascando. Também recomendou a substituição dos eletrodomésticos em mau funcionamento e da mobília, devido ao seu péssimo estado de conservação, e a disponibilização de veículo para o SRT, entre outras recomendações.

A equipe do SRT Esplanada demonstrou compromisso em favorecer a autonomia dos moradores e respeitar sua individualidade, além de estimular a sua socialização por meio de confraternizações em datas festivas.

SRT RANCHO NOVO

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo II, inaugurado em data que a equipe não soube informar, foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em abril de 2019.

Tratava-se de uma casa situada em região próxima ao centro do município em que residiam nove pessoas, das quais seis eram homens e três mulheres, divididas em quatro quartos pelo critério de gênero. Este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para os serviços do tipo II. No entanto, estava em desacordo em relação à divisão do número de moradores por quarto que, segundo o artigo

6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000 deve ter até três moradores por dormitório, já que em um dos quartos dormiam quatro moradores.

Estruturalmente, o imóvel era amplo e ventilado. Foram identificadas várias paredes que necessitavam de pintura, em razão de estarem muito descascadas, além de infiltração, goteira e mofo em vários locais do imóvel. Havia também ralos destampados, o que favorecia a circulação de insetos. A mobília precisava ser substituída, o que aconteceria após as reformas no imóvel, já previstas no cronograma, de acordo com o calendário da prefeitura, que contemplava todos os Serviços Residenciais Terapêuticos do município. O imóvel era inacessível para pessoas com mobilidade reduzida, em razão de barreiras arquitetônicas, tais como escadas íngremes para o acesso ao andar superior.

O SRT Rancho novo possuía linha telefônica em funcionamento.

Pela Defensoria Pública foi recomendado ao gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu que outro imóvel fosse destinado a acolher o SRT Rancho Novo, a fim de garantir maior acessibilidade aos moradores, tendo em vista as barreiras arquitetônicas ali existentes. Até que o serviço fosse transferido para outro imóvel, recomendou-se que fossem feitos reparos em toda a sua estrutura física, tendo em vista sua situação insalubre, que comprometia a saúde dos moradores; bem como a substituição da mobília, já que parte dos móveis estava danificada, e dos utensílios que guarneciam a residência. Também foi recomendada a disponibilização de veículo para uso do SRT, de maneira a viabilizar a locomoção dos moradores nas idas ao CAPS e na realização de passeios.

Apesar das dificuldades provocadas pela inadequação do imóvel escolhido para a instalação do serviço, a equipe técnica do SRT Rancho Novo demonstrou compromisso em favorecer a socialização dos moradores, por meio de confraternizações em datas festivas, como

Natal, Dia das Mães e aniversário dos moradores, além de passeios para um sítio, quando possível.

10.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

Depois das visitas, foram expedidos os relatórios com recomendações ao gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu, entregues em reunião presencial. Por ocasião da reunião, foi informado pelo Coordenador de Saúde Mental quanto à implementação de CAPS, uma vez que estava ciente da insuficiência da quantidade de serviços de saúde mental no município e que vinha trabalhando no sentido de implementar novos CAPS, CAPSad e CAPSis, bem como ampliar os já existentes.

Quanto às adaptações recomendadas nos Serviços Residenciais Terapêuticos pela Defensoria Pública, já haviam sido exigidas judicialmente pelo Ministério Público através da Ação Civil Pública nº 0001589-78.2018.8.19.0038, ainda em trâmite perante a 5ª Vara Cível da Comarca de Nova Iguaçu, em que requer a adequação dos SRTs às normativas do Ministério de Saúde e outras aplicáveis. A existência dessa Ação Civil Pública, desde antes das visitas institucionais da Defensoria Pública, demonstra que as falhas nos serviços não eram novidade para o gestor municipal de saúde. Com a expedição das recomendações, a Defensoria Pública deu início a um esforço conjunto com o Ministério Público para promover a melhoria dos serviços.

Após a reunião, não houve notícia quanto ao andamento da implementação das recomendações feitas para os serviços da atenção psicossocial especializada e das estratégias de desinstitucionalização, não obstante tenham sido solicitadas informações por meio dos ofícios nº 115/2020/NUDEDH e nº 599/2020/NUDEDH.

Em que pese o fato de que a Defensoria Pública tem sido diligente em contatar o município para construir soluções não litigiosas em relação às recomendações constantes nos relatórios de visita elaborados

pela sua equipe multidisciplinar, esse processo vem se mostrando especialmente árduo, em razão do silêncio reiterado do Município de Nova Iguaçu frente aos ofícios enviados pela Defensoria Pública, comprometendo o processo de trabalho colaborativo que poderia ser realizado em benefício dos seus munícipes.

11. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Queimados

O município possuía 137.962 habitantes no ano de 2019¹³², segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo II, 1 CAPSi, 1 NAD, 2 SRTs tipo I e 2 SRTs tipo II.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à quantidade da população do Município de Queimados, deveria haver: **2 CAPS tipo II, 2 CAPSad tipo I e 1 CAPSi.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em novembro de 2017, eram atendidas cerca de 800 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, das quais: 420 frequentavam o CAPS, 230, o CAPSi, 150, o NAD, e 23 pessoas moravam nas residências terapêuticas do município.

É de se ressaltar que, consoante verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente para a Rede de Saúde Mental de Queimados, que era calculada em, pelo menos, vinte e oito novos usuários por semana.

Em relação ao transporte, nenhum serviço da rede de Saúde Mental dispunha de veículo próprio, ou exclusivo da RAPS, para a realização de atividades externas, visitas domiciliares, buscas ativas e acompanhamentos de usuários internados ou em cumprimento de medida restritiva de liberdade. Era necessário o agendamento de um veículo junto à Secretaria de Saúde.

¹³² Panorama do Município de Queimados. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/queimados/panorama>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

O fornecimento de alimentação não vinha ocorrendo em nenhum serviço da RAPS de Queimados devido ao término do contrato com a empresa fornecedora dos alimentos, que havia ocorrido no mês de maio daquele ano (2017), sem que tivesse havido renovação até a data da visita da Defensoria Pública. A falta de oferta de alimentação comprometia o Projeto Terapêutico Singular dos usuários do CAPS, que não se sentiam motivados a comparecer para o tratamento. No CAPSi e no NAD, vinham sendo oferecidos aos usuários alimentos remanescentes do contrato que havia terminado, e que ainda estavam armazenados. Contudo, no NAD, apenas aos usuários da manhã era oferecido o lanche. Já nos SRTs, a alimentação vinha sendo custeada pelos próprios moradores, utilizando os seus próprios recursos, oriundos de benefícios previdenciários e/ou assistenciais.

Os medicamentos de toda a rede de atenção psicossocial eram dispensados na farmácia central do município, tendo sido relatado falta de medicamentos no CAPS e em um dos SRTs. No CAPS, que não dispunha de farmácia, havia o armazenamento de medicação de emergência na sala de enfermagem. No CAPSi e no NAD não havia fornecimento de medicação.

11.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS

Este CAPS tipo II havia sido inaugurado em março de 2001, sendo referência para todo o Município de Queimados. Localizava-se em área acessível do município, porém a rua em que o imóvel estava situado era em um declive, o que dificultava o acesso para pessoas com mobilidade reduzida ou em cadeira de rodas. Possuía placa de identificação que facilitava sua identificação pelos munícipes. Na visita realizada em novembro de 2017, atendia cerca de 420 usuários ativos. Havia, no entanto, mais de 7.500 pessoas cadastradas no serviço, e uma média de cinco novos usuários por semana cujo perfil incluía

peças a partir de 18 anos, não havendo dados sobre a prevalência de gênero. As demandas prevalentes eram esquizofrenia, primeiro surto psicótico e retardo. Nesses dois últimos casos, dependendo da gravidade e do contexto familiar, os usuários podiam ser referenciados para o Ambulatório.

O imóvel em que funcionava o CAPS do Município de Queimados possuía duas salas para atendimentos individuais e duas salas para atividades coletivas, o que era insuficiente para a grande demanda que a equipe do serviço atendia, diariamente. O espaço de convivência era pequeno para a quantidade de usuários que ali transitavam. Havia a necessidade, também, de adquirir novo mobiliário, tendo em vista que era insuficiente em alguns cômodos, como na recepção e no banheiro. Não havia sala de enfermagem, pois o espaço que seria destinado à sala de enfermagem estava interditado em decorrência da presença de mofo, de infiltração nas paredes e do piso estufado. O profissional de enfermagem atendia na mesma sala da Psiquiatria.

O serviço não possuía farmácia, e apenas alguns medicamentos de emergência eram armazenados na sala de enfermagem, para serem fornecidos aos usuários. Nesta mesma sala estavam alocados seringas e material para coleta de sangue. Existia uma farmácia central para toda a rede de saúde do município.

Estruturalmente, o CAPS do Município de Queimados apresentava, como problema central, a falta de manutenção, com a presença de infiltrações e focos de mofo em alguns lugares, como na sala de enfermagem. Os banheiros se encontravam em situação insalubre. Outro problema era o acesso à água potável. O único bebedouro do local não estava em condições satisfatórias para o uso, devido à falta de manutenção periódica do filtro.

O CAPS contava com linha telefônica, mas não dispunha de computadores, embora existisse instalação de rede de internet no local. Foi recomendado, pela equipe da Defensoria Pública ao gestor

municipal de saúde, que fossem disponibilizados computadores e impressora para o serviço, a fim de melhorar a produtividade e permitir o uso de prontuários eletrônicos, já que a equipe utilizava prontuários físicos, redigidos manualmente.

De acordo com o art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, a quantidade de profissionais contemplava a equipe mínima prevista. Contudo, devido à grande demanda de atendimentos e do perfil dos usuários, a equipe do CAPS expressou a necessidade de admissão de mais profissionais, como médico clínico, médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, oficinairos, musicoterapeuta e mais um profissional administrativo.

A equipe do CAPS realizava atendimentos, individuais e coletivos, oficinas, e promovia um brechó, que era administrado pela equipe do serviço, cuja renda era revertida para o próprio CAPS.

O acolhimento de novos usuários era feito uma vez por semana. Em reuniões semanais, destinadas à organização administrativa e à discussão dos casos, com a presença de toda a equipe, o perfil das pessoas era avaliado, era decidido quem seriam os técnicos de referência de cada uma delas, e eram construídos os Projetos Terapêuticos Singulares.

A equipe do CAPS de Queimados também realizava acompanhamento dos usuários que estavam internados em instituições psiquiátricas e no Sistema Prisional, quando conseguiam agendar um veículo junto à Secretaria de Saúde do município.

Os profissionais também se articulavam em rede com outros serviços da RAPS e de outras políticas públicas. Assim ocorria com Unidades Básicas de Saúde e com as Equipes de Saúde da Família. Existia também articulação com a equipe de desinstitucionalização do IPUB (Instituto de Psiquiatria da UFRJ), o Sistema Único de Assistência Social e com o sistema de Justiça.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a desinterdição da sala de enfermagem; a admissão de novos profissionais para fazer frente à grande demanda; a aquisição de mobília, computadores e impressora; a regularização da manutenção do único filtro de água do serviço, assim como do fornecimento de alimentação; e a disponibilização de veículo para o serviço, a fim de viabilizar as atividades externas; dentre outras.

Este CAPS, portanto, cumpria seu papel em relação ao processo de cuidado, mesmo com as dificuldades estruturais e a falta de instrumentos e materiais de trabalho. A equipe conseguia desenvolver as principais atividades previstas em portaria específica, e a organização em equipe interdisciplinar era colocada como fator imprescindível para um cuidado integral.

CAPSi

Este CAPSi existe desde março de 2009 e é referência para todo o Município de Queimados. Localiza-se em área central, com acesso a meios de transporte. Havia um ponto de ônibus próximo ao local. Uma placa de identificação, colocada na sua fachada, facilitava a sua identificação enquanto serviço de saúde. Dados como endereço, telefone e e-mail constavam no site da prefeitura.

Na visita realizada em julho de 2019, após a mudança da sede, que havia sido anteriormente visitada em novembro de 2017, foi informado, pela equipe do serviço, que havia cerca de 230 usuários em acompanhamento, com média de vinte e cinco novos usuários por mês. Um aumento expressivo, se comparado à média de dezessete novos usuários por mês, referente ao ano de 2017. Tal aumento ocorreu devido à mudança de endereço, cuja localização passou a ser mais acessível por transporte público. O perfil de usuários compreendia crianças e adolescentes de até 18 anos, predominantemente do gênero masculino, o que correspondia a 59% do total. A demanda prevalente

era transtorno do espectro autista, psicose, casos de tentativa de suicídio e automutilação.

Em comparação à sede anterior, a estrutura física da nova sede do CAPSi estava mais bem localizada, e o imóvel possibilitava uma melhor divisão do espaço, favorecendo a realização de atividades simultâneas. No entanto, identificou-se falta de acessibilidade na entrada do equipamento e nos banheiros, comprometendo a autonomia dos usuários com deficiência física ou dificuldades de locomoção. No banheiro destinado aos usuários havia focos de infiltração e mofo. Aguardava-se a reforma da rede elétrica do imóvel para que novos aparelhos de ar-condicionado pudessem ser instalados.

No CAPSi, havia linha telefônica em funcionamento e apenas um computador para toda a equipe, que não contava com acesso à internet. Foi recomendada, pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde, a aquisição de, ao menos, um computador com acesso à internet e uma impressora.

Faltava um profissional de enfermagem e quatro profissionais de nível médio para completar a equipe mínima exigida pelo art. 4.4.2, alíneas “b” e “d”, da Portaria GM/MS nº 336/2002. Quanto aos profissionais de nível médio, a portaria exige a quantidade de cinco, mas fazia parte da equipe multiprofissional apenas um técnico de enfermagem. O oficinheiro que integrava a equipe não pôde ser incluído na quantidade mínima de profissionais de nível médio do CAPSi, já que a mencionada portaria elenca, de maneira taxativa, que os profissionais de nível médio devem ser: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPSi de Queimados contava, ainda, com um pediatra. No retorno da Defensoria Pública ao serviço, em novembro de 2017, o médico psiquiatra do Ambulatório comparecia ao CAPSi uma vez por mês, para atender os usuários. Desse modo, mesmo com a ausência de um médico psiquiatra na equipe multiprofissional do serviço, o fato de,

ao menos uma vez por mês, haver atendimento psiquiátrico no CAPSi já demonstrava um avanço em relação à época da primeira visita, em julho de 2009, quando não havia qualquer tipo de atendimento com profissional de Psiquiatria.

A equipe do CAPSi realizava atendimentos individuais, em grupo e com os familiares, reuniões de equipe, além de promover um grupo de recepção no qual eram fornecidos esclarecimentos sobre o serviço. Realizava, também, oficinas diversas, como a de culinária, e festas em datas específicas, como Natal e Festa Junina. Visitas domiciliares eram realizadas, apesar da dificuldade em conseguir utilizar o veículo da Secretaria de Saúde.

A equipe profissional deste CAPSi estava articulada com os serviços da Assistência Social (CRAS e CREAS), Educação, Conselho Tutelar e com o Ministério Público. Este último, frequentemente, solicitava o acompanhamento de crianças e adolescentes pelo CAPSi e o posterior envio de relatório sobre os casos. No entanto, havia pouca interação com as unidades básicas de saúde, que se limitavam a fazer encaminhamentos, assim como em relação aos serviços hospitalares.

Para os casos de adolescentes com uso prejudicial de substâncias psicoativas, o protocolo pactuado pela rede de Saúde Mental de Queimados era a realização de atendimento conjunto entre o CAPSi e o NAD. Contudo, à época, não havia pessoas em atendimento com esse perfil.

O contato com os serviços também ocorria mediante reuniões bimestrais com os profissionais do Ambulatório infantil; participação no fórum interinstitucional do município, que ocorria quatro vezes ao ano; e em reuniões com a rede de proteção, convocadas quando havia necessidade de discussão de casos e que, muitas vezes, incluíam profissionais de CRAS e do Conselho Tutelar.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde como: a colocação de

rampa de acesso ao CAPSi, o alargamento da sua porta de entrada, a adaptação de um dos banheiros para PcD, a eliminação de focos de infiltração e de mofo e a revisão da rede elétrica do imóvel, para instalação de quatro aparelhos de ar-condicionado que já estavam no serviço aguardando instalação.

Também foi recomendada a regularização da oferta de lanches aos usuários, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 336/2002, que prevê o oferecimento de um lanche aos usuários que estiverem no CAPSi durante um turno, e de dois lanches para aqueles que permanecerem durante os dois turnos. Após a recomendação, a Secretaria de Saúde do município informou que já havia renovado o contrato em outubro de 2019. Foi identificada a necessidade de adequação da equipe para atender à equipe mínima, e, por isso, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde tal providência. O serviço carecia de um médico psiquiatra, de um neurologista, ou de um pediatra com formação em saúde mental, além de um enfermeiro e de quatro profissionais de nível médio.

A existência de articulação intersetorial evidenciou o comprometimento da equipe do CAPSi de Queimados com o trabalho desenvolvido no serviço, dado que buscava se relacionar, de maneira integrada, a outros serviços e políticas públicas. Ficou claro o empenho em colaborar com a conquista de autonomia pelos sujeitos atendidos. Foi verificada, ainda, uma preocupação da equipe em tornar o ambiente acolhedor e agradável, com a utilização de brinquedos e decorações coloridas.

NAD

O Núcleo de Álcool e Drogas, inaugurado em setembro de 2018, era referência para todo o Município de Queimados, e estava localizado em área central do município. Contava com placa de sinalização afixada em sua fachada, o que facilitava a sua identificação enquanto serviço de saúde pelos munícipes. O NAD foi visitado, pela equipe da Defensoria

Pública, pela primeira vez, em novembro de 2017. O Núcleo mudou de endereço em setembro de 2018. Dessa forma, foi realizada uma segunda visita, em julho de 2019.

Este serviço não está habilitado como CAPSad, mas é a referência no município para o acompanhamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, por realizar diversas atividades que o fazem assemelhar-se a um CAPS, como veremos a seguir, e está inserido na Rede de Atenção Psicossocial do município. Por isso, o visitamos e consideramos importante incluí-lo nos serviços de Queimados, na expectativa de que, em breve, passe a ser habilitado como CAPSad e receba os recursos devidos a esse tipo de equipamento.

Na época da visita, foi informado que havia, aproximadamente, 150 usuários ativos no serviço, com média de três a cinco novos usuários por dia. A maioria era do gênero masculino, e a faixa etária predominante estava entre os 25 e os 33 anos, não havendo, contudo, limite de idade. O NAD recebia, também, usuários com 17 anos que estivessem prestes a atingir a maioridade e, por vezes, fazia parcerias com o CAPSi. A demanda prevalente envolvia o uso prejudicial de álcool, cocaína e maconha.

O imóvel era constituído por dois andares e havia um amplo espaço externo. No entanto, internamente, não havia a estrutura necessária para conferir acessibilidade para pessoas com limitações físicas e/ou motoras. O acesso ao andar superior, por exemplo, se dava através de uma escada sem corrimão. Em algumas partes do imóvel havia fiação exposta, colocando em risco a segurança de profissionais e usuários, além de haver um princípio de infiltração em uma das salas, o que comprometia a salubridade do espaço.

No NAD, havia uma linha telefônica em funcionamento e um único computador com acesso à internet para toda a equipe do serviço. Não havia impressora.

A fim de que o NAD se convertesse em um CAPSad, como estava planejado pelo gestor municipal de Queimados, e que sua equipe multiprofissional estivesse de acordo com o exigido pela Portaria GM/MS nº 336/2002, em relação à equipe mínima, seria necessário a admissão de um médico clínico e de um enfermeiro com formação em saúde mental, além do aumento da quantidade de profissionais de nível médio, para alcançar o mínimo de seis.

Foi verificado que havia acúmulo de funções, na medida em que os profissionais acima elencados também exerciam a função de auxiliar de serviços gerais, já que eram eles que faziam a limpeza do serviço. Em geral, verificaram-se as mesmas faltas que foram verificadas na primeira visita. A equipe da Defensoria Pública foi informada, no entanto, de que o concurso de admissão de profissionais, realizado em 2015 pelo município e ainda em vigência, iria expirar em fevereiro de 2020 possibilitando, talvez, a contratação dos profissionais necessários para que o serviço se transformasse em CAPSad.

A equipe do NAD oferecia atendimentos individuais e em grupo, tanto com usuários quanto com os familiares, além de oficinas de musicoterapia, de artesanato e de artes. Realizava, também, assembleias mensais, reuniões de equipe mensais, reuniões intersetoriais, entre outras atividades. No entanto, não eram realizadas atividades externas e visitas domiciliares, devido à falta de veículo próprio para o serviço.

A equipe afirma ter boa articulação com a Unidade Básica de Saúde, o CRAS e o CAPS. Com as instituições do sistema de Justiça, como o Ministério Público e a Defensoria Pública, a equipe se relacionava por meio da Coordenação de Saúde Mental, através do acompanhamento de casos que tramitavam no Poder Judiciário. Além disso, ocorriam reuniões intersetoriais periódicas, apesar de a articulação ser prejudicada pela inexistência de alguns serviços no Município de Queimados.

Foi recomendada, pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde de Queimados, a substituição da faixa de identificação do serviço,

a qual, equivocadamente, identificava o serviço como um CAPSad. Foram recomendadas, ainda: a realização de reparos na estrutura do serviço, para garantir acessibilidade de pessoas com deficiência física ou limitação motora, a admissão de profissionais para que o serviço se adequasse à equipe mínima prevista para um CAPSad, tendo em vista que a sua habilitação encontrava, na falta de equipe mínima, um entrave, e a disponibilização de veículo próprio para o serviço.

Mesmo que o serviço operasse, formalmente, como um ambulatório ampliado, sua lógica de funcionamento era a de um CAPSad. Isso se devia ao empenho da equipe técnica em promover diversas atividades, inclusive relativas ao Programa de Geração de Renda, através da confecção de agendas e cadernos, durante a oficina de artesanato. A equipe oferecia, também, momentos de confraternização aos usuários, promovendo festas temáticas, e garantia a realização de assembleias, com os usuários e seus familiares, atividade típica de CAPSad.

11.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Queimados contava com quatro Serviços Residenciais Terapêuticos, visitados nos meses de novembro e de dezembro de 2017. Na época, havia o total de 23 munícipes residindo nos serviços.

Cada SRT possuía um coordenador, que se reportava diretamente à Coordenadora de Saúde Mental do município. Todas as quatro casas dispunham de cuidadores 24 horas, mas mostrou-se necessário ampliar o quantitativo de cuidadores por plantão, a fim de que as tarefas domésticas e de cuidados diretos com os moradores, aí incluídas desde higiene, medição de pressão até atividades externas, pudessem ser executadas a contento.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, os SRTs de Queimados estavam adequados em relação ao número de moradores,

mas faltava, à equipe mínima prevista, técnico de enfermagem, já que havia apenas um enfermeiro concursado que servia de referência para todos os quatro SRTs.

Nenhum dos serviços dispunha de veículo próprio. Os deslocamentos dos moradores, inclusive para o CAPS, eram feitos por meio de táxi, e custeados com os seus próprios recursos.

Diariamente, eram oferecidas de cinco a seis refeições aos moradores: café da manhã, colação, almoço, lanche, jantar e, quando o morador ficava até mais tarde acordado, ceia. O fornecimento de alimentação pelo Município de Queimados estava suspenso há dois meses, devido ao término do contrato com a empresa responsável. Assim, a alimentação estava sendo custeada com os benefícios dos moradores.

Os produtos de higiene, por sua vez, estavam sendo, regularmente, oferecidos às residências terapêuticas, menos ao SRT 4, no qual eram custeados com o dinheiro dos benefícios dos moradores, que precisavam custear, também, alguns medicamentos específicos que estavam em falta na Farmácia Central.

Todos os moradores estavam referenciados no CAPS. Alguns poucos moradores realizavam atividades externas, como ir ao mercado e à lanchonete, mas sempre acompanhados por algum profissional da equipe técnica. Nenhum dos moradores dos quatro SRTs trabalhava ou estudava.

Nas quatro residências terapêuticas, a maioria dos moradores tinha vínculo familiar preservado e mantinha contato eventual com familiares. Não foi informado sobre o eventual processo de retorno à coabitação familiar.

Foram narrados dois casos de pessoas em situação de rua que foram levadas ao SRT para pernoitarem por alguns dias. O fato deveu-se

ao não conhecimento da natureza deste serviço, o que resultou na inadequação desse encaminhamento.

Em relação à articulação com a rede, somente a equipe do SRT 4 mencionou que contava com a Estratégia de Saúde da Família na região e, para emergências, buscava a UPA.

SRT 1

Este Serviço Residencial Terapêutico, do tipo I, havia sido inaugurado em fevereiro de 2015 e visitado pela equipe da Defensoria Pública no segundo semestre do ano de 2017.

Tratava-se de uma casa situada em região próxima ao centro do município, no bairro Vila do Tinguá, em que residiam seis moradores, quatro homens e duas mulheres, divididos em três quartos por gênero: um primeiro quarto era ocupado pelas duas mulheres, um segundo quarto, por três homens, e o terceiro quarto por apenas um homem. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para as residências terapêuticas do tipo I e o total de até três moradores por dormitório.

O imóvel contava com sala, cozinha, banheiro, três quartos, varanda, área externa e área de serviço, todos os cômodos adequadamente mobiliados. O imóvel, de modo geral, encontrava-se em boas condições de uso e de salubridade. No entanto, no banheiro foram identificadas infiltrações, suas paredes estavam “descascando”, além de faltar itens básicos, como assento e tampa do vaso sanitário. Na cozinha, o rebaixamento, em madeira, estava bastante comprometido. Para este SRT, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Queimados providenciar reparos para solucionar tais problemas.

Não foi colhida a informação sobre a existência de linha de telefone em funcionamento no serviço.

A equipe técnica do SRT, que atendia aos parâmetros da equipe mínima prevista na Portaria GM/MS nº 106/2000, construiu uma dinâmica de trabalho que privilegiava o bom funcionamento do serviço, e a equipe visitante concluiu que este atendia à necessidade dos sujeitos desinstitucionalizados, enquanto proposta de moradia.

SRT 2

Esse SRT 2, também configurado como tipo I, havia sido inaugurado em 01 de julho de 2006 e visitado pela equipe da Defensoria Pública no segundo semestre do ano de 2017.

Tratava-se de uma casa situada no centro do município, em que residiam cinco moradores, sendo três homens e duas mulheres, divididos por gênero entre os dois quartos existentes na residência terapêutica. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para as residências terapêuticas do tipo I e o total de até três moradores por dormitório.

O imóvel contava com sala, cozinha, banheiro, dois quartos, área de serviço e área externa, todos os cômodos mobiliados. O imóvel contava com limitada área externa coberta, que era utilizada pelos moradores, apesar de não ser possível, dali, ver a rua. Era preciso realizar reparos no imóvel, tendo em vista a existência de vazamentos no banheiro e a falta de acessibilidade desse cômodo. Parte da mobília precisava ser substituída, como os armários. Para este serviço, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Queimados a troca da mobília danificada e, no banheiro, a realização de reparos e adaptação para conferir maior acessibilidade.

Não foi colhida a informação sobre a existência de linha de telefone em funcionamento no serviço.

Tal como no serviço analisado anteriormente, a equipe técnica do SRT, que atendia aos parâmetros da equipe mínima prevista na Portaria

GM/MS nº 106/2000, construiu uma dinâmica de trabalho que privilegiava o bom funcionamento do serviço, e a equipe visitante concluiu que este atendia à necessidade dos sujeitos desinstitucionalizados, enquanto proposta de moradia.

SRT 3

O SRT 3, configurado como tipo II, havia sido inaugurado no ano de 2014 e foi visitado pela equipe da Defensoria Pública no segundo semestre de 2017.

Tratava-se de uma casa situada em região central do município, no bairro Vila do Tinguá, em que residiam cinco moradoras, todas mulheres. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para as residências terapêuticas do tipo II, e o total de até três moradores por dormitório.

O imóvel contava com sala, cozinha, banheiro, dois quartos, área de serviço e área externa, todos os cômodos adequadamente mobiliados. Não foram identificadas infiltrações, goteiras ou mofo. O imóvel dispunha de uma pequena área externa que não era coberta e, por isso, não podia ser utilizada pelos moradores em dia de sol intenso. Para este serviço, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Queimados, unicamente, o reparo no vaso sanitário do banheiro, que não tinha nem assento, nem tampa, e não era provido de barras de apoio.

O serviço contava com uma linha de telefone, que funcionava.

A equipe técnica desta residência terapêutica demonstrou que construiu uma dinâmica de trabalho que privilegiava o bom funcionamento do serviço. No entanto, a falta de profissionais prejudicava as tarefas domésticas da residência terapêutica, bem como as de cuidados diretos com os moradores, as quais eram executadas com empenho da equipe, mas nem sempre a contento.

SRT 4

O SRT 4, configurado como tipo II, havia sido inaugurado no ano de 2007 e foi visitado pela equipe da Defensoria Pública no segundo semestre de 2017.

Tratava-se de uma casa situada em região central do município, no bairro Vila das Porteiras, em que residiam sete moradores, sendo quatro homens e três mulheres, divididos por gênero, entre os três quartos existentes na residência terapêutica, sendo um deles improvisado em um canto da sala de estar, delimitado por um armário. Todas as mulheres ocupavam o mesmo quarto, no outro quarto dormiam dois homens e, no quarto improvisado, dois outros homens. Este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de dez moradores para os serviços do tipo II. Se considerarmos o quarto improvisado como dormitório, podemos afirmar que o serviço também estava de acordo com o artigo 6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000, não ultrapassando o limite de três moradores por dormitório. Contudo, a equipe da Defensoria Pública recomendou a mudança para um imóvel maior para garantir a comodidade de todos os moradores.

A residência terapêutica era localizada em bairro cuja segurança estava bastante comprometida pela violência urbana. Em razão de frequentes conflitos armados entre agentes estatais e integrantes do comércio varejista de substâncias ilícitas, as saídas do serviço pelos moradores foram reduzidas.

O imóvel contava com sala, cozinha, banheiro, três quartos, área de serviço e área externa, todos os cômodos mobiliados. Havia infiltrações e goteiras no imóvel, que necessitava de reparos e de manutenção também no banheiro. Nesse cômodo, a torneira e a descarga não dispensavam água, não havia água quente no chuveiro, e a porta era fechada com um pedaço de linha. O mau cheiro era muito

forte e não havia barras de apoio perto do sanitário e do box para dar maior segurança aos usuários.

O serviço contava com uma linha de telefone, que funcionava.

Para este serviço, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Queimados, principalmente: a mudança para um imóvel maior, para abrigar todos os moradores de forma confortável, sem a necessidade de improvisações, a realização de reparo no banheiro, para resolver os problemas acima apontados, e a realização de reparos para extinguir infiltrações e goteiras.

Tal como no serviço anteriormente analisado, a equipe técnica desta residência terapêutica demonstrou que construiu uma dinâmica de trabalho que privilegiava o bom funcionamento do serviço. No entanto, a falta de profissionais específicos para a realização de tarefas domésticas, muitas vezes, afetava a qualidade do serviço.

11.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

Depois das visitas, foram expedidos os relatórios com as recomendações ao gestor municipal de saúde de Queimados e entregues, presencialmente, em reunião. Já nessa ocasião, iniciaram-se as tratativas para a implementação do que foi recomendado.

Em relação ao CAPS, foi aberto processo de licitação para aquisição de nova mobília. Informou-se que já existia processo em trâmite para regularizar a oferta de medicamentos e, para regularizar a oferta de alimentação com, no mínimo, uma refeição por turno, tinha sido realizada nova licitação no ano de 2019. Quanto à necessidade de admissão de profissionais para a adequação à equipe mínima, o município vinha estudando modelo de contratação imediata ante a demora na realização de concursos. Por fim, vale destacar que estava em trâmite processo para providenciar veículo exclusivo para a Rede de Atenção Psicossocial do município.

Em relação ao CAPSi, o serviço mudou de endereço, de modo que se resolveram as recomendações anteriores, tendo sido suscitadas novas recomendações para o novo imóvel a partir da visita realizada em 2019, como já exposto acima.

Em relação ao NAD, também houve uma mudança de endereço, e conseqüentemente não se aplicaram mais algumas recomendações anteriores, motivo pelo qual foram suscitadas novas recomendações a partir da visita de retorno.

Em relação aos SRTs, após a recomendação da Defensoria Pública, foi iniciada licitação para fornecimento de alimentação *in natura*, a fim de regularizar o provimento dos serviços. Em relação ao SRT 1, alguns reparos já haviam sido executados a partir das recomendações feitas. Quanto ao SRT 2, foi informado que o serviço mudaria de imóvel, o que resolveria os problemas apontados, e que foram objeto da recomendação. Já no SRT 3, também já havia sido realizada uma série de reparos dos problemas apresentados no relatório de visita. Por fim, referente ao SRT 4, foram reparadas as infiltrações e goteiras da sala de estar; foi consertado o fluxo de água na torneira e na descarga; vinha sendo fornecido mensalmente material de higiene; e, quanto à recomendação para que se mudasse o serviço para um imóvel maior, indicou-se que a casa havia passado por reforma e pintura e que tinha sido autorizada a construção de um novo cômodo, o que dispensaria a mudança.

12. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de São João de Meriti

O município possuía 472.406 habitantes no ano de 2019, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³³. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo II, 1 CAPSad, 1 CAPSi, 1 SRT do tipo I e 3 SRTs do tipo II.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à quantidade da população do Município de São João de Meriti, deveria haver à época: **6 CAPS tipo II ou 2 CAPS tipo III; 6 CAPSad ou 2 CAPSad tipo III e 3 CAPSi.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em agosto de 2016, fevereiro e julho de 2017, e em junho de 2019, houve um acréscimo nos atendimentos realizados pela rede de Saúde Mental. Em junho de 2019, por exemplo, eram atendidas cerca de 600 pessoas no CAPS Vônica, que contrastavam com a quantidade aproximada de 300 pessoas atendidas no mesmo serviço em julho de 2017.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas realizadas em julho de 2019, havia uma demanda crescente na ordem de, pelo menos, 16 usuários por mês apenas para o CAPS da Rede de Saúde Mental de São João de Meriti. No que diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos, havia 22 pessoas residindo nas quatro residências terapêuticas e havia ainda 1 munícipe em processo de desinstitucionalização para ser encaminhado a algum dos SRTs.

¹³³ Panorama do Município de São João de Meriti. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-joao-de-meriti/panorama>>. Acesso em 13 ago.2020.

Havia um veículo para toda a rede de Saúde Mental, o que se mostrou suficiente para as equipes de todos os serviços, com exceção do SRT Kiwi, que comportava três residências terapêuticas no mesmo imóvel, onde residiam 12 moradores.

A alimentação era realizada através de “quentinhas” e organizada no PAM próximo ao CAPS, com supervisão da nutricionista daquele serviço e, segundo as equipes, era ofertada em quantidade e qualidade adequadas. Na época da última visita da Defensoria Pública, em que alguns moradores dos SRTs estavam provisoriamente alojados no CAPS, havia fornecimento de alimentação noturna para eles. No CAPSi, no entanto, ao invés de quentinhas, forneciam-se lanches e no SRT “Acerola”, a alimentação era fornecida semanalmente *in natura*.

O fornecimento de medicação estava regular no momento da última visita; o CAPS era local de distribuição para os demais serviços da rede de atenção psicossocial, uma vez que somente esse serviço contava com uma farmacêutica em sua equipe multiprofissional.

O serviço não dispunha de farmácia própria. Só havia uma farmacêutica para toda a Rede de Atenção Psicossocial do Município de São João de Meriti, que ficava no CAPS.

12.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS VÔNICA

Este CAPS tipo II foi inaugurado em 2006, e é referência para todo o município; foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em duas ocasiões: julho de 2017 e junho de 2019. Está localizado em área central com acesso por transporte público, e havia placa de identificação na sua fachada. Na época da última visita, havia 600 usuários ativos no serviço, com uma média de quatro novos por semana. O perfil destes compreendia pessoas adultas; os dados sobre gênero e idade estavam em fase de compilação, mas a estimativa era de que a faixa etária predominante era de aproximadamente 30 anos.

As principais demandas eram relacionadas à esquizofrenia, ao transtorno de bipolaridade e a tentativas de suicídio de jovens adultos.

Estruturalmente, o CAPS tinha um espaço amplo, com salas para as diversas atividades que eram desenvolvidas por sua equipe e encontrava-se em bom estado de conservação, tendo passado por uma reforma recente, que já havia se iniciado na época da primeira visita da Defensoria Pública e que foi concluída na época da segunda visita. Não apresentava infiltrações, nem goteiras, tampouco mofo, e os cômodos encontravam-se limpos. No entanto, nos banheiros, as descargas não funcionavam bem, o que foi regularizado pelo gestor municipal de saúde, atendendo-se à recomendação da Defensoria Pública.

O CAPS Vônica contava com linha telefônica em funcionamento e dois computadores, e apenas um deles tinha acesso à internet.

De acordo com o art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, o quantitativo de profissionais contemplava a equipe mínima prevista, inclusive apresentando número superior de profissionais exigido.

A equipe do CAPS Vônica realizava atendimentos individuais e coletivos, inclusive a familiares, além de diversas oficinas, algumas delas atreladas ao Programa de Geração de Renda; e assembleias. Também eram realizadas visitas domiciliares, além de passeios esporádicos.

Havia reuniões frequentes com toda a equipe do CAPS; os profissionais tinham boa articulação com outros serviços, tanto da Saúde, como da Assistência Social. Destaca-se a boa interlocução entre a equipe do CAPS, as equipes dos SRTs e a Coordenação Municipal de Saúde Mental, e a participação ativa de todos no processo de mudança dos moradores da antiga residência terapêutica, cujo muro havia desmoronado.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a realização de reparos que ainda faltavam na estrutura física do imóvel; a aquisição

de mais computadores e a disponibilização de acesso à internet a todos eles; a criação de rotina de reuniões interinstitucionais periódicas no município; a criação do Fórum Rede de Atenção Psicossocial, com o objetivo de criar espaços plurais para a participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção psicossocial antimanicomial; dentre outras.

A equipe deste CAPS cumpria seu papel de referência para a população a qual atendia, por meio do incentivo à participação social dos usuários em assembleias realizadas no serviço e da mobilização no dia da Luta Antimanicomial; do estímulo à leitura, com a disponibilização de livros no espaço de convivência; e da realização de passeios em grupo a espaços da cidade, como forma de inclusão social.

CAPSad SUPERA

Este CAPSad, inaugurado em 2009, é referência para todo o Município de São João de Meriti; localizava-se em área periférica que podia ser acessada a partir de diversas linhas de ônibus municipais. Não havia placa de identificação na sua fachada que auxiliasse na identificação do serviço pelos munícipes. Na visita realizada em fevereiro de 2017, foi informado que havia, aproximadamente, 400 usuários ativos no serviço, com uma média de dez novos usuários por semana. O perfil dos usuários era majoritariamente masculino, na faixa etária entre 30 e 40 anos, apesar de o CAPSad contar com usuários a partir dos 14 anos; não foram informadas que demandas prevalentes chegavam ao serviço.

A área física do imóvel em que estava instalado o CAPSad Supera era espaçosa, o espaço externo era amplo, porém sem a estrutura e a manutenção adequadas para a realização de atividades. No mesmo terreno, havia um prédio cuja construção não havia sido concluída, que seria inicialmente destinado ao CRAS, mas foi informado que havia um planejamento do gestor municipal de saúde em retomar a obra para habilitar o CAPSad enquanto tipo III.

O CAPSad Supera não dispunha de leitos de desintoxicação e repouso; contava somente com uma maca localizada na sala de enfermagem, em péssimas condições de uso. Quando havia necessidade de se promover a desintoxicação de algum usuário, a equipe do CAPSad referenciava para o PAM Meriti.

O CAPSad Supera possuía linha telefônica que não estava em funcionamento, e só havia um computador, sem acesso à internet, para toda a equipe. Foi recomendado pela equipe da Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde restabelecer o acesso à internet, bem como à linha de telefone que serve ao CAPSad.

Havia déficit de profissionais para a adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.5.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002. Desse modo, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a admissão de um enfermeiro com formação em saúde mental e de um médico clínico. O quantitativo de profissionais de nível médio também era insuficiente em relação à mencionada na portaria. Além disso, a equipe do CAPSad Supera entendeu ser necessária a admissão de outros profissionais para fazer frente à grande demanda atendida pelo serviço, em especial a do Serviço Social, além da contratação de um artesão. Também foi avaliada a insuficiência de profissionais de serviços gerais para realização da limpeza do serviço, que ficava por conta dos profissionais da equipe técnica e que poderia configurar desvio de função.

Desde meados do ano de 2016 até, pelo menos, a ocasião da segunda visita ao serviço, em fevereiro de 2017, o CAPSad Supera funcionava apenas de segunda a quinta-feira, das 8h às 17h, por falta de segurança pública na localidade em que se situa, muito embora essa decisão de fechar o serviço às sextas-feiras estivesse frontalmente em desacordo com a Portaria GM/MS nº 336/2002, que preconiza que o funcionamento deve ser de 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 21h.

Tanto devido à quantidade reduzida de profissionais na equipe do CAPSad Supera, quanto à dificuldade de disponibilidade de veículo, não eram realizadas oficinas, nem visitas domiciliares ou atividades externas. Assim, foi recomendado pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde que adequasse o serviço ao art. 4.5.1 da Portaria GM/MS nº 336/2002.

A falta de um veículo para o CAPSad Supera também prejudicava a participação dos profissionais da equipe em reuniões/encontros com as equipes dos outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, acarretando a falta de articulação da rede e restringindo-se a oportunidade de troca apenas às reuniões entre os coordenadores dos CAPS. Da mesma forma, ficava prejudicado o acompanhamento de pessoas que já estavam referenciadas no serviço, mas internadas em instituições psiquiátricas ou no sistema carcerário.

Com relação a outras instituições da política pública, a equipe do CAPSad Supera mantinha boa interlocução com a rede de saúde; fazia encaminhamentos para o PAM, em situações emergenciais, e para a UPA 24h, nos demais casos. Na rede de Assistência Social, tinha como referência o CREAS, o CRAS e o Conselho Tutelar. Salienta-se que o CRAS localizava-se no imóvel ao lado, fato que facilitava o diálogo e o processo de trabalho entre os profissionais.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a regularização do horário de atendimento do serviço aos usuários; a admissão de profissionais faltantes, de maneira a se atingir a equipe mínima prevista, e de auxiliares de serviços gerais; a realização de reparos estruturais no imóvel, além de uma série de reparos necessários à sua manutenção; a criação de dois leitos de desintoxicação e repouso; a finalização da obra inconclusa situada no terreno do CAPSad, dentre outras.

Apesar dos enormes esforços da equipe técnica do CAPSad Supera, a falta de estrutura no imóvel, conjugada à insuficiência de

profissionais para fazer frente à grande demanda absorvida pelo serviço comprometia o resultado do trabalho.

CAPSi MANINHO

Este CAPSi, inaugurado em maio de 2008, era referência para todo o Município de São João de Meriti; estava localizado em área central e com acesso a meios de transporte. Não havia placa de identificação em sua fachada, comprometendo a identificação do serviço pelos munícipes. Na visita realizada, em agosto de 2016, foi informado que havia cerca de 160 usuários ativos em acompanhamento neste serviço; no entanto, em média, apenas quatro usuários eram atendidos diariamente e devido à incapacidade de o serviço acolher mais usuários em razão da falta de infraestrutura e de profissionais, potencializada pelas exonerações que vinham ocorrendo à época da visita e dos atrasos nos pagamentos. Assim, toda nova demanda que surgia era orientada a aguardar contato posterior da equipe do CAPSi para iniciar o atendimento. O perfil dos usuários era majoritariamente do gênero masculino, a partir de 2 anos de idade, e as demandas mais presentes eram hipóteses diagnósticas de transtorno do espectro autista e uso prejudicial de substâncias psicoativas por adolescentes, que eram encaminhados pela Justiça.

O espaço externo do imóvel em que estava instalado o CAPSi Maninho era amplo, mas seu interior não comportava a demanda do serviço. A mobília estava deteriorada, assim como as paredes, estas últimas em razão da umidade, o que dava a este CAPSi um aspecto pouco salubre. O imóvel não garantia acessibilidade a pessoas em cadeiras de rodas. A “brinquedoteca” apresentava fiação exposta e infiltrações. A sala de administração continha mais móveis e armários do que podia comportar, restando pouco espaço para a circulação. Os materiais da “brinquedoteca” e das oficinas eram oriundos de doação ou comprados pelos próprios profissionais do CAPSi.

Estruturalmente, apresentava infiltrações, rachaduras, goteiras e fiação exposta. Na época da visita, havia sido iniciada uma reforma, que já durava dois meses e, no entanto, estava atrasada em razão da falta de pagamento do salário do pedreiro e por falta de material de construção.

O CAPSi também não contava com sala própria para aplicação de medicamento, apesar de dispor de uma técnica de enfermagem na equipe. O serviço apresentava boas condições de salubridade.

O CAPSi Maninho tinha a linha telefônica desativada, e sua equipe contava apenas com um computador, sem acesso à internet, para trabalhar. Foi recomendado pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde a compra de, pelo menos, mais um computador, assim como o restabelecimento da linha telefônica e do acesso à internet.

Havia déficit de um enfermeiro e de um profissional de nível médio para a adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.4.2, alíneas “b” e “d”, da Portaria GM/MS nº 336/2002. Contudo, em relação à demanda que o serviço atendia, mostrou-se necessário não apenas atingir a equipe mínima prevista na portaria, mas também admitir, em especial, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional e um musicoterapeuta. O CAPSi Maninho contava com nutricionista, que, entretanto, não dispunha de autonomia para a elaboração de cardápio especial – limitava-se então a realizar oficinas sobre como se alimentar em casa. Como não havia auxiliar de serviços gerais no CAPSi, a Defensoria Pública também recomendou ao gestor municipal de saúde de São João de Meriti a admissão de profissional dessa categoria.

Na época da visita, a equipe multidisciplinar existente no CAPSi Maninho era insuficiente para fazer frente à demanda, não apenas por causa dos profissionais faltantes para a adequação à equipe mínima em relação à quantidade de usuários por turno, mas também devido aos atrasos salariais de três meses, o que culminou em exoneração de profissionais e pedidos de demissão. Com isso, o CAPSi Maninho

funcionava em esquema de rodízio de profissionais, e foi essa organização que impediu a interrupção total dos atendimentos e demonstrou o comprometimento da equipe em prosseguir prestando o serviço, ainda que de forma deficitária.

A equipe do CAPSi Maninho realizava atendimento, individual e em grupo, a usuários e familiares; oficinas; assembleias e reuniões socioeducativas. No entanto, não foram relatadas comemorações de datas festivas. Em relação às visitas domiciliares e outras atividades externas, embora o veículo compartilhado para toda a rede de Saúde Mental se mostrasse suficiente, na época da visita, realizada em agosto de 2016, foi informado que nem sempre a equipe conseguia agendar a utilização deste veículo e, para não prejudicar o trabalho, os profissionais realizavam algumas visitas externas a pé ou utilizavam carro particular.

A equipe do CAPSi Maninho estava articulada com as Unidades Básicas de Saúde que, porém, não possuíam médico psiquiatra infantil, neuropediatra e nem psicólogo infantil. Não havia referência de UPA 24 horas, nem de hospital geral próximo, para onde a equipe pudesse encaminhar seus usuários. A equipe também se articulava com as Unidades de Acolhimento, com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), com a Educação e com as instituições do sistema de Justiça.

Após visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a realização de reparos estruturais no imóvel, além de reparos para extinguir infiltrações, goteira e rachaduras; a adaptação do serviço, de maneira a tornar-se acessível para pessoas com deficiência física ou baixa mobilidade; a regularização do pagamento dos profissionais do CAPSi; a estruturação do serviço para fazer frente à demanda reprimida pela falta de profissionais, dentre outras.

A equipe do CAPSi Maninho demonstrou comprometimento com o trabalho realizado no serviço, principalmente no momento em que organizou um rodízio de profissionais para evitar a paralisação total do serviço, mesmo sofrendo com a falta de infraestrutura do imóvel, com atrasos salariais e número insuficiente de profissionais em relação à demanda existente.

12.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

O Município de São João de Meriti possuía, em 2017 – época da segunda visita da Defensoria Pública ao município e da primeira visita realizada aos serviços das estratégias de desinstitucionalização –, apenas um SRT. Na época, a Defensoria Pública constatou que o imóvel em que estava instalado o serviço abrigava 33 pessoas, em total desacordo com a política de Saúde Mental; não se afirmar, portanto, que se tratava de uma residência, nem era possível qualificá-la como terapêutica. Foram efetuadas recomendações ao gestor municipal de saúde para a construção de verdadeiros SRTs, situação que foi acompanhada via processo judicial, com participação de outros órgãos judiciais.

A equipe da Defensoria Pública retornou ao SRT no primeiro semestre de 2019 e, depois, no segundo semestre do mesmo ano. Na primeira visita de retorno, devido às fortes chuvas, o muro da antiga casa onde estava localizado o Serviço Residencial Terapêutico havia caído, e os moradores haviam sido acolhidos emergencialmente no CAPS Vênica. Uma parte dos moradores foi, em pouco tempo, instalada no SRT Acerola, que já tinha sua organização avançada. Os demais moradores passaram mais tempo no CAPS, até que o conjunto de três residências terapêuticas denominado de SRT Kiwi estivesse em condições de recebê-los, o que ocorreu em setembro do mesmo ano.

Essa reorganização do SRT em quatro serviços distintos, instalados em dois imóveis, levou em conta o grau de autonomia dos moradores e os vínculos de proximidade entre eles, para dividi-los entre as casas.

A equipe da Defensoria Pública pôde perceber, no acompanhamento realizado através das visitas ao município, visível melhoria do serviço tanto na parte da sua instalação em imóveis com infraestrutura adequada para abrigar os moradores, como na postura profissional de toda a equipe, que se empenhava no trabalho em prol da construção de autonomia dos moradores e de sua integração com a vida comunitária.

Os SRTs não dispunham de veículo exclusivo para o transporte de seus moradores, valendo-se do único veículo colocado à disposição de toda a rede de Saúde Mental pela prefeitura.

Todos os moradores eram acompanhados pelo CAPS do município, de acordo com os Projetos Terapêuticos Singulares, utilizando veículo da prefeitura ou aplicativo de transporte particular. O CAPS era a sua principal referência, o espaço em que ficavam seus prontuários e onde se cuidava dos contatos familiares, em conjunto com o coordenador dos SRTs.

Ambos os Serviços estavam articulados com a Unidade Básica de Saúde do território, e os moradores faziam tratamento dentário no Posto de Saúde localizado na Vila São João. Não havia serviço hospitalar no município e, em situações de emergência, os profissionais acionavam o SAMU. Porém, já havia acontecido de os profissionais terem que transportar, por conta própria, algum morador para o serviço de emergência do PAM do município, que contava com seis leitos de saúde mental.

A alimentação de todo o Serviço Residencial Terapêutico do município era fornecida, *in natura*, uma vez por semana, pela prefeitura, e preparada na própria residência. Segundo informações coletadas, em algumas oportunidades, a entrega atrasava e, muitas vezes, o cardápio se repetia, prejudicando a variedade necessária para configurar uma boa alimentação. Eram oferecidas cinco refeições: café, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. O cardápio

era elaborado por nutricionista da Secretaria de Saúde do município, e havia cardápio especial.

A medicação, por sua vez, não vinha sendo fornecida pela Rede de Saúde Mental. O material de higiene era fornecido pela prefeitura.

O fornecimento de medicamentos da SRT Acerola também vinha sendo realizado regularmente, através da farmácia do Estado. De acordo com o relatado na SRT Kiwi, no entanto, a rede pública de saúde do município não vinha fornecendo toda a medicação necessária aos seus moradores, o que resultava na utilização dos recursos dos próprios moradores para a compra dos medicamentos. Na casa 2 da SRT Kiwi, a medicação não vinha sendo fornecida.

Ambas as residências terapêuticas estavam localizadas em área central e de fácil acesso.

SRT ACEROLA

Este Serviço Residencial Terapêutico do tipo II foi inaugurado em fevereiro de 2019 e foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em junho de 2019.

Tratava-se de um imóvel de dois andares, e contava com área externa ampla e arejada. A fachada e a parte frontal da casa se mostravam em bom estado de conservação, e tinham sido pintadas recentemente. Internamente, no momento da visita, o local encontrava-se limpo e organizado, bem como era bem dividido, em que pese tenha sido identificado falta de mobília capaz de atender a todos, por exemplo, na sala de estar, onde não havia sofá que acomodasse todos os moradores simultaneamente.

No SRT Acerola residiam dez moradores: oito homens e duas mulheres, divididos em quatro quartos. Dois quartos acomodavam um morador e uma moradora, outro quarto, dois moradores e o último quarto, quatro moradores. Sendo assim, pode-se dizer que essa residência terapêutica encontrava-se de acordo com a Portaria GM/

MS nº 106/2000, que preconiza o número máximo de dez moradores em uma residência terapêutica de modalidade II. No entanto, estava em desacordo em relação à divisão do quantitativo de moradores por quarto que, segundo o artigo 6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000 prevê, deve ser de até três moradores por dormitório, já que em um dos quartos dormiam quatro moradores.

Cinco dos moradores possuíam referência familiar.

O SRT Acerola não possuía telefone, que estava em processo de instalação.

Quanto à equipe mínima, a SRT Acerola se mostrou de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, já que dispunha de equipe formada por oito cuidadores, em regime de plantão, um cuidador diarista e um técnico de enfermagem.

Os moradores faziam atividades externas de lazer. Segundo a equipe, os vizinhos já haviam se adaptado à presença dos usuários do SRT e interagiam com eles. Os moradores com menos limitações utilizavam os serviços da comunidade e frequentavam o shopping mais próximo. Nenhum morador participava de programas educacionais e de reinserção ao trabalho.

Embora o serviço não dispusesse de veículo exclusivo, a equipe do SRT Acerola considerava que aquele compartilhado pela Saúde Mental do município era suficiente para atender à demanda.

Para este serviço, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de São João de Meriti a realização de reparos na estrutura física do imóvel; a compra ou troca da mobília e dos eletrodomésticos da residência; a aquisição de cadeiras de rodas para a locomoção dos moradores que dependessem desse serviço, dentre outras.

A equipe técnica do SRT Acerola demonstrou empenho na construção de vínculos sociais com a vizinhança e na inclusão no

cotidiano comunitário, através de confraternizações, saídas para museus e shopping e participação em eventos, tais como blocos de carnaval.

SRT KIWI

Este conjunto de três Serviços Residenciais Terapêuticos – um do tipo I e dois do tipo II – foi inaugurado em setembro de 2019 e visitado pela equipe da Defensoria Pública em junho de 2019, quando ainda não havia sido habilitado nem habitado e, posteriormente, em janeiro de 2020, após a transferência dos moradores.

Tratava-se de um único imóvel de três andares, dividido em três residências terapêuticas distintas, situado em região central do município e de fácil acesso, em que residia o total de 19 moradores, divididos entre as casas. Cada uma delas abrigava de três a cinco moradores; a divisão se baseava no critério de gênero, no grau de autonomia e no vínculo afetivo que tinham entre si. Sendo assim, pode-se dizer que cada residência terapêutica encontrava-se de acordo com a Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o número máximo de oito moradores, em uma residência terapêutica do tipo I, e dez moradores, em uma de tipo II.

O SRT Kiwi possuía telefone próprio que servia às três residências terapêuticas.

Na Casa 1 do SRT Kiwi, serviço do tipo II, residiam três moradoras, distribuídas em dois quartos. Desse modo, o serviço estava de acordo com o preconizado no art. 6.2.1, da Portaria GM/MS nº 106/2000, que prevê até três moradores por dormitório.

A equipe da Casa 1 contava com uma cuidadora diarista, uma técnica de enfermagem, além do coordenador, o que está de acordo com o previsto na Portaria GM/MS nº 106/2000. Devido ao fato de as três moradoras apresentarem bastante autonomia, não havia necessidade de um cuidador plantonista para essa casa. No entanto, não havia retaguarda nos casos de férias e licença.

Na Casa 2 do SRT Kiwi, serviço do tipo II, residiam quatro moradores, sendo dois homens e duas mulheres. Originalmente, todos os quatro moradores dormiam no único quarto dessa casa, desrespeitando-se, portanto, o preconizado no art. 6.2.1 da Portaria GM/MS nº 106/2000, que prevê até três moradores por dormitório. Para adequar o serviço à mencionada portaria, a cama de uma das moradoras foi colocada na sala de estar, onde essa moradora passou a dormir; a equipe informou então que estava na iminência de instalar uma divisória na sala, de modo a transformar o espaço onde dormia a moradora em um quarto. Assim, enquanto inexistir cômodo adequado que seja configurado para servir de dormitório para essa moradora, esta residência terapêutica continua em desacordo com o art. 6.2.1 da mencionada portaria.

Também atuavam na Casa 2 a mesma cuidadora diarista e a mesma técnica de enfermagem que trabalhavam na Casa 1. Este serviço, especificamente, contava, ainda, com um cuidador por horário, em regime de plantão de 12/36 horas, o que estava de acordo com o previsto na Portaria GM/MS nº 106/2000.

A Casa 3 do SRT Kiwi, serviço do tipo I, ficava no andar de cima das Casas 1 e 2, ligando-se a elas por uma escada. Nenhum dos moradores tinha dificuldade para subir as escadas. Nela residiam cinco moradores, três homens e duas mulheres, divididos em dois quartos. Em um dos quartos havia quatro camas, e em outro, duas, mas não foi informado como era feita a divisão dos moradores pelos quartos. Havia, ainda, um terceiro quarto, que vinha sendo utilizado pela coordenação do serviço, de forma que nenhum dos moradores dormia nele.

Assim como a Casa 2, a Casa 3 contava com um cuidador por turno, em regime de plantão de 12/36 horas, além da cuidadora diarista e da técnica de enfermagem, que trabalhavam nas três residências, o que estava de acordo com o previsto na Portaria GM/MS nº 106/2000.

A Casa 3 contava com um espaço comum, amplo e arejado, partilhado pelos moradores de todas as casas, no qual, em ocasiões especiais, eram celebradas datas comemorativas.

As três residências terapêuticas que compõem o SRT Kiwi apresentavam boas condições de limpeza e arrumação. A equipe da Defensoria Pública avaliou tratar-se um serviço que pretendia oferecer um espaço de real moradia para as pessoas que viviam no local. No entanto, a condição do mobiliário era precária. Sofás, camas e colchões precisavam ser substituídos, armários precisavam ser comprados para que todos os moradores contassem com espaço para as suas roupas, e aparelhos de ar-condicionado precisavam ser instalados, principalmente, no quarto mais próximo às telhas, onde fazia mais calor. Um armário com chave era necessário para a guarda dos medicamentos dos moradores. Também foi observada a precariedade de fornecimento de água potável para os moradores e profissionais.

De acordo com o informado nas visitas, nenhum morador das residências terapêuticas do SRT Kiwi estava inserido em programas de alfabetização ou no mercado de trabalho. No cotidiano da residência, as profissionais buscavam envolvê-los nas atividades domésticas, e vários deles possuíam autonomia para isso.

Quando se mudaram para o imóvel, as equipes das residências terapêuticas se preocuparam em informar a vizinhança sobre o significado de um SRT para a vida de pessoas que viviam em situação de longa internação psiquiátrica e, de forma bem sucedida, os profissionais conseguiram que os moradores se integrassem à vida do bairro. Eventualmente, eram organizados passeios que envolviam todos os moradores. A reintegração familiar de um dos moradores e a perspectiva de um morador passar para a moradia assistida demonstravam o empenho das equipes em prezar pela convivência familiar.

Embora tanto o SRT Acerola quanto o SRT Kiwi estivessem articulados com a Unidade Básica de Saúde do território, não havia

Equipe de Saúde da Família (ESF) na região do SRT Kiwi, e as situações de emergência eram direcionadas para a UPA Jardim Iris, em Vilar dos Teles, ou para o Posto de Saúde, em Vila São João, que estava fazendo os atendimentos psiquiátricos, em virtude de obras no PAM.

As residências terapêuticas do SRT Kiwi não dispunham de veículo exclusivo, valendo-se do único veículo disponível a toda rede de atenção psicossocial, que era colocado à disposição das equipes através de agendamento. No entanto, as equipes do SRT Kiwi avaliavam que ter um veículo à disposição apenas deste serviço, que abrigava, no total, doze moradores, facilitaria a organização de saídas, que incluíam a rotina de idas ao CAPS, às consultas esporádicas e outros afazeres externos. A Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde que providenciasse um veículo exclusivo para o SRT Kiwi, já que um veículo que facilite a saída dos moradores do SRT é instrumento do Projeto Terapêutico Singular de cada um deles.

Para o SRT Kiwi, a Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de São João de Meriti, além do acima mencionado, a substituição da mobília, que pertencia ao antigo imóvel e que tinha sido aproveitada, sem, entretanto apresentar condição de uso; a aquisição de alguns utensílios e eletrodomésticos, tais como filtro de água, roupas de cama, aparelhos de ar-condicionado, televisão; dentre outras.

A equipe técnica do SRT Kiwi demonstrou que trabalhava no sentido da promoção da autonomia e da inclusão social dos moradores no cotidiano da comunidade em que estavam inseridos.

12.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

Após as visitas aos serviços da RAPS do Município de São João de Meriti, iniciou-se a interlocução com a gestora municipal de saúde, em reunião na qual foram entregues os relatórios com recomendações, iniciando a atuação conjunta para o fortalecimento da RAPS.

Durante o acompanhamento da implementação das recomendações, em janeiro de 2019, a Defensoria Pública foi informada do desmoronamento do muro lateral do antigo Serviço Residencial Terapêutico, que provocou a mudança provisória dos moradores para o CAPS, onde permaneceram abrigados. Sabedora desse cenário, a Defensoria Pública realizou visita de retorno ao CAPS Vênica e aos dois novos imóveis dos SRTs.

Desde o início do acompanhamento da evolução da RAPS de São João de Meriti, em 2016, observou-se grande melhora nos serviços de saúde mental lá implementados. Sinal disso, por exemplo, foi a reformulação do antigo SRT, que em nada se aproximava dos princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial – seja pelas precárias condições de moradia ou pela grande quantidade de moradores: trinta e três – no mesmo ambiente, habilitando-se, em seu lugar, quatro serviços pautados na promoção da autonomia e inserção na comunidade, instalados em imóveis com boas condições habitacionais e com equipe técnica suficiente.

Cumprir destacar que o trabalho cooperativo desenvolvido no âmbito do “Projeto RAPS” com o Município de São João de Meriti vem trazendo resultados positivos para a população, e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro aguarda a realização de estudos de viabilidade de implementação dos serviços de saúde mental faltantes no município.

13. A atenção psicossocial especializada e as estratégias de desinstitucionalização do Município de Seropédica

O município possuía 82.312 habitantes no ano de 2018, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³⁴. Sua Rede de Atenção Psicossocial era composta por: **1 CAPS tipo II, 1 CAPSi e 1 SRT tipo I.**

No entanto, conforme o art. 7º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, em relação à quantidade da população do Município de Seropédica, deveria haver mais **1 CAPSad.**

Conforme foi levantado pelas visitas realizadas em agosto de 2018, eram atendidas cerca de 1.480 pessoas na atenção especializada em Saúde Mental, sendo que 1.300 frequentavam o CAPS, 180 frequentavam o CAPSi e 8 pessoas moravam no Serviço Residencial Terapêutico do município.

É de se ressaltar que, consoante o que foi verificado durante as visitas, havia uma demanda crescente na ordem de cem novos usuários por mês para a Rede de Saúde Mental de Seropédica, sendo sessenta usuários novos para o CAPS Bicho da Seda e quarenta para o CAPSi João e Maria.

Havia veículo exclusivo para o compartilhamento entre os serviços da RAPS do Município de Seropédica, mas que, no entanto, estava aguardando reparo havia mais de dois anos, e sem condições de circular. Desse modo, a equipe do CAPS Bicho da Seda compartilhava o veículo do NASF, e a equipe do CAPSi João e Maria utilizava o veículo

¹³⁴ Panorama do Município de Seropédica. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/seropedica/panorama>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

particular da coordenadora do serviço para as atividades externas; e para passeios e atividades afins com as crianças e adolescentes, a prefeitura disponibilizava, sem regularidade, veículo coletivo. Apenas para o SRT havia um veículo da prefeitura disponibilizado, mas que servia somente para deslocar os moradores até o CAPS, sendo que, para outras saídas, havia necessidade de agendamento prévio do veículo junto à prefeitura ou utilizava-se transporte público e/ou aplicativos de transporte particular.

O fornecimento de alimentação era regular e suficiente. O CAPS Bicho da Seda e o CAPSi João e Maria compartilhavam cozinha e refeitório, e forneciam três refeições diárias. Nestes serviços, a demanda por cardápio especial era absorvida pela nutricionista que compunha a equipe técnica do CAPSi. No SRT, a alimentação também era fornecida de maneira regular, com entrega de gêneros alimentícios pela prefeitura para preparação no local.

Em relação à oferta de medicação, a dispensação era feita no CAPS Bicho da Seda, que contava com uma farmacêutica em sua equipe multiprofissional. No CAPSi João e Maria não havia farmácia e tampouco dispensação de medicamentos, e os usuários recebiam a medicação no CAPS. Quanto ao SRT, não foi colhida a informação sobre o fornecimento de medicação.

13.1 Serviços da atenção psicossocial especializada

CAPS BICHO DA SEDA

Este CAPS tipo II existe desde setembro de 2000, e é referência em todo o Município de Seropédica; localizava-se em região central e acessível do município. Embora no site da Prefeitura tenha sido possível localizar facilmente o endereço, telefone e e-mail do serviço, havia informações incorretas, o que prejudicava a sua localização

pelos munícipes¹³⁵. A placa de identificação na sua fachada não seguia as diretrizes do Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS, uma vez que era improvisada. Na visita realizada em agosto de 2018, atendia cerca de 1.300 usuários ativos e possuía 2.000 prontuários, com média de sessenta novos usuários por mês. O perfil de usuários compreendia pessoas entre 40 e 60 anos, predominantemente do gênero masculino; não havia informação sobre as principais demandas do público atendido.

O imóvel em que estava instalado o CAPS contava com ampla área física e era composto por dois andares. Havia manutenções regulares, e o ambiente era salubre. As duas salas de atendimento individual estavam no segundo andar do imóvel, que era acessado por meio de escada, o que demonstrava a existência de uma barreira arquitetônica que prejudicava a acessibilidade. O imóvel era decorado com itens produzidos pelos próprios usuários, tais como quadros, letreiros, capas e outros. A dispensa, a cozinha e o refeitório do imóvel eram compartilhados com o CAPSi, situado no mesmo terreno. Na área externa do CAPS, havia a proliferação de insetos, tendo sido observadas colmeias e casas de marimbondos pelo local.

Embora o serviço fosse do tipo II, o que não requeria leito de acolhimento, o CAPS Bicho da Seda possuía dois quartos com dois leitos cada um, divididos por gênero.

O CAPS dispunha de linha telefônica, mas que não estava funcionando. O serviço contava com computadores ligados à internet para a utilização dos profissionais.

Havia déficit de um profissional de nível superior para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.2.2 da Portaria GM/MS nº 336/2002, tendo a equipe da Defensoria Pública feito recomendação nesse sentido ao gestor municipal de saúde. E para fazer frente à grande demanda

¹³⁵ No site da Prefeitura o endereço encontrado foi: Rua Demétrio de Brito, 13. No entanto, o serviço se localizava na Rua Euclides Pereira, nº 26.

atendida pelo CAPS Bicho da Seda, uma vez que eram realizados em torno de trinta atendimentos médicos e doze atendimentos psicológicos diariamente, mostrou-se necessária a admissão de um médico psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Para a realização de oficinas, verificou-se ser necessária a admissão de um oficinheiro, e para as atividades administrativas, a admissão de um profissional para o faturamento.

A equipe do CAPS realizava atendimentos, individuais e coletivos, oficinas e demais atividades previstas na Portaria GM/MS nº 336/2002; observou-se a utilização de estratégias de desinstitucionalização de pessoas que estavam internadas em hospitais de custódia.

Os profissionais do CAPS Bicho da Seda se articulavam em rede com sua rede territorial, como o CRAS e o CREAS, além das equipes de Saúde da Família. Quanto aos órgãos do sistema de Justiça, o serviço era mais próximo da Defensoria Pública. Havia, ainda, parceria com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, que enviava estudantes para a realização de estágio e recebia profissionais do CAPS para assistirem a palestras e seminários.

Cabe ressaltar que foi informado que os usuários do CAPS eram interpelados, de forma frequente, por pessoas que se apresentavam como advogados, oferecendo seus serviços para auxiliá-los a acessar seus benefícios assistenciais e previdenciários, tais como o BPC, e a ausência de um profissional de Serviço Social na equipe do CAPS fazia com que os usuários não recebessem orientação adequada sobre tais benefícios.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a promoção do asfaltamento da rua em que o CAPS estava situado, a fim de conferir maior acessibilidade ao local; a regularização do funcionamento da linha telefônica; a realização de reparo no veículo do CAPS, que já estava parado havia mais de dois anos por falta de manutenção;

a admissão de profissionais para fazer frente à demanda recebida pelo serviço; dentre outras.

A equipe desse CAPS cumpria seu papel neste serviço de atenção psicossocial de referência do município, atuando em rede não só com os serviços da Assistência Social, mas também com as instituições da Saúde, do sistema de Justiça e da Academia, o que trazia benefícios para os usuários, que tinham suas demandas atendidas de forma integral.

CAPSi JOÃO E MARIA

Este CAPSi existe desde maio de 2013 e é referência para todo o Município de Seropédica; localizava-se em área central e com bom acesso a meios de transporte. Não havia placa de identificação em sua fachada, e seu endereço estava errado no site da prefeitura. Na visita realizada em agosto de 2018, havia cerca de 180 usuários ativos no serviço, com média de dez novos usuários por semana. O perfil era de crianças e adolescentes com até 18 anos, embora houvesse alguns usuários maiores de 18 anos em processo de adaptação para o CAPS Bicho da Seda. As demandas prevalentes eram autismo, depressão, hiperatividade, ansiedade e retardo mental.

O CAPSi estava inserido na parte de trás do terreno onde se encontrava o CAPS Bicho da Seda. Assim, a área externa gramada, o refeitório e a cozinha, eram compartilhados entre ambos os serviços.

Dessa forma, quando os adultos utilizavam o refeitório, as crianças e adolescentes eram obrigados a permanecer dentro do CAPSi, sem acesso à área externa, uma vez que estes serviços têm públicos e demandas distintos, o que obriga a que os atendimentos sejam separados, bem como a convivência.

Do ponto de vista estrutural, não foram relatados grandes problemas. Algumas lâmpadas precisavam ser substituídas e cadeiras deveriam ser compradas para a área de espera, o que foi recomendado pela

Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde, além da manutenção dos aparelhos de ar-condicionado e da rampa de entrada do CAPSi.

O CAPSi João e Maria não tinha linha telefônica, computador e tampouco acesso à internet. A Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde de Seropédica a regularização dessa situação.

Havia déficit de profissionais de nível médio para adequação à equipe mínima exigida pelo art. 4.4.2, alínea “d”, da Portaria GM/MS nº 336/2002. Além disso, a fim de fazer frente à demanda atendida pelo CAPSi João e Maria, mostrou-se necessário que também houvesse a admissão de dois psicólogos, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais, o que foi recomendado pela Defensoria Pública ao gestor municipal de saúde.

A equipe do CAPSi João e Maria realizava atendimentos individuais e em grupo, tanto para os usuários quanto para familiares, além de oficinas de pintura, papel marchê, decoupage e reforço escolar. Também eram realizadas assembleias. A equipe também promovia comemorações em datas festivas, enquanto passeios com os usuários, como ida a museus, horto florestal e cachoeira, não tinham regularidade definida, porque dependiam da disponibilidade dos ônibus da prefeitura.

A equipe do CAPSi João e Maria também desenvolvia, uma vez por mês, atividade de Terapia Assistida com animais, um projeto desenvolvido em parceria com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), que levava os animais até o CAPSi, mas que também recebia as crianças no próprio *campus*.

No que se refere à articulação com a rede de serviços locais, os profissionais do CAPSi João e Maria participavam de reuniões mensais com o Conselho Tutelar, Ministério Público, CRAS e CREAS, Educação, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidade de Acolhimento. Havia articulação com a Unidade Básica de Saúde a principal referência era a Unidade Pré-Hospitalar José Bueno Lopes.

Após a visita da Defensoria Pública, foram feitas algumas recomendações ao gestor municipal de saúde, como a mudança de endereço do CAPSi, tendo em vista a dificuldade de manutenção do acompanhamento em saúde de algumas crianças, devido ao fato de o serviço funcionar em regime de compartilhamento com alguns espaços físicos, como o CAPS Bicho da Seda é notório o impacto causado nas crianças pela convivência com usuários do CAPS em situação de crise. Afinal, as crianças não deveriam ser expostas a situações geradoras de tensão ou de elementos estressores, uma vez que elas também se encontravam em reabilitação e tratamento contínuo.

Enquanto a mudança recomendada não se realizava, foi recomendado ao gestor municipal de saúde de Seropédica que corrigisse o endereço da instituição no site da prefeitura e colocasse placa de identificação na fachada do CAPSi para facilitar a sua localização e identificação pela população, dentre as outras recomendações já expostas.

A equipe desse CAPSi, portanto, cumpria seu papel em relação ao processo de cuidado, mesmo com as dificuldades inerentes ao compartilhamento do mesmo terreno pelo CAPS Bicho da Seda e a falta de profissionais e de mecanismos de trabalho, como veículo.

13.2 Serviços das estratégias de desinstitucionalização

O Município de Seropédica possuía, à época da visita, um Serviço Residencial Terapêutico do tipo I, que havia sido inaugurado havia cerca de 11 anos. Este SRT foi visitado pela equipe da Defensoria Pública em agosto de 2018.

Tratava-se de uma casa ampla, situada em local de fácil acesso, em área urbana não asfaltada. Havia um jardim extenso que chegava até a parte de trás do imóvel. Todos os ambientes eram arejados e estavam bem organizados no dia da visita. No que diz respeito à parte estrutural, o imóvel estava em bom estado de conservação e

salubridade; havia apenas pequenos reparos a serem feitos. O serviço contava com uma linha telefônica em funcionamento.

Nele residiam oito moradores, dois homens e seis mulheres, divididos por gênero, em quatro quartos. Portanto, este SRT estava de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 106/2000, que preconiza o máximo de oito moradores para as residências terapêuticas do tipo I e o total de até três moradores por dormitório.

Os moradores no CAPS Bicho da Seda e todos o frequentavam duas vezes por semana por meio de um veículo disponibilizado pela prefeitura, mas que não era exclusivo do SRT. Não havia outras atividades de inserção social, como estudos ou trabalho, mas a maioria dos moradores circulava pelo entorno da residência terapêutica, interagindo com a vizinhança.

Apenas dois moradores possuíam referência familiar, e um deles recebia visitas com frequência, estando em processo de retorno familiar.

Todos os moradores recebiam benefícios assistenciais, mas não foi informada a forma de gerenciamento desses valores.

A equipe desta residência terapêutica não contemplava a orientação da Portaria GM/MS nº 106/2000 em relação à equipe mínima, uma vez que a normativa recomenda que cada módulo residencial de tipo I tenha um cuidador, levando-se em consideração o número e o nível de autonomia dos moradores. No SRT de Seropédica, só havia duas pessoas trabalhando, que foram admitidas como auxiliares de serviços gerais, mas que, na realidade, cumpriam a função de cuidadoras. Essas duas pessoas trabalhavam em regime de 24/24 horas, não contavam com retaguarda em caso de imprevistos, como eventuais problemas de saúde, o que comprometia o tempo de descanso das profissionais. Tendo em vista a demanda dos trabalhos domésticos e das necessidades específicas de cada um dos oito moradores, mostrou-se urgente a admissão de cuidadores.

Eram fornecidas, no mínimo, cinco refeições diárias aos moradores, preparadas na cozinha da residência terapêutica.

A Defensoria Pública recomendou ao gestor municipal de saúde a requalificação do SRT de Seropédica para tipo II, já que havia um morador idoso e outro em cadeira de rodas a mudança de modalidade se fazia importante em razão das diversas implicações dela decorrentes, desde os cuidados apropriados à real demanda, até o financiamento. Recomendou, também, a realização de reparos em locais que apresentavam infiltração e goteira; a manutenção dos eletrodomésticos, tais como aparelhos de ar-condicionado; a disponibilização de veículo para facilitar a saída dos moradores para outros compromissos, como consultas médicas; a admissão de mais cuidadores e auxiliares de serviços gerais, além da capacitação de todos os profissionais do serviço em Saúde Mental, dentre outras.

A equipe do SRT de Seropédica compunha-se de apenas duas auxiliares de serviços gerais, que atuavam como cuidadoras, mas mesmo nesse contexto, mantinham o serviço em funcionamento. No momento da visita, a pessoa que estava de plantão permanecia no serviço há mais de 24 horas, em razão de um agravo de saúde da profissional que revezaria com ela o plantão e que não poderia comparecer.

13.3 A intervenção da Defensoria Pública no município

Depois das visitas, foram expedidos os relatórios com recomendações ao gestor municipal de saúde de Seropédica, entregues presencialmente em reunião. Já nessa ocasião, iniciaram-se as tratativas para a implementação do que foi recomendado também se tomou nota de algumas mudanças que já haviam sido efetivadas entre a data da visita da Defensoria Pública e a data da reunião.

Em relação ao CAPS, já havia sido providenciada uma maca para a farmácia e um armário para comportar os materiais de primeiros socorros; a manutenção do telefone fixo; a admissão de três novos

psicólogos; a retirada das colmeias e casas de marimbondos; e foi criada uma rotina de reuniões institucionais mensais.

Em relação ao CAPSi, foram providenciados os reparos necessários, que constavam das recomendações, e foi aberto processo de licitação para compra de mobília, a fim de garantir alguns ambientes do serviço.

Quanto ao SRT, também foram providenciados os reparos necessários indicados nas recomendações e, quanto à equipe, foi informado, em reunião com o gestor municipal de saúde, que havia de fato três cuidadores e um auxiliar de serviços gerais, mas ainda faltava admitir outro auxiliar de serviços gerais.

Após a reunião, o Município de Seropédica deixou de manter diálogo com a Defensoria Pública quanto ao acompanhamento da implementação das recomendações expedidas. Em que pese o fato de que a Defensoria Pública vem sendo diligente em contatar o município para construir soluções não litigiosas em relação às demais recomendações constantes nos relatórios de visita elaborados pela equipe multidisciplinar, esse processo vem se mostrando especialmente árduo, em razão do silêncio mantido pelo ente municipal.

CONCLUSÃO

É árdua a tarefa de concluir um livro que há mais de um ano vem sendo escrito através de muitas mãos. Foram necessárias algumas dezenas de reuniões virtuais em que dúvidas, discordâncias, ponderações, inquietações e reflexões surgiam e pareciam intermináveis e algumas ainda são. Podemos afirmar que, em comum, houve a esperança e o engajamento para que se concretize uma política de saúde comprometida em ofertar cuidados e ações em saúde mental que sejam libertadoras, afirmadoras de direitos, dos Direitos Humanos, individuais e coletivos. Uma política que possua responsabilidade de potencialização da vida, das distintas existências e das subjetividades.

Este livro se propôs à análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios visitados, integrantes da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, por meio dos resultados obtidos pelo Projeto de Fomento à Implantação, Expansão e Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial – “Projeto RAPS”. A discussão teve eixo estruturante nos princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial. Através das visitas realizadas *in loco* aos serviços da Rede, conhecemos de forma próxima a vivência de cada espaço visitado, ouvimos profissionais dos serviços e não houve um só espaço do qual saímos achando que estava tudo “bem”. Entende-se por “bem” que o Poder Público implementou a RAPS de maneira consolidada em todos os seus aspectos. Ao contrário, o que constatamos foi a defasagem de serviços, infraestrutura e recursos humanos.

Durante as visitas da nossa equipe, o sentimento inicial de desconforto que transbordava dos profissionais dos serviços, ao serem recebidos por uma equipe visitante, era transformado em segurança e colaboração através de uma conversa horizontal e da escuta atenta sobre a dinâmica de trabalho, as necessidades e especificidades dos serviços. Majoritariamente, ouvíamos pessoas aguerridas e que tentavam prestar seu serviço enquanto profissionais de saúde da forma mais comprometida possível, muitas vezes usando de recursos materiais próprios para disponibilizar um atendimento qualificado às pessoas e famílias atendidas, vivenciando o acúmulo de funções, vínculos empregatícios precários e atrasos salariais. E para os profissionais da área de saúde esta realidade não é novidade, quiçá para os da saúde mental, historicamente desprivilegiada de incentivos financeiros, orçamentários e em recursos humanos.

O desgaste emocional também se fazia notório, de uma incansável insistência para que tudo funcionasse “bem”. Por mais dificultada que seja a atuação nos serviços da RAPS, percebeu-se que os profissionais não permitiam que suas atividades fossem interrompidas, não deixando que os limites institucionais e políticos viessem impedir a realização de

um exercício profissional balizado nas noções de igualdade e equidade de direitos e nos princípios da reforma psiquiátrica. Conhecemos equipes que não mediam esforços para a superação de estruturas herdadas do modelo hospitalocêntrico e que lutavam por uma saúde mental mais próxima dos usuários e integrada à saúde geral.

Em uma sociedade capitalista e estruturalmente racista, em que as determinações constitucionais de democratização são absorvidas por uma ótica de desresponsabilização, o que se identifica, em muitos locais, é uma precarização dos serviços oferecidos, resultante de uma negação dos governos em investir no funcionamento eficaz de suas instituições. Observamos isso ao longo de todo o projeto, nos mais diversos níveis de atuação política.

As benfeitorias nos serviços ficam a cargo das decisões políticas locais, o que implica diretamente no seu funcionamento e, conseqüentemente, acarreta na melhoria ou no enfraquecimento do processo de inclusão social e cuidado em saúde mental no território. No diálogo com os gestores municipais de saúde, que tinha como objetivo a reparação das inconformidades encontradas nos serviços, já havia um discurso aparentemente programado, sempre com a justificativa orçamentária. Contudo, as recomendações não se baseavam, apenas, em ações dependentes de recursos financeiros, pois muitas mudanças necessárias eram operacionais, logísticas e até de comunicação, as quais poderiam ser feitas a curto prazo.

Em nível nacional, assistimos à atuação do governo federal na promoção de mudanças normativas que vão de encontro aos princípios duramente conquistados pela luta antimanicomial, estimulando o retorno de hospitais psiquiátricos no rol de serviços da RAPS, com internações de longa duração, e a crescente expansão e valorização de Comunidades Terapêuticas, afastando-se de valores orientadores da Reforma Psiquiátrica. A neoinstitucionalização em asilos, hospitais particulares, abrigos e comunidades terapêuticas, a insuficiente oferta de serviços e as atuações políticas por ações ou omissões resultam na ampliação de um circuito particular/religioso que tem as comunidades

terapêuticas como principal modelo, revelando formas de isolar sujeitos e reatualizar os antigos manicômios.

Embora o processo de desinstitucionalização tenha avançado em diversos aspectos nas últimas décadas, por meio da redução de leitos em Hospitais psiquiátricos e aumento dos dispositivos comunitários, fica nítido que ainda existem enormes desafios e que a busca por ofertar serviços sob a égide da liberdade precisa ser constantemente reafirmada. Ainda é premente a necessidade de maior cobertura dos centros de atenção psicossocial, seja no quantitativo ou no grau de complexidade do serviço, o aumento de leitos psiquiátricos de urgência em hospitais gerais, a integração da saúde mental com a atenção primária, a ampliação do quantitativo de dispositivos residenciais e a desinstitucionalização de pessoas em situação de longa permanência hospitalar.

Ao longo do nosso projeto, nos deparamos também com o sucateamento das políticas setoriais dos municípios visitados, que traz prejuízos à integralidade do cuidado dos usuários da política de saúde mental. Tal cuidado integral remete à necessidade de articulação da política de saúde mental com as demais políticas sociais, afinal os usuários também precisam de atenção primária em saúde, de hospitais de emergência para situações de crise e atendimentos de outras enfermidades, de assistência social para acesso aos benefícios e serviços socioassistenciais, de inclusão produtiva, dentre outras. Fortalecer a atuação em rede é conceber a saúde focada nos indivíduos e não na doença, os reconhecendo como protagonistas de suas próprias histórias e como sujeitos ativos na sociedade. No entanto, a precariedade da assistência pública, verificada nos municípios da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, era um impasse ao projeto de saúde voltado para este cuidado ampliado.

Logo, este livro é uma evocação coletiva, foi apenas redigido e consolidado por esta equipe, mas quem escreveu esta história que contamos em dados, fatos e fotos foram os trabalhadores de saúde, usuários que se disponibilizaram a conversar, relatar as dificuldades e conquistas diárias de suas jornadas e que depositaram em nós a

confiança de sermos aliados na reparação de condições de trabalho e ofertas de serviço de qualidade à população usuária do SUS, consoantes com os princípios antimanicomiais.

É importante mencionar que neste percurso foi possível rever nossas falhas, como, por exemplo, notar a gravidade que foi não conceber o quesito cor/raça nos questionários que utilizávamos nas visitas institucionais. Assim, nos deparamos com o racismo institucional e colocamo-nos em pauta. De igual modo, no processo de produção deste livro, identificamos a necessidade de revisitar e atualizar nossos instrumentos de trabalho, a exemplo do formulário de visita, de forma a sanar eventuais dúvidas no processo de colheita de informações sobre os serviços.

Importante destacar o papel essencial da Defensoria Pública no monitoramento e avaliação da política pública, em uma perspectiva de atuação colaborativa e preferencialmente extrajudicial, na qual se busca a garantia dos direitos dos destinatários dos serviços de saúde mental e dos seus profissionais. Neste processo, é preciso uma atuação articulada, interinstitucional e com a participação dos trabalhadores. Assim, tivemos também a oportunidade de olhar para dentro da nossa Instituição, ao perceber o quão urgente era a ampliação da atuação interdisciplinar, além da maior integração da Defensoria Pública com a RAPS e, sobretudo, com os seus trabalhadores.

*“Os médicos falam que sou esquizofrênica, não sou nada disso, sou tanta coisa que posso ser até uma melancia se eu quiser, só não quero morrer presa e amarrada nesse inferno que chamam de hospital. Eles prendem até meus pensamentos mais bonitos, foi tudo embora, já morri.”
(Tânia Maria, 1998).*

Essa mensagem foi a súplica de Tania à filha durante uma visita, quando estava internada em um hospital psiquiátrico que já foi fechado no Rio de Janeiro. Atualmente, Tânia é acompanhada por um CAPS da mesma cidade e pôde voltar a ter seus pensamentos bonitos.

Esperamos que este livro sirva de incentivo para a elaboração de estratégias coletivas de ampliação do acesso e da qualificação de uma rede ainda tão fragilizada e que, sobretudo, ele gere a necessária inquietação e o desejo de resistência neste período de desmonte das políticas sociais em todos os níveis de governo. Em reverência a Frantz Fanon, que foi citado na abertura do livro, afirmamos a loucura como a expressão de uma modalidade de existência e lutamos para que os pensamentos bonitos não morram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENDA 2030 para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf>.

Acesso em: 30 set. 2021.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120p.

AMORIM, Ana Mônica Anselmo de; MORAIS, Monaliza Maelly Fernandes Montenegro de. **Litigância Estratégica na Defensoria Pública**. Boa Esperança: Editora CEI, 2019.

ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos Pensamentos Criminológicos**. Rio de Janeiro: Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2015.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>>. Acesso em: 27 abr. 2020, p. 25.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 6 mai. 2020.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 17 abr.2020.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Lei Federal nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 mai. 2020.

CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus**: Diário I. São Paulo: Autêntica, 2015. 232p.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à Justiça**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris editor, 1988.

CDA - IPUB - Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Disponível em: <<https://www.ipub.ufrj.br/cda/>>. Acesso em 1º mar. 2021.

Conexão UFRJ. Crianças e adolescentes recebem tratamento psiquiátrico na UFRJ. Disponível em: <<https://conexao.ufrj.br/2007/11/12/criancas-e-adolescentes-recebem-tratamento-psiquiatrico-na-ufrj/>>. Acesso em 1 de março de 2021.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and Medicalization**: From Badness to Sickness. Columbus: Merril Publishing, 1985.

DECLARAÇÃO de Caracas. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 27 abr.2020.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizatório**. 2ª ed. Jorge Zahar Ed., 1994.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Deliberação do CS/DPGE nº 125, de 20 de dezembro de 2017. Disponível em: <<https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/9e90b5c541d-640de99d9e8a46fda5bb1.pdf>>. Acesso em: 30 de setembro de 2021.

FANON, Frantz. **Alienação e Liberdade**: escritos psiquiátricos. Tradução Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551 p.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2020.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai. 2020.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Nova Iorque: Vintage Books, 1961.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Belford Roxo. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/belford-roxo/panorama>>. Acesso em: 18 abr.2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Duque de Caxias. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/panorama>>. Acesso em: 29 abr.2019.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Itaguaí. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/itaguaui/panorama>>. Acesso em 28 ago. 2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Japeri. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/japeri/panorama>>. Acesso em: 18 abr.2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Nilópolis. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/nilopolis/panorama>>. Acesso em: 18 abr.2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Nova Iguaçu. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/nova-iguacu/panorama>>. Acesso em 10 ago. 2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Queimados. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/queimados/panorama>>. Acesso em: 18 abr.2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de São João de Meriti. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-joao-de-meriti/panorama>>. Acesso em 13 ago.2020.

IBGE Cidades. Panorama do Município de Seropédica. IBGE Cidades. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/seropedica/panorama>>. Acesso em: 18 abr.2020.

JHERING, Rudolf von. **A luta pelo direito**. Tradução de João Vasconcelos. São Paulo: Forense, 2006.

LOPES GARCIA, José Ricardo. Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-303590>. Acesso em 30 set. 2021.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000300007&script=sci_arttext. Acesso em 1º mai. 2020.

MACRAE, Edward. Antropologia: “Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos”. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. P. 4-34.

MACRAE, Edward. Aspectos Socioculturais Do Uso De Drogas E Políticas De Redução De Danos. Disponível em: <<https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/aspectos-socioculturais-do-uso-de-drogas-e-politicas-de-reducao-de-danos>>. Acesso em: 30 set. 2021.

MALAGUTTI BATISTA, Vera. **Introdução Crítica à Criminologia Brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

MAZZILLI, Hugo Nigro, **Regime Jurídico do Ministério Público**, 6ª ed., São Paulo: Saraiva, 2017. p. 174.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 20 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psi-cossocial-caps>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300592&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr.2020.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; FÉ, Leandro Carvalho Moura; MOREIRA, Maycon Alex Cavalcante. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr.2020.

MONTESQUIEU. **Do espírito das leis**. Coleção 'Os Pensadores'. São Paulo: Abril Cultural, 2000.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo S. S.; SILVA, Giovanna Bertolazzi fernandes da; SENA, Andreza Cardoso Ribeiro de. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735/722>>. Acesso em: 30 set. 2021.

OLIVEIRA, Luciano. **Manual de Sociologia Jurídica**. Petrópolis: Vozes, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/DqwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/?lang=pt>>. Acesso em: 27 ago. 2020. <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>>

ROSA, Pablo Ornelas. Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico. **Revista Pan-Amazônica de Saude**, Ananindeua, v. 1, n. 1, p. 27-32, mar. 2010. Disponível em <<http://scielo.iec.gov.br/scielo>>

[php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000100005&lng=pt&nrm=iso](#)>. Acesso em: 30 set. 2021.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICACIO, M.F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 71-94, Nov. 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/nec/a/ytPjkXXYbTRxnJ7THFDBrg-c/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 abr.2020.

SHANON, Benny. Os conteúdos das visões da ayahuasca. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 109-152, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132003000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2020.

TEIXEIRA, Jessica Adrielle Santos; DE OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 4, núm. 1, 2013, pp. 82-89 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

TEIXEIRA, Mariana Fernandes. **Os Acordos Internacionais e as Políticas Públicas de Controle do Uso de Drogas no Brasil**. Monografia de conclusão do curso de graduação em Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/184949/Monografia%20da%20Mariana%20Fernandes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 abr.2020.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto. CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 1041-1050, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301041>. Acesso em: 27 abr.2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>

WADLEY, Greg. **How psychoactive drugs shape human culture**: A multi-disciplinary perspective. *Brain Res Bull*, 2016.

AUTORAS E AUTORES

FILIPPE ABREU NAVE DA SILVA

Bacharelado em Direito na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Ex-estagiário do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

GISLAINE CARLA KEPE FERREIRA

Defensora Pública titular do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da DPRJ. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ENSP/Fiocruz).

GUILHERME THIAGO STRAUCH RIBEIRO

Bacharelado em Direito na PUC-Rio.

LUCAS TEIXEIRA REIS BARBOSA

Bacharelado em Direito na UFRJ, atualmente prestando colaboração ao Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da DPRJ.

LUCIANA JANEIRO SILVA

Psicóloga, Sanitarista e mestre em psicologia pela UFRJ. Trabalha na DPGERJ, atualmente lotada no Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Capital e em atuação na Câmara de Resolução e Litígios em Saúde.

MARINA WANDERLEY VILAR DE CARVALHO

Psicóloga em atuação no Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da DPERJ. Doutora em Psicologia pela UFRJ.

NATALIA SOARES DA SILVA PALMAR

Assistente Social em atuação no Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Capital. Especialista em Serviço Social e Terapia de Família pela UCM.

ROBERTA GOMES THOMÉ

Assistente Social em atuação na Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da DPGERJ. Mestre em Serviço Social pela PUC- Rio.

TELENIA MARIA DE SENNA HILL

Psicóloga em atuação na Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da DPERJ. Especialista em Saúde Mental da Criança e do Adolescente pelo IPUB/UFRJ.

THALITA THOMÉ DOS SANTOS

Assistente social em atuação no Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da DPERJ. Especialista em Serviço Social e Saúde pela UERJ.

POR UMA
RAPS
fortalecida

Monitoramento da Atenção Psicossocial
na Região Metropolitana do Estado
do Rio de Janeiro

"Os médicos falam que sou esquizofrênica, não sou nada disso, sou tanta coisa que posso ser até uma melancia se eu quiser, só não quero morrer presa e amarrada nesse inferno que chamam de hospital. Eles prendem até meus pensamentos mais bonitos, foi tudo embora, já morri." (Tânia Maria, 1998).

Essa mensagem foi a súplica de Tania à filha durante uma visita, quando estava internada em um hospital psiquiátrico que já foi fechado no Rio de Janeiro. Atualmente, Tânia é acompanhada por um CAPS da mesma cidade e pôde voltar a ter seus pensamentos bonitos.

Esperamos que este livro sirva de incentivo para a elaboração de estratégias coletivas de ampliação do acesso e da qualificação de uma rede ainda tão fragilizada e que, sobretudo, ele gere a necessária inquietação e o desejo de resistência neste período de desmonte das políticas sociais em todos os níveis de governo. Em reverência a Frantz Fanon, que foi citado na abertura do livro, afirmamos a loucura como a expressão de uma modalidade de existência e lutamos para que os pensamentos bonitos não morram.



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CEJUR
Centro de Estudos Jurídicos
Defensoria Pública - RJ



Fesudeperj
Fundação Escola Superior da Defensoria
Pública do Estado do Rio de Janeiro

NUDEDH
Núcleo de Defesa
dos Direitos Humanos

NUFAZ
Núcleo de
Fazenda Pública

COSAU
Coordenação de Saúde
e Tutela Coletiva

CDEDICA
Coordenadoria de Defesa dos
Direitos da Criança e do Adolescente