

**Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)
Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC)
Coordenação de Políticas Transversais (CPT)
Área Técnica de Saúde Mental (ATSM)**



PLANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA BAHIA

Salvador – Bahia
Novembro – 2018

Rui Costa dos Santos
Governador do Estado da Bahia

Fábio Vilas Boas Pinto
Secretário de Saúde do Estado da Bahia

Jássicon Queiroz dos Santos
Superintendente de Atenção Integral à Saúde

Liliane Mascarenhas Silveira
Diretora de Gestão do Cuidado

Liana Figueirêdo Almeida de Souza
Coordenadora de Políticas Transversais

Luciana Santos Chaves
Sub-Cordenadora de Políticas Transversais

Ana Carolina Moreira Oliveira Ventura
Caliandra Machado Pinheiro
Eva Carneiro Silva Passos
Isabel Rosana Borges Barbosa
Itatyane Bispo de Oliveira Nascimento Santos
Jarissa Porto dos Santos
Luiana Lima Fernandes Jatobá
Mirian Gracie Plena Nunes de Oliveira
Paulo Cesar Gabrielli de Azevêdo
Selma Viana Lessa
Victor Brandão Ribeiro
Profissionais da Área Técnica de Saúde Mental

Redação:
Liana Figueirêdo Almeida de Souza
Mirian Gracie Plena Nunes de Oliveira

Revisão:
Carla Oliveira Fernandes

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB
4ª Avenida, nº 400 – Plataforma 6, Lado B – Centro Administrativo da Bahia (CAB),
Salvador - Bahia.
CEP 41.750 – 300.
Telefone: (71) 3115 4203
E-mail: dgc.saudemental@saude.ba.gov.br
Site: www.saude.ba.gov.br

**Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização
(CIPAD)**

Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)
Associação Psiquiátrica da Bahia (APB)¹
Associação Metamorfose Ambulante (AMEA)
Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)
Conselho Estadual de Saúde (CES)
Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA)
Frente pela Ampliação e Fortalecimento da RAPS da Bahia
GT Intrainstitucional para os Processos de Desinstitucionalização dos Hospitais da Rede Própria/SESAB
Diretoria de Atenção Básica (DAB/SESAB)
Diretoria de Atenção Especializada (DAE/SESAB)
Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC/SESAB)
Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP/SESAB)
Hospital Especializado Afrânio Peixoto (HEAP)
Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELR)
Hospital Especializado Mário Leal (HEML)
Hospital Juliano Moreira (HJM)
Ministério Público do Estado da Bahia (MP/BA)¹
Núcleo Regional de Saúde (NRS) de Feira de Santana
Núcleo Regional de Saúde (NRS) de Salvador
Núcleo Regional de Saúde (NRS) de Vitória da Conquista
Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UESF)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

¹ A ABP e o MP/BA participaram inicialmente das discussões e depois solicitaram a saída da CIPAD.

SIGLÁRIO

Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)
Associação Metamorfose Ambulante (AMEA)
Associação Psiquiátrica da Bahia (APB-BA)
Benefício de Prestação Continuada (BPC)
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Centro de Saúde Mental de Narandiba (CENA)
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD)
Comissões Intergestoras Regionais (CIR)
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)
Conselho Estadual de Saúde (CES)
Conselhos Municipais de Saúde (CMS)
Coordenação de Políticas Transversais (CPT)
Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA)
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)
Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC)
Equipes de Saúde da Família (ESF)
Escola Estadual de Saúde Pública (EESP)
Grupo de Trabalho (GT)
Grupo de Trabalho Intrainstitucional (GTI)
Hospital de Custódia e Tratamento (HCT)
Hospital Especializado Afrânio Peixoto (HEAP)
Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELR)
Hospital Especializado Mário Leal (HEML)
Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC)
Hospital Juliano Moreira (HJM)
Instituições de Ensino Superior (IES)
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)
Ministério da Saúde (MS)
Ministério Público do Estado da Bahia (MP/BA)
Núcleo Agrícola de Reabilitação (NAR)
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Núcleos Regionais de Saúde (NRS)
Plano de Ação Regional (PAR)
Programa de Volta pra Casa (PVC)
Programa Estadual de Medicação de Alto Custo (PEMAC)
Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)
Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)
Pronto Atendimento (PA)
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Secretaria de Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH)
Secretarias Municipais de Saúde (SMS)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento (SETA)
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)
Sistema sobre Mortalidade (SIM)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)
Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (SUPRAD)
Unidade Básica de Saúde (UBS)
Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)
Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UA i)
Unidades de Acolhimento (UA)

Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
INTRODUÇÃO	10
1. A RAPS NO TERRITÓRIO BAIANO	14
1.1 A Rede de Serviços de Saúde Mental na Bahia	15
1.2 A Instituição da CIPAD	16
2. O REDIRECIONAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL	18
2.1 A Regionalização e os Componentes da RAPS	18
2.2 Expansão e Qualificação dos Pontos de Atenção da Rede	20
2.3 Desenvolvimento de Estratégias de Desinstitucionalização por HP	21
2.4 Desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente	39
2.5 Cofinanciamento Estadual de CAPS III e CAPS ad III	40
2.6 Instituição de Coordenação de Saúde Mental na Esfera Estadual	41
2.7 Desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação	41
3. RESPONSABILIZAÇÃO DOS ENTES NO TERRITÓRIO	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	
ANEXO 1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA RAPS POR REGIÃO DE SAÚDE	
ANEXO 2 – REGIÕES DE SAÚDE COM PLANO DE AÇÃO REGIONAL E POSSIBILIDADES DE EXPANSÃO DE SERVIÇOS	
ANEXO 3 – LEGISLAÇÃO E NORMAS	

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é o resultado de um esforço conjunto que envolveu diversos atores: técnicos das gestões estaduais e municipais, representantes das Universidades Públicas da Bahia, profissionais, usuários e familiares, representados por entidades voltadas para a defesa e garantia dos direitos humanos e cidadania. Todos os envolvidos foram direcionados pelo desejo de concretizar, no estado da Bahia, uma efetiva mudança do modelo de atenção em saúde mental, inspirada pelos pressupostos do movimento da Reforma Psiquiátrica, fundamentada legalmente pela Lei 10.216/01 (Brasil, 2001), que preconiza o cuidado às pessoas com transtornos mentais, em sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas em uma rede pública que ofereça serviços diversificados e de base comunitária.

Trata-se de uma mudança de paradigma que envolve a desconstrução progressiva do modelo de atenção hospitalocêntrico, que tem no Hospital Psiquiátrico a base do sistema assistencial em saúde mental, e requer a implantação de uma rede de serviços inseridos na comunidade e de fácil acessibilidade, para atendimento às diferentes demandas dos usuários. Para a implementação desse processo, o Ministério da Saúde instituiu na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria GM/MS 3.088/2011, que propõe a estruturação de pontos de atenção em Saúde Mental distribuídos nos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com funcionamento articulado de forma intersetorial e integrado à comunidade (Brasil, 2011) e, mais recentemente, publicou a Portaria GM/MS 3.588/2017, que dispõe sobre a RAPS e dá outras providências (Brasil, 2017).

Entendemos que o processo de desinstitucionalização na Bahia, assim como em qualquer outro estado, só poderá alcançar êxito se as ações forem assumidas em corresponsabilidade pelos Municípios, Estado e União. Trata-se de uma tarefa que requer esforços coletivos e cuidado, porque envolve mudanças que redefinem a concepção da loucura na sociedade, desconstruindo os estigmas historicamente instituídos para além dos espaços físicos, incluindo o olhar direcionado aos usuários enquanto sujeitos, cidadãos de direitos, na perspectiva de questionar os preconceitos ainda vigentes no imaginário social. Não é um processo fácil, nem tampouco rápido, mas precisa ser impulsionado com o esforço concreto de todos para que ocorra progressivamente.

Entendendo a complexidade desse processo, o Governo do Estado, através da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) instituiu a Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD), composta por representantes de diversas instâncias intersetoriais, incluindo controle social e Instituições de Ensino Superior, para elaborar o presente Plano de Desinstitucionalização do Estado da Bahia.

Após alguns meses de encontros e discussões voltadas para a elaboração do Plano, apresentamos aqui o presente documento para servir como norteador da implementação do modelo assistencial em saúde mental que atenda às necessidades da nossa população. Este Plano consiste na descrição do diagnóstico situacional da Rede de Atenção Psicossocial existente nas 28 Regiões de Saúde do estado, envolvendo os 417 municípios da Bahia, na avaliação da capacidade de expansão da RAPS de acordo com os contextos locais, baseada nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde em suas normativas vigentes, e nas ações referentes ao processo de desinstitucionalização em curso na Bahia.

Apresentamos este documento para que os municípios, o estado, a União e a sociedade em geral, em suas várias representações, compreendam a urgência de avançarmos no processo de desinstitucionalização na Bahia, assumindo, cada um, seu papel enquanto transformador social em direção a uma sociedade que respeite as diferenças. Em especial, a sensibilidade e a vontade política dos gestores dos diversos níveis de gestão do SUS são essenciais para o direcionamento dos investimentos necessários para a execução das ações voltadas para a implementação da RAPS, sem a qual não seria possível efetivar o processo de Desinstitucionalização na Bahia.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a forma de lidar com as questões relacionadas ao campo da saúde mental sempre foi marcada pela forte predominância de exclusão/privação das pessoas com transtorno mental do convívio familiar, da participação na vida social (GOFFMAN, 2003; FOUCAULT, 2009), como também do acesso aos serviços de saúde, aos setores de educação, trabalho, cultura e lazer. Durante décadas o setor público ofereceu como proposta de assistência a esse contingente populacional o atendimento centrado apenas em serviços hospitalares especializados, os Hospitais Psiquiátricos.

O processo da Reforma Psiquiátrica, iniciado na Europa, representa um marco na mudança de perspectiva do modelo vigente de atenção aos usuários de saúde mental (BASAGLIA, 1985; AMARANTE, 1998). A Reforma propõe novas modalidades de assistência às pessoas em sofrimento ou transtorno mental, através da oferta de uma rede de cuidado que visa a atenção em dispositivos de base comunitária e integrada com outros setores, funcionando na perspectiva interinstitucional e intersetorial. Isso representa um avanço, uma mudança de paradigma no cuidado às pessoas com sofrimento mental e, mais recentemente, também àquelas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esta proposta envolve a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de base territorial, inclusiva, e que estimule a autonomia dos sujeitos nela inseridos (BRASIL, 2001).

Esses princípios foram consolidados no Brasil através da Lei nº 10.216/2001, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Esta Lei visa firmar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Sua proposta é garantir a livre circulação das pessoas nos serviços, na comunidade e na cidade, o que se contrapõe ao modelo hospitalocêntrico, a partir do qual as pessoas com transtornos mentais são tratadas de forma segregadora em instituições totais (FOUCAULT, 2009), excluídas do convívio social.

Em 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23/12/2011, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que regulamenta a criação, ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e assim, fortalecer o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A proposta da RAPS é ampliar a concepção de cuidado, ofertando serviços nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde, distribuídos em sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

É importante salientar que, de acordo com a Portaria GM/MS 3.088/2011, os hospitais psiquiátricos, não compõem o elenco dos dispositivos de saúde da RAPS. Entretanto, recentemente, através da Portaria GM/MS 3.588/2017, o Ministério da Saúde incluiu o Hospital Psiquiátrico Especializado como um ponto de atenção do componente da atenção hospitalar.

Apesar da Política recente do Ministério da Saúde de incluir o Hospital Psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS (BRASIL, 2017), o Estado da Bahia adota o modelo de gestão que preconiza a substituição progressiva do modelo de atenção vigente, entendendo que o Hospital Psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas em sofrimento ou transtorno mental enquanto o processo de implementação da RAPS ainda não for suficiente. Considera-se fundamental a expansão e qualificação dos demais pontos de atenção da Rede para o processo de mudança para um modelo de atenção em Saúde Mental de base comunitária.

Entendemos que o processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental envolve não apenas a desativação dos hospitais psiquiátricos, mas também a implantação de serviços diversificados, de base comunitária, incluindo a oferta de cuidado intensivo em leitos de hospitais gerais e o acesso às Unidades de Pronto Atendimento para a assistência em situações de crise psíquica, priorizando internações de curta duração, de acordo com as necessidades de cada caso. Além destes serviços, é fundamental a expansão de equipamentos de saúde no território que possam oferecer acompanhamento prévio e posterior às eventuais crises psíquicas.

Dessa forma, as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas poderão acessar os pontos da Rede de Atenção Psicossocial de acordo com suas demandas, seja através dos pontos da Rede de Urgência e Emergência, dos leitos de saúde mental no hospital geral, da Atenção Básica, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de uma rede de cuidado que dispõe de uma

diversidade de serviços qualificados para garantir a assistência integral nos níveis de atenção à saúde, assegurando os direitos previstos em lei.

Em 29 de dezembro de 2014 a Política Nacional de Saúde Mental avançou com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.840, criando o Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente “Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS”, no âmbito do SUS, e instituindo o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal para as ações voltadas para o processo de desinstitucionalização. Essa Portaria estimula principalmente que os municípios onde estão localizados os hospitais psiquiátricos desenvolvam ações para efetivar a desinstitucionalização de pessoas que passaram por longas internações.

O Estado brasileiro contraiu uma dívida histórica com os indivíduos confinados em longas internações de regime asilar, vivendo em condições subumanas, cerceados do direito à vida em liberdade e de um tratamento adequado, o que gerou a cronificação de suas condições psíquicas, impedindo a melhoria da qualidade de vida (SILVA, 2001). Uma das formas de sanar essa dívida foi através da criação de programas de estímulo para o retorno destas pessoas à vida em sociedade e ao convívio com suas famílias, quando possível. O poder público reconheceu a necessidade de mudança dessa realidade, propondo a oferta do cuidado humanizado para as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O processo de desinstitucionalização, mais do que um movimento que busca a desospitalização de indivíduos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, se constitui como uma proposta de cuidado em saúde mental pautada no acesso a uma rede de serviços de saúde em articulação com redes intersetoriais, promovendo o retorno à vida social. Configura-se como um processo operativo importante para a mudança voltada a modelo de atenção de base territorial. Pressupõe um conjunto de ações para o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, que se constituíram, durante muitos anos, como a única possibilidade de acesso ao tratamento em saúde mental.

Entretanto, essa tarefa não é simples, especialmente em um país com a extensão territorial do Brasil, que possui um grande contingente populacional, distribuído em diferentes densidades demográficas. Construir uma rede de serviços em saúde mental comporta uma complexidade de arranjos assistenciais, a inclusão das especificidades regionais, as discrepâncias econômicas, sociais e culturais, reflexos, sobretudo, da marcada desigualdade social.

Na Bahia, um estado de grande extensão territorial, composto por 417 municípios, sendo que destes, 179 são constituídos por populações abaixo de 15 mil habitantes (IBGE, 2010), o que representa 42,92% dos seus municípios, promover essa mudança do modelo de atenção é um desafio. Considerando o critério estabelecido pelo Ministério da Saúde para implantação de CAPS I, que só pode ser realizada em municípios com população acima de 15.000 habitantes, é fundamental o investimento em ações de saúde mental na Atenção Básica, através das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Frente ao desafio para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial é necessário que os municípios se organizem, e elaborem e executem os Planos de Ação Regional (PAR), que devem ser formulados a partir do diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários dos municípios de cada região de saúde, através do levantamento das necessidades da população. Cada Região de Saúde deve construir um desenho da Rede composto por serviços municipais, e quando necessário, pactuar a implantação de equipamentos regionais, pois somados os quantitativos populacionais de mais de um município é possível alcançar o critério exigido pelo MS para implantar serviços de maior complexidade. Após a construção do PAR o mesmo é apresentado na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e uma vez aprovado, é encaminhado ao MS.

1. A RAPS NO TERRITÓRIO BAIANO

No Estado da Bahia, desde a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.088/2011, vem sendo desenvolvidas ações para a capilarização das discussões de saúde mental envolvendo os 417 municípios baianos com vistas à implantação efetiva da RAPS nas 28 Regiões de Saúde. O primeiro passo nesse processo da implementação da RAPS teve início em 2012, com a elaboração de uma matriz diagnóstica a partir do levantamento dos serviços de saúde mental existentes e das necessidades relativas à atenção psicossocial em todos os municípios do estado, considerando os critérios populacionais. Com isso, foi realizado um diagnóstico situacional das Regiões de Saúde, incluindo a previsão da capacidade de expansão dos pontos de atenção da Rede, envolvendo equipamentos municipais e regionais. Este levantamento foi realizado considerando o período entre 2008 e 2011 a partir de indicadores de saúde, calculados com base em dados secundários obtidos nos principais sistemas nacionais de informação em saúde, como o Sistema sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), além dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e das informações provenientes de algumas Diretorias da SESAB.

Os dados coletados neste levantamento produziram uma Matriz Diagnóstica, possibilitando identificar todos os equipamentos existentes nos municípios, assim como os vazios assistenciais no campo da saúde mental na Bahia. Posteriormente, os dados foram validados nas reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR). A matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial do Estado se constituiu como instrumento de base para a construção dos desenhos da RAPS a ser implementada nas 28 Regiões de Saúde. Este estudo permitiu às redes locais subsidiar a construção dos PAR, o que viabilizou o início da implementação da RAPS nas regiões, de acordo com suas especificidades.

As discussões nesses contextos regionais com o apoio da equipe da Área Técnica de Saúde Mental do Estado da Bahia, produziram, até dezembro de 2016, 16 PAR pactuados e aprovados na CIB-BA, que atualmente estão em análise no MS: Barreiras, Cruz das Almas, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Paulo

Afonso, Porto Seguro, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas. As demais Regiões de Saúde se encontram em diferentes fases de elaboração e ainda não finalizaram seus Planos da RAPS.

Em 2013, a SESAB, através da Resolução CIB nº 39 estabeleceu as diretrizes estaduais da RAPS que devem orientar a construção do processo de implantação do novo modelo de atenção em saúde mental no estado:

1. Regionalização da RAPS, de modo a proporcionar o acesso às ações e serviços de saúde mental, articulando pontos de atenção municipais e regionais como também de outros setores na região de saúde;
2. Desinstitucionalização, através da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a reinserção social dos pacientes asilados destas instituições;
3. Diversificação das estratégias de cuidado, a partir da implantação e articulação de componentes estruturantes nos municípios ou regiões;
4. Desenvolvimento de ações de qualificação, através da estratégia da Educação Permanente;
5. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços, através de indicadores de desempenho;
6. A participação popular e o Controle Social.

1.1 A Rede de Serviços de Saúde Mental na Bahia

Atualmente² a Bahia conta com uma rede de serviços habilitados pelo MS composta de 174 CAPS I; 35 CAPS II; 03 CAPS III; 11 CAPS ia; 18 CAPS ad; 04 CAPS ad III; 01 Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI); 12 SRT; 02 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, implantados no município de Feira de Santana. Porém este quantitativo está aquém do número de serviços necessários para a composição de uma rede no Estado, que seja compatível com as demandas da população.

Em paralelo a essa rede, ainda coexistem cinco Hospitais Psiquiátricos, um Anexo Psiquiátrico no Hospital Geral Prado Valadares, em Jequié, e um Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), em Salvador. Destes estabelecimentos, quatro Hospitais Psiquiátricos estão sob a gestão da SESAB, distribuídos nos seguintes municípios: Salvador – Hospital Especializado Mário Leal (HEML), Hospital Juliano Moreira (HJM); Feira de Santana –

² Informações do Observatório da SESAB, setembro/2018.

Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL); Vitória da Conquista – Hospital Especializado Afrânio Peixoto (HEAP). O quinto Hospital Psiquiátrico é o Sanatório Nossa Senhora de Fátima, localizado em Juazeiro, sob gestão municipal.

1.2 A Instituição da CIPAD

Visando a mobilização na direção do processo de desinstitucionalização envolvendo os diversos atores responsáveis, incluindo os gestores de saúde dos municípios onde existem Hospitais Psiquiátricos, os gestores dos estabelecimentos indicados para credenciamento, profissionais de saúde mental, usuários(as) e seus familiares, em 31/03/2017, a SESAB publicou a Portaria SES/BA nº 415, instituindo a Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD).

Essa Comissão foi criada com o objetivo de formular um Plano de Trabalho para as ações de desinstitucionalização a serem executadas, bem como estabelecer as prioridades para implementação de ações e serviços no Estado e contribuir para a elaboração e execução de propostas de comunicação e divulgação acerca das ações pactuadas. Vencido o prazo estabelecido na publicação, a Portaria SES/BA nº 415 foi prorrogada por meio da Portaria SES/BA nº 803, de 19/07/2017, visando concluir os produtos relativos à sua competência.

A CIPAD foi composta por: a) representantes intrasetoriais – Grupo de Trabalho Intrainstitucional (GTI) para os Processos de Desinstitucionalização dos Hospitais da Rede Própria/SESAB, Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e dos Hospitais Psiquiátricos; b) representantes de instâncias intersetoriais – Ministério Público do Estado da Bahia (MP/BA), que posteriormente oficializou sua retirada da CIPAD, Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista, Associação Psiquiátrica da Bahia (APB-BA), que também solicitou se retirar da CIPAD, e Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME); c) representantes de Instituições de Ensino Superior (IES) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); d) entidades de Controle Social – Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde (CES),

Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Associação Metamorfose Ambulante (AMEA) e Frente pela Ampliação e Fortalecimento da RAPS na Bahia.

A CIPAD propôs para os Hospitais Psiquiátricos a construção coletiva de Planos Operativos com a participação de gestores de cada uma das Unidades, das Secretarias Municipais de Saúde, além de profissionais e outros representantes afins, levando em consideração as especificidades de cada um desses estabelecimentos.

No processo de transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção inserido na comunidade é imprescindível considerar os serviços prestados e a quantidade de atendimentos realizados à população pelos hospitais psiquiátricos até então em funcionamento, a fim de que a rede de atenção psicossocial absorva essas demandas.

2. O REDIRECIONAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental envolve o planejamento e a execução das ações voltadas para o fechamento progressivo dos Hospitais Psiquiátricos e, em paralelo, a implementação da RAPS, de modo a atender as demandas das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito territorial e comunitário.

Nessa transição é importante levar em conta a necessidade de imediata substituição dos serviços prestados por estes hospitais para pontos da RAPS que ofereçam os cuidados necessários aos usuários(as), a fim de não gerar desassistência com a desativação destas Unidades. Portanto, é indispensável que, simultaneamente, haja investimento na ampliação dos equipamentos da RAPS para a efetiva cobertura de serviços conforme a demanda da população.

2.1 A Regionalização e os Componentes da RAPS

A Regionalização é um dos princípios de organização do SUS, que busca viabilizar a universalidade de acesso às ações e serviços públicos de saúde. É ratificada nas diretrizes estabelecidas pelo Estado da Bahia para a organização da RAPS, visando a expansão dos pontos de atenção municipais e dos equipamentos pactuados de forma regional, para contemplar a necessidade de atendimento em saúde mental à população de todos os municípios baianos.

Geograficamente, a Bahia possui 28 Regiões de Saúde sob a abrangência de 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS):

- a) Centro-Leste: Feira de Santana, Itaberaba, Seabra, Serrinha;
- b) Centro-Norte: Irecê e Jacobina;
- c) Extremo Sul: Porto Seguro e Teixeira de Freitas;
- d) Leste: Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus;
- e) Nordeste: Alagoinhas e Ribeira do Pombal;
- f) Norte: Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim;
- g) Oeste: Barreiras, Santa Maria da Vitória e Ibotirama;
- h) Sudoeste: Brumado, Itapetinga, Guanambi e Vitória de Conquista;
- i) Sul: Itabuna, Ilhéus, Jequié e Valença.



No ANEXO 1 consta a situação atual da RAPS nas 28 Regiões de Saúde do Estado, apontando também as possibilidades de expansão dos pontos de atenção em cada município, a partir dos critérios estabelecidos nas normativas vigentes do MS para a implantação/implementação de cada equipamento. Esse levantamento possibilita a compreensão da atual capacidade de atenção em saúde mental em cada território, assim como permite dimensionar a expansão possível, e necessária, da RAPS na Bahia.

Salienta-se que essas análises foram feitas em relação aos diversos Componentes da RAPS (Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial em Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial), mediante um levantamento do número de serviços em funcionamento, cadastrados no CNES, habilitados ou não pelo MS, além da avaliação quanto às possibilidades de expansão da RAPS por município e de implantação de equipamentos regionais, de forma pactuada, quando não alcançarem critérios populacionais e requisitos exigidos na legislação vigente. Em relação à análise de viabilidade quanto à implantação de leitos de saúde mental em hospital geral, utilizou-se como critério a capacidade instalada dos estabelecimentos hospitalares regionais e as diretrizes das Portarias Ministeriais GM/MS nº 148/2012 e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3.588/2017. Enfatiza-se que, para que sejam implantados os leitos, também é necessária a averiguação do critério populacional (exceto para os leitos com pactuação regional) aliado à existência de CAPS no município sede do serviço.

No levantamento do diagnóstico situacional das Regiões de Saúde na Bahia, conforme ANEXO 1, constata-se, em geral, um cenário marcado por vazios assistenciais nos diversos níveis de atenção. Observa-se a preponderância da necessidade de acesso das ações em saúde mental através da Atenção Básica nos municípios de pequeno porte, com população abaixo de 15 mil habitantes, já que não apresentam critérios para

implantação de CAPS I. Por outro lado, ressalta-se a insuficiência da oferta das diversas modalidades de CAPS nos municípios com maior densidade demográfica. Via de regra, as regiões não dispõem de Leitos de saúde mental em hospitais gerais e são desprovidas de dispositivos de Atenção Residencial de Caráter Transitório, além de ações para o desenvolvimento de Estratégias de Desinstitucionalização e de iniciativas da RAPS financiadas pelo MS para Reabilitação Psicossocial.

Mediante esse contexto, torna-se fundamental a adoção de um conjunto de ações no território para o êxito da reorientação do modelo assistencial em saúde mental na Bahia, tendo como princípio as diretrizes da RAPS. As informações a seguir relacionam as medidas necessárias adotadas no Plano de Desinstitucionalização visando intervenções para o fortalecimento da rede nos territórios, a partir dos seguintes eixos de atuação, aprovados em resolução CIB nº 139, em 29 de maio de 2018: a) expansão e qualificação dos pontos de atenção da rede; b) desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico; c) desenvolvimento de atividades de educação permanente; d) cofinanciamento estadual de CAPS III e CAPS ad III; e) instituição de Coordenação de Saúde Mental na Esfera Estadual; f) desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação.

2.2 Expansão e Qualificação dos Pontos de Atenção da Rede

O Eixo 1 propõe a expansão e a qualificação dos diversos pontos de atenção da RAPS na perspectiva da organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada e hierarquizada, por meio de ações intersetoriais para a garantia do acesso à integralidade do cuidado, assim como a qualidade dos serviços e o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, a promoção de autonomia do sujeito e a cidadania. Nesse sentido, o Eixo 1 detém duas Linhas de Ação: a dos municípios das Regiões de Saúde com PAR aprovado e a das Regiões de Saúde sem PAR aprovado (ANEXO 2). As Regiões de Saúde com PAR aprovado compreendem àquelas que dispõem de PAR da RAPS aprovado por meio de Resolução CIB-BA, para as quais se propõe a manutenção dos dispositivos pactuados pelos gestores nos territórios. Destaca-se que qualquer mudança nessas pactuações devem ocorrer mediante as adequações e nova aprovação do PAR em CIR e, posteriormente, em CIB.

As Regiões de Saúde sem PAR aprovado correspondem a todas as Regiões de Saúde que não possuem PAR da RAPS aprovado na CIB-BA. Verifica-se, que de um modo geral, ainda, não houve definição nas pactuações entre os gestores no território e as Regiões de Saúde encontram-se em diferentes etapas do processo de construção do PAR da RAPS, a partir do GT da RAPS. Diante desse contexto, adotou-se como metodologia as propostas mínimas de ampliação dos pontos de atenção nos municípios por Regiões de Saúde, tomando-se como critério de base de cálculo o indicativo de Cobertura Populacional citada nas portarias ministeriais de cada dispositivo em relação ao número de habitantes.

Salienta-se que, das Regiões sem PAR aprovado, a Região de Saúde de Feira de Santana é a única que possui Desenho Regional da RAPS concluído, elaborado pelo GT da RAPS desde 2015. Sendo assim, a proposta apresentada difere da metodologia de análise utilizada nas demais Regiões para expansão dos pontos de atenção. No Anexo 2 consta a proposta de expansão de serviços nos municípios das Regiões de Saúde sem PAR aprovado.

Para a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede é fundamental a pactuação do Plano de Ação da RAPS regionalmente, considerando o contexto de cada território, bem como a revisão das pactuações já realizadas nos PAR, para posterior encaminhamento ao MS.

2.3 Desenvolvimento de Estratégias de Desinstitucionalização por Hospital Psiquiátrico

O Eixo 2 sugere o desenvolvimento de um conjunto de ações estratégicas e imprescindíveis para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, tendo como concepção o respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e liberdade das pessoas, o combate aos estigmas e preconceitos, a atenção humanizada e centrada nas necessidades do sujeito, assim como, a diversificação das estratégias de cuidado. Nesse sentido, o Eixo 2 aponta intervenções a serem feitas nos Hospitais Psiquiátricos, sob a Gestão Estadual, para a desconstrução das práticas manicomiais visando o cuidado, sobretudo, no âmbito comunitário.

Para desenvolver essas intervenções, a SESAB, através da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) e da Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), solicitou aos gestores

de cada Hospital Psiquiátrico a indicação de três profissionais da equipe técnica para participar das discussões sobre o processo de desinstitucionalização e atuar no matriciamento para execução das ações previstas. Indicamos que esse processo é peculiar em cada Instituição, já que cada Hospital possui uma realidade, e será realizado a partir de uma abordagem co-participativa, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários(as).

Apresentamos no presente Plano os contextos históricos e atuais dos quatro Hospitais Psiquiátricos de natureza pública, pertencentes ao quadro de estabelecimentos da SESAB, incluindo suas características assistenciais. Além disso, as propostas para a substituição gradativa dos serviços prestados e a reconfiguração dos espaços físicos destas Unidades, de modo a garantir uma assistência diversificada, inserida na comunidade, favorecendo o suporte sociocultural aos usuários(as) e familiares.

O Hospital Especializado Lopes Rodrigues foi o primeiro Hospital Psiquiátrico que deu início às ações de desinstitucionalização, seguido pelo Hospital Especializado Afrânio Peixoto, posteriormente o Hospital Juliano Moreira e por último o Hospital Especializado Mario Leal, que apenas recentemente iniciou as discussões para efetivar as propostas do Plano Operativo. A seguir apresentamos a situação atual de cada Hospital Psiquiátrico sob Gestão Estadual e os seus respectivos Planos Operativos, discutidos na CIPAD.

2.3.1 Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL)

O HELRL localiza-se em Feira de Santana, também conhecida como “Princesa do Sertão”, situada no NRS Centro-Leste. É a segunda cidade com maior densidade geográfica da Bahia, possuindo uma população de 617.528 habitantes (Estimativa IBGE/2015). Também chamado de “Hospital Colônia Lopes Rodrigues”, o HELRL, um dos maiores hospitais psiquiátricos do estado, foi fundado em 22/07/1962 com uma estrutura física de quatro pavilhões, com o intuito de receber pacientes encaminhados dos hospitais psiquiátricos da capital. Seguindo a tradição, cumpriu também um “papel social” de recolher habitantes considerados “desviantes” que perambulavam pelas ruas, diagnosticados como “loucos” ou não. Exerceu forte influência para a concepção de “tratamento” da loucura existente na cidade, pois até meados de 2005 todos os serviços de saúde mental se concentravam nesse mesmo local.



A cidade de Feira de Santana localiza-se no principal entroncamento rodoviário da região Norte-Nordeste brasileira, o segundo do Brasil, funcionando como ponto de passagem para o tráfego das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, tanto para Salvador como para outras capitais. Esta posição geográfica privilegiada facilitou o encaminhamento de muitas pessoas procedentes de vários municípios da Bahia e de outros estados. Associado a este fato, a precariedade da rede de assistência em saúde mental no estado tornou o HELR uma das alternativas para a atenção em saúde mental.

Na década de 80 foi criado o Núcleo Agrícola de Reabilitação (NAR) com capacidade para 500 leitos, cuja proposta era acolher 400 pacientes oriundos do HJM e 100 pacientes crônicos dos pavilhões, no entanto, chegou a acolher 800 moradores. Nesse mesmo período, foram implantados dois ambulatorios, um destinado a prestar atendimento para adultos e outro para o público infantojuvenil.

Atualmente o HELR possui capacidade instalada de 115 leitos no CNES, assim distribuídos: 06 leitos de observação no serviço de urgência/emergência (03 masculinos e 03 femininos); 32 leitos de internação (16 masculinos e 16 femininos); e demais leitos para pacientes em situação de hospitalização de longa permanência, na condição de moradores, para os quais se faz necessário o encaminhamento processual para os SRT, procedimento previsto no processo de desinstitucionalização com vistas à reinserção social na comunidade. Este hospital também funciona como campo de estágio para diversas instituições de ensino da região, tanto de nível técnico quanto superior. No seu quadro de pessoal possui 166 profissionais estatutários, além de 06 médicos psiquiatras contratados por meio da Fundação José Silveira. Destaca-se que desde 2006 iniciou-se o desenvolvimento de ações para a mudança do perfil assistencial do hospital baseada nas orientações preconizadas pelas diretrizes da Lei 10.216/01.

No que se refere aos Serviços de Atenção Psicossocial de base territorial de Feira Santana, o município começou a construir sua rede em 2002 com habilitação de um CAPS AD, em 2004 com um CAPS II e em 2005 mais expressivamente com um CAPS ia, um CAPS II e um CAPS III. Hoje em dia, acrescenta-se a essa rede a implantação de 11 SRT, fato que possibilitou a saída progressiva de 83 pacientes caracterizados como “moradores” do HELR. Para tanto, foi realizado um trabalho de reinserção comunitária, viabilizando o retorno dessas pessoas ao convívio integrado na sociedade, já não tinham referências ou possibilidades de resgatar os laços familiares.

Ainda em relação ao processo de desinstitucionalização no HELR, em 2012, foi retomado com a criação de uma Comissão de Desinstitucionalização, instituída por meio de Portaria SES/BA nº 40/2013. Em 2014, com o objetivo efetivá-la, acompanhar e dar o encaminhamento às ações, foi realizada uma parceria entre MS, SESAB, municípios e MP/BA e constituída uma equipe de trabalho. Uma das atividades iniciais dessa equipe foi a avaliação do perfil da população atendida no hospital, no âmbito da internação e do ambulatório, a partir da análise dos mapas de internação do estabelecimento, quantitativo de pacientes internados a cada mês, sexo, tempo médio de internação e municípios de procedência. Em 2017, visando operacionalizar e potencializar as ações de desinstitucionalização, foi publicada a Portaria SES/BA nº 013, recompondo a Comissão de Desinstitucionalização dessa Unidade.

Durante esse período foram implantados cinco SRT em cinco municípios do Estado: Iaçú, Coração de Maria, Araci, Euclides da Cunha e Itapetinga. Fato que possibilitou a saída de 80 pessoas entre os anos de 2013 a 2016, sendo que 54 foram encaminhadas para os SRT, e 26 retornaram para suas famílias. Em 2017, até a presente data, mais 08 pessoas retornaram à vida comunitária, sendo que 04 delas foram encaminhadas para SRT e outras 04 para suas famílias. Além disso, foram realizadas as seguintes ações: a) desativação dos ambulatórios infantojuvenil e adulto – os usuários(as) foram direcionados para receberem a assistência ambulatorial nos seus municípios de origem, a partir de acordos previamente estabelecidos com os gestores, pactuados nas CIR; b) encaminhamento da farmácia de alto custo para o NRS Centro-Leste, melhorando o acesso dos usuários(as) às medicações; C) qualificação do serviço hospitalar e das ações prestadas na urgência, emergência e internação a partir da adequação e redirecionamento dos profissionais, melhorando a qualidade do atendimento prestado na unidade. Nesse sentido, atualmente a média de internação é de apenas um paciente por

dia, sendo que, a maioria dos casos que adentram na unidade são estabilizados em um período de 72 horas no setor de observação, reduzindo a necessidade de internação.

Atualmente 23 usuários(as) tiveram suas famílias identificadas pela equipe de desinstitucionalização, sendo que estas estão sendo acompanhadas pelos técnicos com o intuito de avaliar as possibilidades de restabelecimento dos laços e a viabilidade do retorno à convivência familiar. Destes, 07 se encontram com interdição civil, sendo que alguns curadores são falecidos e os demais familiares são resistentes a assumirem a curatela, o que tornam estes casos mais complexos para sua resolutividade.

A equipe de desinstitucionalização do HELR tem trabalhado também no sentido de garantir os direitos legais desses usuários(as), inclusive em relação ao requerimento ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) do Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma vez que estes se encontram em processo de alta planejada. Entendemos o acesso a esse benefício como um fator que pode favorecer a reabilitação desses sujeitos, incluindo o direito fundamental de viver em comunidade. Atualmente 32 pessoas são beneficiárias do BPC e os proventos são administrados pela Comissão de Gerenciamento de Benefícios dos Moradores do HELR, instituída através de Portaria SES/BA nº 24/2017. Estes recursos financeiros são utilizados de forma livre pelo usuário(a), em atividades extra-hospitalares voltadas para a inserção na comunidade e em atividades que favoreçam a readaptação à vida em ambientes públicos, cumprindo as orientações contidas nas normativas do MS, conforme as Portarias GM/MS nº 3.088/2011 e 3.588/2017.

Considerando as ações de desinstitucionalização desenvolvidas no HELR até o momento, o objetivo das propostas do Plano Operativo é orientar a gestão e a equipe de desinstitucionalização dessa Unidade a continuar avançando nesse processo, por meio da manutenção do setor de emergência, com observação, e 32 leitos para pacientes com transtorno mental em crise, com quadros agudos, até que a RAPS funcione efetivamente na Região Centro-Leste e ocorra a mudança do perfil. A partir das reuniões da CIPAD, as seguintes ações são recomendadas:

1. Fortalecimento da RAPS no NRS Centro-Leste

- a) Necessidade de atualização do diagnóstico situacional da RAPS do NRS Centro-Leste a partir de um levantamento dos pontos de atenção;
- b) Reavaliar e discutir o PAR na Região, visando sua implementação;
- c) Reativar o GT da RAPS da Região;

- d) Apresentar o Plano de Desinstitucionalização do Estado da Bahia nas reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e discutir sobre a implantação e expansão da RAPS na Bahia, através da elaboração ou revisão/atualização dos PAR;
- e) Realizar um levantamento das lideranças locais para buscar apoio ao processo de desinstitucionalização e implantação/expansão da RAPS na Região Centro-Leste;
- f) Ofertar apoio técnico e favorecer o repasse financeiro aos municípios para implantação e fortalecimento da RAPS local e regional;
- g) Participar das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde para incentivar a implementação da RAPS na Região e discutir o processo de desinstitucionalização no Estado;
- h) Realizar Fórum de Saúde Mental na região Centro-Leste.

2. Monitoramento da implantação e expansão da RAPS no NRS Centro-Leste

- a) Redirecionamento do Teto MAC para fortalecimento da RAPS na Bahia;
- b) Fortalecimento do Componente da Atenção Básica para identificação de novos casos e manejo das situações de saúde mental no território;
- c) Implantação/expansão da Atenção Especializada pactuada nos PAR da Centro-Leste aprovados em CIB – Implantação de CAPS III, CAPS AD III e CAPS ia;
- d) Expansão e qualificação das Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil
- e) Implantação de Leitos de Saúde Mental na RUE e na Atenção Hospitalar;
- f) Levantamento dos Hospitais contratualizados pela SUREGS para identificar possíveis hospitais para implantação de leitos de Saúde Mental;
- g) Organizar o fluxo definindo que as UPA's e o CAPS serão os reguladores para encaminhamento das pessoas com TM e uso /abuso de substâncias Psicoativas às portas hospitalares da região Centro-Leste;
- h) Garantir a implementação dos Leitos de Saúde Mental nos hospitais dos municípios por grupos: A (4 leitos para o Hospital ACM em Conceição do Jacuípe), grupo B (5 leitos para Ipirá, 4 leitos para Rafael e 4 leitos para Mundo Novo), grupo C (4 leitos para Irará e 4 leitos para Riachão);
- i) Discussão com gestores e equipe do Hospital de D. Pedro sobre os 2 leitos de Saúde Mental habilitados pelo MS e monitoramento dos leitos;
- k) Implantação de 10 Leitos de Saúde Mental no Hospital Cleriston Andrade;
- l) Implantação de 04 leitos no Hospital da Chapada (já consta no termo de referência).

3. Desinstitucionalização dos 78 moradores

- a) Levantamento de vagas nos SRT existentes;
- b) Utilizar os lares abrigados que estão ocupados por terceiros como recurso terapêutico do processo de desinstitucionalização dos moradores;
- c) Estabelecer agenda com o município de Amélia Rodrigues para pactuação de implantação de SRT;
- d) Discutir com os gestores do município de Feira de Santana acerca da implantação de dois SRT que não estão em funcionamento, considerando que a reativação dos mesmos foi pactuada por intermédio do Ministério Público;
- e) Realizar levantamento das histórias de vida dos 78 usuários(as): revisar os prontuários, identificar procedência, vínculos familiares e sociais dos moradores;
- f) Realização de visitas domiciliares aos familiares dos moradores;
- g) Reunião com familiares dos moradores
- h) Viabilizar a regularização de documentos pessoais dos moradores para a garantia do acesso ao exercício da cidadania e benefícios sociais.

4. Educação Permanente

- a) Capacitação dos profissionais do HELR que serão relocados para outros serviços, de acordo com suas demandas;
- b) Capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica para qualificar a atenção às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas;
- c) Qualificação dos profissionais que atuam nos dispositivos do Componente de Atenção Psicossocial Especializada, considerando suas demandas;
- d) Capacitação das equipes que atuam na Rede de Urgência e emergência e nos Hospitais para a atenção às situações de crise em saúde mental e álcool e outras drogas, bem como para favorecer a assistência de acordo com lógica do cuidado em saúde mental;
- e) Qualificar e promover encontros com os profissionais que compõem as Redes intersetoriais (Assistência Social e Educação);

- f) Promover discussões coletivas envolvendo EFTS e EESP, FESF-SUS e Universidades, para desenvolver ações de qualificação e de Educação Permanente para os profissionais da saúde (a partir do levantamento preliminar das demandas dos mesmos);
- g) Formação de equipes de matriciamento, preferencialmente com os profissionais provenientes das equipes de desinstitucionalização, para o cuidado em saúde mental na Região Centro-Leste.

5. Transição do processo de desinstitucionalização para mudança do perfil assistencial do HELR

- a) Promover discussões com o setor judiciário sobre internações compulsórias que vem sobrecarregando a Unidade de Internamento Agudo de Curta Duração do HELR, o que inviabiliza a oferta de leitos para novas internações;
- b) Realizar rodas de conversa com os trabalhadores do HELR para apresentar o Plano de Desinstitucionalização da Bahia e a proposta de implementação da RAPS a partir do PAR;
- c) Desenvolver ações para informar e sensibilizar a comunidade interna do HELR (trabalhadores, usuários/as e familiares) e comunidade externa acerca do processo de mudança de perfil assistencial;
- d) Reuniões com municípios que mais demandam assistência do HELR para pactuações referentes ao processo de desinstitucionalização;
- e) Discutir nas reuniões da CIR acerca do processo de mudança de perfil assistencial do HELR;
- f) Promover rodas de conversa com a comunidade e do Coletivo da Luta Antimanicomial da região para apresentar o Plano de Desinstitucionalização da Bahia e RAPS, bem como o processo de mudança de perfil assistencial do HELR;
- g) Reunião com o SINDSAÚDE para dialogar sobre o processo de desinstitucionalização na Bahia e mudança de perfil assistencial do HELR;
- h) Incentivar a participação das referências técnicas de saúde mental dos NRS nos Grupos de Trabalho da RAPS e nas Assembleias dos CAPS com o objetivo de discutir acerca do processo de desinstitucionalização no Estado e mudança de perfil assistencial do HELR;
- i) Transformação do HELR em um Complexo com serviços e equipamentos para as pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas a exemplo de

CAPS AD III regional, Unidade de Acolhimento, Centro de Convivência, Centro de Esporte, Cultura e Lazer, dentre outros serviços.

2.3.2 Hospital Especializado Afrânio Peixoto



Hospital de Gestão Estadual localizado no NRS Sudoeste, em Vitória da Conquista, que com uma população de 343.230 habitantes (Estimativa IBGE/2015) é a terceira maior cidade da Bahia. O HEAP foi fundado em 06/11/1966 e até junho de 2017, permaneceu no bairro Ibirapuera, contando, até então, com 28 leitos de internação em psiquiatria, cadastrados pelo SUS, além de serviço ambulatorial especializado e assistência farmacêutica aos usuários da instituição. Atualmente há três moradores procedentes do HEAP, para os quais se faz necessário o encaminhamento ao processo de desospitalização/desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, favorecendo a vida na comunidade.

Em março de 2017, considerando a condição precária da estrutura física do estabelecimento, a SESAB iniciou o processo de mudança de perfil dessa unidade hospitalar, visando substituir a atenção hospitalar especializada em psiquiatria pela oferta de atenção hospitalar a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas de maneira articulada e integrada aos demais pontos de atenção a RAPS. Para tanto, foi discutido a respeito do desenvolvimento de ações na perspectiva de expansão e qualificação da RAPS em cada Região de Saúde sob abrangência do NRS Sudoeste.

Como consequência, surgiram as seguintes propostas e ações: a) transferência da oferta de serviços prestados buscando evitar a desassistência à população; b) estudo sobre a situação funcional dos servidores; c) funcionamento da farmácia com

dispensação de medicamentos psicofármacos para os pacientes cadastrados no serviço; d) educação permanente, destacando-se a capacitação de cerca de 130 profissionais da Atenção Básica e matriciamento de ações de Saúde Mental em 16 ESF.

Portanto, nesse momento sincrônico à proposta de desinstitucionalização, a alternativa viável foi a transferência do HEAP para o recém-reformado Hospital Geral de Vitória da Conquista – Unidade Crescêncio Silveira (HGCS), iniciando atendimento com a capacidade de 53 leitos, sendo 30 de clínica médica e 23 leitos de saúde mental.



A Gestão Estadual, visando a melhoria na qualidade do atendimento hospitalar aos usuários da rede SUS, instituiu no município de Vitória da Conquista o Complexo Hospitalar formado pelo Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), HGCS e HEAP, que passaram a ser denominados *Unidade Central*, *Unidade Crescêncio Silveira* e *Unidade Afrânio Peixoto* respectivamente, conforme a Portaria SES/BA nº 852, de 03/08/2017. Ainda em relação à estrutura física do HEAP, desde 2012, havia uma proposta de mudança do perfil assistencial do HEAP, que por decisão da Gestão Estadual, deveria ser retomada e modificada a partir do atual perfil epidemiológico do território e das diretrizes da Lei 10.216/01.

Para a efetivação de todo este processo destacam-se dentre as ações realizadas: as reuniões sistemáticas com a equipe técnica do HEAP e técnicos da SESAB, bem como a avaliação do perfil da população atendida no hospital no âmbito da internação e do ambulatório. Em relação à internação foi tomado como referência, para o levantamento de dados, o período de janeiro a dezembro de 2016. Essa pesquisa foi realizada a partir da análise dos mapas de internação fornecidos pelo estabelecimento, buscando conhecer o quantitativo de pacientes internados a cada mês, considerando o sexo, tempo médio de internação e os municípios de procedência. Os resultados desse levantamento permitiram constatar que, no ano de 2016, ocorreram 515 internações,

sendo destas, 186 do sexo feminino e 329 do sexo masculino. Desse total, 261 pessoas são residentes de Vitória da Conquista (81 do sexo feminino e 180 do sexo masculino), correspondendo a 50,67%, e os demais, procedentes de outros municípios da Região de Vitória da Conquista e de outras regiões do estado. Em relação ao tempo médio de internação, as mulheres permaneceram em torno de 15 dias, enquanto os homens 16 dias.

No que se refere ao ambulatório do HEAP os dados foram levantados a partir do Sistema de Informação da SESAB/DMA, referentes ao quantitativo de pacientes atendidos, procedência e CID. Constatou-se que o ambulatório prestava atendimento a 5.494 pacientes, sendo que destes, 4.459 são residentes de Vitória da Conquista. Os demais são procedentes de diferentes cidades da Região de Vitória da Conquista e de outras Regiões do estado. Destas, Anagé é o município que possui o maior número de pessoas (152) atendidas, em acompanhamento ambulatorial. É importante assinalar que este município conta com um CAPS I, para atendimento a pessoas com transtorno mentais severos e persistentes, além de contar com 100% de Cobertura de Atenção Básica e SAMU, para atenção a situações de urgência. Estes equipamentos presentes no município fornecem uma estrutura mínima de pontos de atenção da rede de atenção psicossocial, o que lhe permitiria atender tais casos no seu próprio território. Desde que haja investimento na qualificação dos seus profissionais, a atenção em saúde mental poderia ser desenvolvida. Assim como Anagé, outros municípios apresentam as mesmas condições, e, no entanto, não vêm desenvolvendo as ações de saúde mental no âmbito territorial, encaminhando seus munícipes para Vitória da Conquista.

Em paralelo, foi estabelecida articulação com a SMS de Vitória da Conquista com o objetivo de verificar as possibilidades da rede existente, especialmente dos CAPS e da Atenção Básica de absorver as demandas de saúde mental atendidas pelo ambulatório do hospital, e as perspectivas de ampliação e qualificação dos pontos de atenção da RAPS, tais como os pontos do componente de urgência e emergência, além dos CAPS, das ESF, assim como Leitos de saúde mental em hospital geral. Frente a essa demanda, foi feita também articulação com as universidades públicas locais, como a Universidade Federal da Bahia e a Universidade Estadual do Sudoeste, para a construção de um desenho de capacitação para os profissionais que atuam na RAPS do município. Tal proposta ainda não foi concretizada, sendo necessária a retomada das articulações em torno disso.

Quanto aos serviços de atenção psicossocial de base territorial de Vitória da Conquista, o município começou a construir sua rede em 2002 com habilitação de um CAPS ad, um CAPS II e um CAPS ia. Posteriormente, recebeu recurso de requalificação de CAPS ad para CAPS ad III, de implantação de um SRT e oito Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, todos não implantados até o momento. Além disso, uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UA i) foram construídas, no entanto, ainda não estão em funcionamento.

Na oportunidade, aponta-se a necessidade do município de Vitória da Conquista investir tanto na ampliação dos equipamentos da RAPS, sobretudo aumentar a Cobertura da Atenção Básica, quanto na qualificação dos profissionais que já atuam no território, para que possam desenvolver as ações de saúde mental, antes concentradas no hospital psiquiátrico. Os demais municípios também devem expandir a rede de serviços e capacitar seus profissionais, de modo a qualificar o desenvolvimento de ações no campo da saúde mental, incluindo os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

O município de Vitória da Conquista apresenta dificuldades para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, e cuidado assistencial no campo da saúde mental à sua população no nível da Atenção Básica, em virtude do quantitativo insuficiente de Equipes de Saúde da Família. Esse contexto vinha impactando, durante décadas, na demanda de atendimentos direcionadas ao Ambulatório do Hospital Especializado Afrânio Peixoto, que poderiam ter uma resolutividade no âmbito da Atenção Básica, se o município investisse na ampliação e na qualificação dos profissionais de suas equipes.

Em relação aos leitos de psiquiatria transferidos do HEAP para a Unidade Crescêncio Silveira, indicamos que estes devem se adequar seguindo os critérios e orientações definidos nas Portarias GM/MS nº 148/2012 e nº 3.588/17, para se configurarem como leitos de saúde mental a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e então solicitar habilitação em conformidade com as normativas ministeriais. Além desta adequação, é necessária a implantação de SRT no município de Vitória da Conquista para moradia das três pessoas em situação de internação de longa permanência, procedentes do Hospital Especializado Afrânio Peixoto.

Destaca-se, em relação aos trabalhadores, que a SESAB, através da DGTES, realizou um estudo sobre os servidores lotados no Hospital Especializado Afrânio Peixoto, incluindo um levantamento da situação funcional de cada trabalhador, com vistas a orientar e encaminhar aqueles que gostariam de atuar em outras Unidades da gestão estadual e aqueles que estão em condições de solicitar aposentadoria devido ao tempo de serviço.

Considerando que atualmente há 23 leitos psiquiátricos e 03 (três) moradores advindos do HEAP na Unidade Crescêncio Silveira, foram discutidas as seguintes ações para o Plano Operativo:

1. Adequação dos leitos psiquiátricos na Unidade Crescêncio Silveira para habilitação como leitos de saúde mental, em conformidade com a Legislação de Saúde Mental para pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

- a) Articulação e integração dos leitos com os pontos da Rede de Atenção Psicossocial da Região, considerando o processo de admissão, a permanência e a alta com os devidos encaminhamentos de modo a garantir a continuidade do cuidado;
- b) Elaboração de um Projeto Institucional com a descrição das demandas e construção de fluxos assistenciais, incluindo a corresponsabilidade pelo atendimento dos casos junto com os demais pontos de atenção da Rede e garantindo a continuidade do cuidado;
- c) Funcionamento em regime integral, sem interrupção da continuidade entre os turnos, 24 horas por dia durante os 07 dias da semana, incluindo feriados;
- d) Realizar avaliação e assistência clínica e psicossocial por equipe multiprofissional, considerando as demandas de cada caso e o estado clínico/psíquico do usuário(a);
- e) Elaboração de Projeto Terapêutico Singular para abordagem e acompanhamento de cada caso;
- f) Adoção de Protocolos Técnicos para o manejo terapêutico dos casos;
- g) Assistência na perspectiva de viabilizar internações de curta duração, até a estabilidade clínica do quadro de crise, respeitando as especificidades de cada caso;
- h) Abordagem com a família, incluindo orientações sobre o diagnóstico, o tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do cuidado, o encaminhamento para outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial;

- i) Integração dos leitos de saúde mental com os demais setores do hospital, garantindo interconsulta ou outras modalidades de atendimento necessárias a partir das demandas dos usuários(as);
- j) Acesso aos leitos referenciado pela Central de Regulação;
- k) Estabelecimento de Fluxos com os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e o Sistema de Regulação.

2. Viabilizar a transferência das pessoas matriculadas no Ambulatório para os pontos de atenção da RAPS dos respectivos municípios de origem, de acordo com as demandas de cada caso (ação já realizada);

3. Implantação de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de Vitória da Conquista para acolher os três moradores do Hospital Especializado Afrânio Peixoto, em situação de internação de longa permanência;

4. Construir e utilizar indicadores de avaliação e monitoramento da Rede de Atenção Psicossocial no processo de Gestão e Qualificação da atenção em saúde mental em cada região.

2.3.3 Hospital Juliano Moreira

Salvador, primeira capital do país até o ano de 1763, é a maior cidade da Bahia, com uma população de 2.921.087 habitantes (Estimativa IBGE/2015). Localiza-se no NRS Leste, abrigando em seu território dois hospitais psiquiátricos sob Gestão Estadual, um deles o HJM. Inicialmente, foi chamado de “Asylo João de Deus”, fundado pela Santa Casa de Misericórdia no final do Século XIX, e conhecido como o primeiro “hospício de alienados” na Bahia. Passou a se chamar “Hospício João de Deus” em 1922, quando se tornou uma Instituição Pública. Após a morte do Professor Juliano Moreira, em 1933 no Rio de Janeiro, a instituição recebeu, em 1936 em sua homenagem, o nome de “Hospital Juliano Moreira”.

Durante mais de oito décadas o hospital, que anteriormente era localizado no bairro de Boa Vista de Brotas, foi a principal referência para o tratamento de pessoas em sofrimento mental no Estado. Vale salientar que, mesmo após inúmeras reformas e adequações na estrutura física, a cultura asilar se manteve na instituição. Na década de 70, o Movimento da Luta Antimanicomial começou a ganhar corpo, tornando-se

freqüentes as denúncias de violência, segregação e situações de abandono que aconteciam nas instituições psiquiátricas de todo o país, incluindo este manicômio. Diante desse contexto, o Governo Estadual, visando melhorar a infraestrutura do estabelecimento, providenciou a mudança de endereço, e o Hospital passou a funcionar no bairro de Narandiba, sendo desde então referência para internações e urgências/emergências psiquiátricas no Estado, principalmente para a capital e Região Metropolitana.



Atualmente o HJM possui capacidade instalada de 178 leitos cadastrados no CNES, funcionando em cinco módulos: lares abrigados com 12 leitos, atualmente ocupados por 08 moradores; Centro de Saúde Mental de Narandiba (CENA) com 32 leitos, um hospital dia, oferta diurna de intensificação de cuidados e espaço de convivência; e 122 leitos de internação, distribuídos em quatro módulos (dois masculinos, um feminino e um misto). Possui ainda o Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento (SETA), ambulatório adulto e infantojuvenil e farmácia. Este hospital também conta com a parceria da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) para a gestão das Residências de Psiquiatria e Psicologia, ofertando campo de estágio. No seu quadro de pessoal possui 233 profissionais compondo a equipe multidisciplinar.

Em relação a Salvador, no que se refere aos serviços de atenção psicossocial de base territorial, o município começou a construir sua rede em 2002 com habilitação de três CAPS II e um CAPS ia, em 2004 com um CAPS AD, em 2008 com um CAPS II, em 2009 com quatro CAPS II, um CAPS III e um CAPS ia, em 2010 com um CAPS II, em

2013 com dois CAPS II e um CAPS AD e, por fim, em 2014, um CAPS AD III. Hoje em dia, acrescenta-se a essa rede apenas a implementação de 07 SRT, habilitadas do MS. Fato que possibilitou a saída progressiva de pacientes que se caracterizavam como “moradores” do HJM e Hospital de Custódia e Tratamento (HCT). Vale salientar que o CAPS ad, habilitado em 2013, funciona como um serviço docente-assistencial sob a Gestão Estadual e dois CAPS II, sob a Gestão Municipal, estão em funcionamento sem habilitação pelo MS. Destaca-se, a existência do único CAPS III habilitado no município e sem funcionamento adequado de acordo com essa modalidade de atenção diária e acolhimento noturno.

O Hospital Juliano Moreira constituiu uma Comissão de Desinstitucionalização e vem realizando reuniões sistemáticas para efetivar o processo de desinstitucionalização das pessoas em condição de internação de longa permanência. Foi realizado um levantamento e identificada a existência de 38 moradores³. A Unidade vem investindo inicialmente na abordagem e condução de casos de usuários que tem algum laço familiar, visando o retorno para casa.

A Comissão destaca a ocorrência de alguns casos que tem chamado a atenção, em decorrência da possibilidade de configuração de novos moradores no Hospital: a) pessoas que são internadas sob ordem judicial, estabilizam o estado de crise, mas o setor judiciário não atende a comunicação de alta e, desse modo, há a permanência no hospital; b) pessoas que possuem mais de uma internação compulsória, quase contínuas; c) pessoas com problemas familiares e sociais graves e dificuldade no resgate de laços; d) pessoas sem vínculos familiares conhecidos e sem condições de gerir a própria vida.

Uma análise criteriosa de cada setor do hospital vem sendo realizada, detalhando a demanda atendida, incluindo emergência, ambulatório, internação, lares abrigados e farmácia, além do CENA, que funciona como Hospital-Dia. As análises e discussões preliminares sobre a demanda e a oferta de atendimento permitiram que a equipe da CIPAD propusesse as seguintes ações para o Plano Operativo da Unidade:

1. Reorientação da demanda ambulatorial atendida para os municípios de origem dos pacientes, a partir de pactuações em CIR. Os mesmos deverão ser atendidos nos serviços da RAPS local, incluindo a dispensação de psicofármacos;

³ Dados fornecidos em junho de 2018 pela Diretoria do HJM.

2. Investimento clínico para construção dos PTS dos 38 moradores do HJM com vistas à desinstitucionalização, através da articulação do cuidado no território, possíveis restabelecimentos de vínculos familiares ou acolhimento em SRT;
3. Reorientação do processo de trabalho no Pronto Atendimento do HJM para funcionamento de um Pronto Atendimento Psicossocial, objetivando o acolhimento das urgências em saúde mental com garantia de período de observação em até 72 horas;
4. Desativação progressiva dos leitos psiquiátricos de internação, concomitante à implementação e fortalecimento da RAPS na Bahia, principalmente, a partir da expansão dos CAPS III e dos CAPS ad III, dos leitos de saúde mental em hospitais gerais e a implementação de um fluxo de atenção às urgências em saúde mental no Estado;
5. Implantação de um Centro de Economia Solidária, objetivando o fomento de ações de geração de renda propulsionando a inclusão social pelo trabalho e permitindo a configuração de um espaço produtivo;
6. Reconfiguração do CENA para o funcionamento de um Centro de Convivência, Esporte, Cultura e Lazer;
7. Transferência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), obedecendo o fluxo já estabelecido no Estado para atendimento nas Bases Operacionais de Saúde (BOS), para os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e, ainda, para Unidades Assistenciais em Salvador;
8. Investimento em um Projeto de Educação Permanente voltado para sensibilização e envolvimento dos trabalhadores no processo de desinstitucionalização, inclusive pela demanda atual de reorientação do perfil assistencial desse estabelecimento.

2.3.4 Hospital Especializado Mário Leal



O HEML, também localizado no município de Salvador, é a outra Instituição Pública destinada ao atendimento pessoas em sofrimento mental, sob Gestão Estadual.

Atualmente possui capacidade instalada de 30 leitos no CNES para internação de pacientes do sexo masculino. Vale ressaltar que não existem “moradores”, ou seja, aqueles com internação ininterrupta por mais de dois anos. Conta ainda com os seguintes serviços: a) Emergência com funcionamento 24 horas, onde são atendidos os pacientes em crise. Salienta-se que havendo indicação de internação e vaga disponível o mesmo é admitido no próprio hospital, caso contrário, é transferido para outra unidade; b) ambulatório para adultos com acolhimento, psicoterapia de grupo e individual, oficinas terapêuticas e consultas por equipe multiprofissional (médico psiquiatra e clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional); c) dispensação de medicamento, contando com uma Farmácia Central que faz a distribuição da medicação à Farmácia Satélite (responsável pelo atendimento aos setores de emergência e internação) e aos pacientes matriculados no ambulatório. Há também a Farmácia de medicação de Alto Custo que atende pacientes provenientes de diversas regiões do Estado, independentemente da existência de cadastro ambulatorial no hospital. O acesso a esse serviço é mediante ingresso no Programa Estadual de Medicação de Alto Custo (PEMAC), por se tratar de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Salienta-se que no seu quadro de pessoal possui 89 trabalhadores, de acordo com o CNES.

O processo de desinstitucionalização no HEML começou mais tardiamente, em 2017, evidenciando-se a insuficiência no levantamento de dados e de informações atualizadas. Diante dessas circunstâncias, buscando dar sequência ao processo em questão, foram realizadas até o momento reuniões com vistas ao contato com os servidores e esclarecimento quanto à construção do Plano de Desinstitucionalização da Bahia, bem como indicação da necessidade da criação de um Grupo de Trabalho (GT) composto por representantes dos trabalhadores do HEML. A partir da formação do GT buscou-se o levantamento de dados da internação, emergência, ambulatório, farmácia e situação funcional dos servidores.

As discussões acerca do processo de desinstitucionalização do HEML estão em estágio inicial, a equipe da ATSM vem realizando reuniões com a gestão para planejar as ações e a posterior execução do Plano Operativo. As análises e discussões preliminares nas reuniões da equipe da CIPAD sobre a demanda e a oferta de

atendimento no Hospital culminaram na indicação das seguintes ações para o Plano Operativo da Unidade:

1. Informação e sensibilização da comunidade interna (trabalhadores, usuários/as e familiares) e comunidade externa (ambulatório) para o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental;
2. Redirecionamento da demanda do ambulatório para os dispositivos da RAPS;
3. Transferência do CEAF para outra unidade assistencial do Estado;
4. Redirecionamento de atenção às urgências em saúde mental para dispositivos da RAPS;
5. Redirecionamento os trabalhadores do HEML para outras unidades do Estado;
6. Desativação e descredenciamento no CNES dos 30 Leitos Psiquiátricos existentes.

2.4 Desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente

O Eixo 3 prevê o desenvolvimento de um conjunto de ações voltadas para a promoção de estratégias de Educação Permanente, com ênfase na lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tendo como eixo central a capacitação de gestores e profissionais, reconhecendo os determinantes sociais da saúde e as especificidades da atuação no campo da saúde mental, incluindo estratégias de Redução de Danos. Nesse sentido, o Eixo 3 aponta as seguintes ações:

1. Educação Continuada e Educação Permanente:
 - a) Qualificação de gestores de saúde e de profissionais que integram as Redes de Atenção em Saúde em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, visando a sensibilização para as especificidades do cuidado em saúde mental;
 - b) Capacitação para o desenvolvimento de ações voltadas para a Redução de Danos e cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
 - c) Capacitação para o cuidado em saúde mental na atenção básica, incluindo a integração entre as ESF e os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), visando a realização de discussões de casos clínicos, atendimentos compartilhados e as intervenções nos territórios voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e danos;

- d) Qualificação das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, com o objetivo de incentivar a atuação em rede e as ações de matriciamento;
- e) Qualificação para profissionais que atuam nos pontos de atenção dos componentes de Urgência e Emergência e atenção hospitalar, com o objetivo de fortalecer o cuidado nas situações de crise em saúde mental, incluindo os casos de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- f) Capacitação das equipes dos SRT, visando a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento ou transtorno mental egressas de longas internações, a promoção progressiva da vida em comunidade e o exercício da cidadania, de acordo com as possibilidades de cada caso;
- g) Qualificação dos profissionais dos diversos pontos de atenção para a Construção e Avaliação periódica do PTS;
- h) Incentivo às discussões regionais dos Grupos de Trabalho (GT) e dos Fóruns Regionais da Rede de Atenção Psicossocial, bem como a implementação dos GT e dos Fóruns nas regiões que não possuem;
- i) Desenvolvimento de ações na comunidade (instituições, associações de moradores) voltadas para a desconstrução de estigmas do olhar socialmente construído em torno das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

2. Formação Profissional:

- a) Pactuação de parcerias para ofertar cursos de Pós-Graduação para profissionais que atuam nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Residências multiprofissionais e médicas, Especialização, Mestrado profissional, Apoios matriciais, Percursos formativos e Estágios).

2.5 Cofinanciamento Estadual de CAPS III e CAPS ad III

O Eixo 4 institui a transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), a fim de cofinanciar as ações de CAPS III e CAPS ad III habilitados no estado, conforme estabelecido na Portaria Estadual SES/BA nº 543, de 10 de maio de 2018. Nesse sentido, busca-se consolidar o

repassse regular e automático fundo a fundo, a partir do entendimento da relevância desses serviços de base territorial e comunitária para a integralidade do cuidado em saúde mental dos casos que requerem acolhimento noturno. Trata-se de um incentivo significativo para favorecer a implementação desses dispositivos.

2.6 Instituição de Coordenação de Saúde Mental na Esfera Estadual

O Eixo 5 sugere a nomeação de Coordenador Estadual de Saúde Mental visando a garantia do planejamento e acompanhamento das ações de Desinstitucionalização e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial. Ressalta-se a complexidade dessas temáticas, o que demanda a instauração de uma função com as devidas competências e atribuições definidas. Vale salientar a necessidade de agenciamento de ações sistemáticas para favorecer a atuação em rede, direcionar a implementação do Plano de Desinstitucionalização da Bahia, como também promover Eventos em Saúde Mental, incluindo discussões sobre experiências do SUS que dá certo. Além disso, a participação nos Encontros Nacionais dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, envolvendo a pactuação do planejamento e execução das ações necessárias em Saúde Mental na Bahia com o apoio do MS.

2.7 Desenvolvimento de Ações de Monitoramento e Avaliação

Um dos objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial é monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil, 2011; Brasil, 2017). Nesse sentido, é fundamental o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação, que devem ser construídas coletivamente entre gestores dos municípios, profissionais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, representantes dos Núcleos Regionais de Saúde, representantes do movimento social, bem como representantes de Instituições de Ensino Superior.

As ações de monitoramento e avaliação devem abarcar tanto o acompanhamento sistemático de todo o processo de Desinstitucionalização no Estado, como a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo a avaliação dos dispositivos e do desenvolvimento de ações em rede.

Destaca-se o desafio de construir coletivamente indicadores efetivos para avaliar e monitorar a qualidade das ações desenvolvidas no campo da saúde mental, abarcando os diversos componentes da RAPS, visando a garantia do cumprimento dos direitos das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para tanto, sugere-se a criação de uma Oficina para construção dos indicadores de monitoramento e avaliação, com a participação das representações mencionadas. Ressalta-se a necessidade de avançar nessa direção, para além dos indicadores que já existem, como Cobertura de CAPS, abarcando indicadores que contemplem a avaliação da qualidade dos serviços ofertados.

Além disso, conforme indicado pela CIPAD, recomenda-se a implementação de um Grupo Gestor do Plano de Desinstitucionalização da Bahia, de modo a acompanhar a execução das ações e monitorar os prazos pactuados coletivamente.

3. RESPONSABILIZAÇÃO DOS ENTES NO TERRITÓRIO

O Plano de Desinstitucionalização do Estado da Bahia é um marco para a efetivação da mudança de modelo de atenção em saúde mental, centrada no cuidado humanizado. Representa o cumprimento de uma dívida histórica em relação às pessoas aprisionadas por décadas em manicômios, afastadas do convívio social, com direitos cerceados e impostas a condições de vida degradantes.

O Governo do Estado da Bahia assumiu a responsabilidade de capitanear essa reorientação do modelo assistencial, não só através do incentivo às ações de implementação da RAPS, como também convocando a responsabilidade dos 417 municípios sob sua jurisdição para a implantação de serviços, estabelecimentos de fluxos de atenção, além do compartilhamento, com esses municípios, de estratégias de Educação Permanente.

Nada disso poderia ser planejado sem ter por base a orientação para a implementação da RAPS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017), a partir de Portarias Ministeriais norteadoras do funcionamento dos pontos de atenção da Rede e fomentadoras de estratégias de cuidado no território. Além do incentivo, via financiamento, para sua implementação.

A efetivação do Plano de Desinstitucionalização da Bahia demanda um esforço coletivo, envolvendo distintos representantes da sociedade. Historicamente, o baixo investimento em ações no campo das políticas públicas de saúde afeta, sobremaneira, as pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Considerando o atual cenário político e econômico que o país atravessa o desafio é ainda maior, convocando a importância da corresponsabilização entre gestores, profissionais e os demais segmentos da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente Plano apresentamos as ações de Desinstitucionalização a serem executadas, envolvendo os Planos Operativos dos Hospitais Psiquiátricos e a proposta de implementação da Rede de Atenção Psicossocial. Tais ações são pautadas nas normativas legais estabelecidas pelo MS, que nos permite avançar em direção à mudança do modelo assistencial em saúde mental.

Os dados que constam no Anexos 1 e 2 representam um recorte situacional das Regiões de Saúde do Estado, tratando-se de números e circunstâncias mutáveis. Os contextos se modificam a partir de inúmeras variáveis, que vão desde as conjunturas sociais, políticas, econômicas e culturais. Desse modo, é fundamental a atualização e a validação dessas informações, bem como a revisão dos 16 Planos de Ação Regionais já aprovados em cada Região de Saúde, a partir da reativação dos Grupos de Trabalho da RAPS e de discussões nas CIR.

Este Plano de Desinstitucionalização foi aprovado em Resolução CES-BA nº 40/2017, de 17 de fevereiro de 2018, e em Resolução CIB nº 139/2018, publicada no Diário Oficial do Estado de 29 de maio de 2018 (Anexo 3), validando os eixos aqui apresentados: 1. Expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede; 2. Desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização por Hospital Psiquiátrico; 3. Desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente; 4. Cofinanciamento Estadual para CAPS III e CAPS ad III; 5. Instituição de Coordenação de Saúde Mental na Esfera Estadual; e 6. Desenvolvimento de Ações de Monitoramento e Avaliação.

Para a implementação do presente Plano consideramos fundamental o acompanhamento e a avaliação das ações propostas, permitindo a abertura às adequações necessárias, entendendo a desinstitucionalização como um processo progressivo que envolve, além da reorientação do modelo de atenção em saúde mental, uma mudança de paradigma que deve ser incorporada pela sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10216**, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 3088**, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 3588**, de 21 de dezembro de 2017.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em:

<http://www.mj.gov.br/sedh/dpdp/gpdh/ddh_bib_inter_universal.htm>.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte - MG: Te Corá. 1999.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (Org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001.