



## CETAD Observa - Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas

**Transcrição de Entrevista concedida pelo Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori, ao site Saúde com Dilma (<http://www.saudecomdilha.com.br>), em 27 de agosto de 2011.**

Link para Vídeo da Entrevista: <http://twitcam.livestream.com/6bk48>

### **Considerações Iniciais – Roberto Tykanori**

Boa noite para todos que estão na Twitcam! Eu sou Roberto Tykanori, atualmente estou na coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e primeiramente me desculpar por não ter essa twitcam na terça-feira, mas só para explicar o contexto, nesta semana tivemos uma semana bastante intensa em Brasília. Junto ao Planalto, nós tivemos duas reuniões com a presidenta para discutir a questão da saúde mental, das drogas, do crack e isso levou a gente a ter uma quantidade de demandas e trabalho a serem feitas de última hora. E, por isso que a terça-feira ficou impossibilitada.

A política de saúde mental no governo Dilma, e em particular centrado na questão das drogas e do crack, tem uma atenção bastante grande da presidenta. Ela tem dedicado várias reuniões, colocou a Casa Civil para trabalhar junto com a gente e mobilizou vários ministérios em torno da questão.

Se por um lado, para nós traz bastante trabalho, tensões, dificuldades, por outro lado, é uma situação que a gente tem que avaliar de uma forma extremamente positiva, quer dizer, essa priorização da questão das drogas. Ela também, traz uma janela de oportunidade para a gente discutir o conjunto da saúde mental como um todo e eu acho que nesses 20, 30 anos talvez, a saúde mental nunca tenha tido tanto espaço junto a própria presidência da republica. Nós estamos trabalhando no desenho de um plano de ação bastante amplo e nesse momento bastante otimista que a gente acha que vai poder, nos próximos anos, dar uma expansão e uma qualificação bastante grande em toda rede de saúde mental no país. Para começar a gente podia ficar por aqui.

**Pergunta 1 - Considerando o produto da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, porque esta gestão está financiando leitos em comunidades terapêuticas, ao invés de pensar em maior investimento em casa de acolhimento transitório, residências terapêuticas e na estruturação das redes para um cuidado integral, principalmente congruente com os princípios do SUS, do território psiquiátrico brasileiro, da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da Redução de Danos? Tivemos muito trabalho para chegar até o fim da conferência, grande desgaste em vários dias em Brasília, mais meses antes local e estadualmente, para depois nos redermos a uma imposição como esta?**

**Roberto Tykanori** - Eu acho que a primeira questão que tem que estar contextualizada aqui diz respeito ... eu vou começar pelo fim aqui. É equivocado pensar que estamos trabalhando na discussão das comunidades terapêuticas em contraste ou em contraposição à rede. Como eu disse, a presidenta tem dado enorme dedicação de tempo, não exclusivamente às Comunidades Terapêuticas. Nesta semana, nós tivemos duas reuniões para discutir a rede e, segunda-feira, teremos outra reunião com a presidenta para discutir a rede, por exemplo.

A discussão colocada aqui [conforme a pergunta] “ao invés de pensarmos em maior investimento em mais casas de acolhimento”, nós estamos mudando o nome para chamar Unidade de Acolhimento Terapêutico Transitório, como essa questão de terminologia a gente achou melhor mudar, mas, são as mesmas idéias que foram iniciadas no ano passado, por exemplo. A presidenta achou uma idéia muito positiva, ela pediu para gente desenhar e fazer a modelagem das casas, desse tipo de casa de forma bastante detalhada e para vocês terem idéia quando nós falamos: “Olha

quantas têm existentes?”. A gente diz: “Olha tem atualmente umas 70 existentes, outras tantas em implantação”. Aí eu digo: “70 não é nada”. Então não dá nem para levar em consideração. Qual é a projeção? A gente inicialmente, agora o último número não me lembro exato, nós estamos com a projeção de um número em torno de 900 casas Unidade de Acolhimento Transitório na rede e a reação da presidenta foi extremamente positiva ela disse: “Ah! Então isso vai fazer diferença, nós vamos apostar nisso.”

Então a primeira coisa é isso, nós vamos estar com o apoio da presidenta para expandir de forma, nós vamos estar chegando a 900 talvez mais casa de acolhimento transitório nesses próximos anos. Um outro aspecto importante que eu acho que esta semana deixou bem claro, foi quando nós estávamos discutindo, por exemplo, a discussão dos CAPS, os CAPS ad em particular, no qual foram feitas muitas críticas ao CAPS, mas do ponto de vista muito positivo, se a gente analisar a crítica. A presidenta colocou a seguinte questão “Esse serviço que fecha as 18 horas deixa as pessoas depois ao Deus dará isso não pode ser. Desta forma não dá para continuar.”

Então, aí a ordem dela diz o seguinte “nós vamos estar transformando todos os CAPS ad existentes em CAPS ad 24 horas e todos os CAPS ad que vierem a ser implantados daqui para frente tem que ser sempre 24 horas. Porque não faz sentido, a gente ter um serviço que trata bem até as 18 horas e depois manda embora, daí a pessoa que se vire”.

Então, essa é uma diretriz que depois a gente teve que detalhar melhor dentro do contexto das diversas cidades e das diversas capacidades de implantação no município, mas esse princípio de um cuidado continuado, 24 horas por dia seja no CAPS, seja acoplado o CAPS com um ATT, seja com as Casas de Acolhimento Transitório, ou seja com unidades e leitos em hospitais gerais, esse princípio de acolhimento 24 horas é uma das orientações mais fortes. Então novamente entra uma questão quantitativa, a gente tem que ter CAPS suficiente para agente dar conta da demanda nacional. Não há orientação para ter experimentos, de experimentar um pouquinho aqui, um pouquinho ali, há que se ter a pretensão e o esforço para dar cobertura a 100% da população nos próximos anos.

Assim como outra parte da rede, em que a presidenta deixou muito gosto, foi em relação ao consultório de rua, ela achou muito importante e determinou também que agente consiga deixar a maior quantidade de consultórios possíveis e que agente consiga da uma cobertura mais extensa o possível para a população em situação de rua. Então esse é um ponto para deixar bem claro: essas são as reais prioridades, essas são as reais diretrizes da política. As comunidades terapêuticas são uma parte da história e essa história precisa ser compreendida. A meu ver a política de saúde mental, da qual eu também posso dizer que fui partícipe, nos últimos 15 anos nós não demos a devida atenção, talvez estrategicamente a gente tenha sido corretos, mas eu acho que agora a gente tenha que se ver com essa decisão tomada a muitos anos atrás de priorizar e focar todas as ações da política da reforma na questão política e de fato a questão de álcool e drogas ficou secundarizada. Nesse processo histórico, as comunidades terapêuticas foram ganhando um espaço muito grande na sociedade e elas hoje tem uma representação e legitimidade bastante sólida. Não tem jeito elas, existem, tem legitimidade, tem voz no congresso, e é uma força com a qual temos que dialogar, por mais que você possa dizer que não gosta, um simples não gostar não vai apagar a existência delas, então elas são atores da sociedade e nessa sociedade democrática e republicana com a quais vamos ter que estar lhe dando com elas. E a orientação principal é que aquelas comunidades que queiram se relacionar com o SUS vão ter que estar adequadas, vão ter que estar dentro de parâmetros que agente considere aceitáveis tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista ético. Isso também foi uma determinação bem clara da presidenta de não se abrir as portas para qualquer tipo de entidade, mas daquelas que possam manter um grau de parceria, daquelas que realmente valem a pena.

**Pergunta 2 - “Por que os técnicos de referência dos serviços substitutivos não assumem o papel de agenciadores do cuidado dos usuários da saúde mental, não deixando que essas**

**incumbências e responsabilidade fique inteiramente nas mãos dos usuários ou de seus cuidadores e familiares já tão sobrecarregados”.**

**R. T.** - Bom, eu não entendi muito bem a pergunta, porque quando você diz que os técnicos de referência não assumem o papel de agenciador, então ao meu ver ele não está cumprindo com a sua função de técnico de referência. Historicamente, a questão do profissional de referência, uma das primeiras experiências históricas, são os chamados *case managers* - gerente de caso na história americana - ,e a função deles passou basicamente para ajudar as pessoas a conseguir se orientar dentro do sistema de saúde, de serviço social para que a pessoa não ficasse perdida e mantendo a conexão de uma estrutura de rede muito fragmentada. Então, a gerência nesse sentido era a gerência de fazer com que o sujeito não se perdesse nos trâmites institucionais. No Brasil isso foi modificado, a idéia de fundo foi absorvida, mas não exatamente nesse contexto, a idéia que sempre se teve é que os técnicos de referências seriam agenciadores de cuidado, que organizem o fluxo, o cuidado, as diversas possibilidades de acesso, as benesses que o sistema pode oferecer dentro e fora do sistema de saúde. Então, se não está acontecendo -e deveria estar acontecendo -, a gente precisa discutir isso. Isso que você diz na última parte é muito importante! As famílias e cuidadores de fato estão sobrecarregados. Então, a gente tem sempre dito que ao se pensar o tratamento de uma pessoa nós temos que ter um olhar sobre o tempo de cuidado, o tempo de descanso, e o tempo de trabalho. Então, essa tríade, tempo de cuidado, tempo de lazer, tempo de trabalho precisa ser bastante equilibrada, e os serviços precisam olhar para este aspecto para que as famílias não fiquem sobrecarregadas mesmo.

**Pergunta 3 - E a economia solidária, o que será feito para o seu fortalecimento na sua gestão?**

**R. T.** - Bom, nós estamos trabalhando bastante com o pessoal da economia solidária e a gente vinha tentando, primeiro nos fortalecer. Existe uma situação que é da economia solidária ser pouco conhecida, pouco compreendida. A gente vai começando, a fim de esclarecer e fortalecer laços, a formar uma frente de trabalho comum. E, do ponto de vista prático, voltando a idéia de janela de oportunidades que o crack nos traz, a droga nos traz como um todo, mesmo o álcool. Nós estamos fazendo um discussão de que é necessário, além das questões sanitárias, da saúde, resumidamente, o tratamento na questão de álcool e drogas, é que é necessário a gente ter ações intersetoriais, e isso envolve tratamento, trabalho e moradia. Conjugando essa tríade em um plano de tratamento me parece que pode gerar novas alternativas, e aí a gente sabe que não basta pensar em trabalho da forma simplista: vai pra o mercado de trabalho, faz um curso e entra na concorrência. Então a economia solidária e o cooperativismo, estamos apostando que são uma possibilidade real das pessoas adquirirem uma vida produtiva e uma capacidade de renda significativa. Nessa linha, a gente vem trabalhando tanto no ministério do trabalho, mais também num certo grau de discussão e conversas com algumas incubadoras de cooperativa e de economia solidária e nós estamos pensando, solicitando que as pessoas desenvolvam projetos pedindo para que algumas incubadoras desenvolvam projetos, rigorosamente planos de negócios mais bem consolidados para que possam ser ofertados não só recursos físicos mais toda uma inteligência para que esses empreendimentos possam ter uma maior viabilidade e mais rentabilidade. É, primeiro uma construção política. Depois, a gente tem colocado um certo nível de recursos para ter estímulo na composição de grupos e de iniciativas de geração de renda e, dentro do próprio governo, buscar forças que possam levantar capital para que esses empreendimentos possam ter um salto de qualidade. Então essa é uma tarefa difícil mas a gente está trabalhando bastante nisso para que, de uma forma bem caricata, a gente consiga saltar do pano de prato do bordado para um processo de produção de maior valor agregado, que possamos gerar mais renda, então esse é um processo mais complexo e a gente está apostando bastante nisso.

**Pergunta 4 - As internações compulsórias do Rio não apresentam um risco de retrocesso da luta antimanicomial?”**

**R. T.** - Bom, aí é preciso que agente possa ter claro do que entendemos sobre esse tipo de ação. Tanto eu quanto o ministro, conversamos bastante e a gente tem claro que internação involuntária está prevista na lei e ela é muitas vezes necessária, e isso temos que defender sempre que, em situações limite, a internação involuntária deve ser operada dentro daquilo que está previsto na lei seguindo os preceitos dos direitos humanos. A questão é que uma internação involuntária supõe uma avaliação do caso. Ela supõe uma avaliação e uma indicação de internação que no caso vai se colocar contra a vontade do sujeito. Mas ela está suposta e a lei prevê, a gente pode operar, fazer esta internação, e aí tem que comunicar ao Ministério Público e tal. Mas está dentro da lei. É isso que a gente tem que defender e garantir. O conceito de compulsório, nós somos contra a idéia de compulsoriedade, porque o compulsório não supõe avaliação. A compulsoriedade já é um pressuposto de que a internação é necessária, sem a avaliação caso a caso. Nesse sentido – aí, pessoalmente, eu acredito -, isso é contra os princípios da lei 10.216. A rigor, seria contra o próprio estado de direito, contra o próprio artigo 5º da Constituição, porque ela não está tratando dos indivíduos caso a caso, ela está supondo que determinados grupos discriminados venham a ser tratados sob uma ação do Estado. Essa ação discriminatória contra grupos, eu que creio que seja uma ação, eu diria, inconstitucional.

**Pergunta 5 – A proposta do Ministério é investir nas CTs como um equipamento da rede SUS de saúde mental?**

**R. T.** - A proposta do Ministério com relação as comunidades terapêuticas é o seguinte: nós estaremos abrindo a possibilidade de que estados e municípios possam - dentro das suas situações, dentro das suas condições – apresentar, para participar do SUS, uma comunidade terapêutica.

Agora, para participar do SUS como comunidade terapêutica, ela tem que passar por tudo aquilo que o SUS exige: desde as questões de vigilância sanitária, desde as questões de regulamentação profissional, a regulamentação da lei de posturas da cidade, dos municípios...Tem que passar nos conselhos municipais, bipartite, tripartite...tá? Nada será feito em relação à comunidade terapêutica dentro do SUS se não for dentro da própria regra do SUS. E isso também implica na questão de hoje. Quem está acompanhando o SUS sabe que foi, recentemente, publicado o decreto 7508 que regulamenta a lei 8080. E essa regulamentação hoje, traz nesse novo decreto, o conceito de *região de saúde*. Hoje é uma pré-condição, para que o Ministério da Saúde repasse recursos a um nível local, a institucionalização de regiões de saúde. E um dos itens básicos para que se seja reconhecido uma região de saúde. Além da atenção primária e outras questões -, um aspecto exigido é que exista rede de saúde mental e rede de saúde mental significa: ter uma referência hospitalar, um CAPS e uma casa de acolhimento transitório. Essa é a rede mínima. Pode ser incluída uma comunidade terapêutica nessa rede? Até pode, mas ela tem que estar regulada. Porquê? Por que todas as redes vão estar sendo organizadas em torno da questão da regulação. É a regulação que vai manter a rede viva. Então, não há possibilidade hoje de ter unidades, dentro do sistema SUS, que não estejam reguladas. Isso é uma pré-condição pra poder participar do SUS.

**Pergunta 6 – Para você as drogas são um problema de saúde, segurança pública ou econômico?**

**R. T.** - Primeiro assim, drogas não necessariamente são problemas. O ser humano lida com drogas, nós lidamos com muitas drogas. Então essa relação do ser humano com drogas, com substâncias que alteram a conduta, comportamento e tal, ela é milenar. Ela pode ser vista como um problema dependendo do contexto, da situação e do momento histórico. Essa é a primeira discussão. Esse problema ser caracterizado como de saúde, de segurança pública ou econômico, é tudo ao mesmo tempo...No mundo atual, essas coisas são imbricadas. Então não dá pra gente simplesmente dizer: olha, isso é disso e isso é daquilo, tá? Por que depende muito de como nós estamos considerando

que é um problema, que tipo de abordagem a gente tá colocando, então eu não acho que seja um problema disso ou daquilo simplesmente. Agora essas coisas, umas interferem nas outras. Sistemicamente, uma coisa interfere na outra.

**Pergunta 7 – Qual a metodologia do cuidado se pensa em adotar nas casas de acolhimento?**

**R. T.** - Bem, eu acho que existem as experiências históricas das residências terapêuticas, que eu acho que foi um acúmulo muito importante que se desenvolveu dentro do SUS nos últimos anos, acho que tem algo a ser recuperado dali, que diz respeito a você ter essas unidades numa ambiência bastante agradável, bastante confortável, que remeta a um ambiente doméstico, a uma casa, a um lar. Que as pessoas possam, de fato, estar se sentindo acolhidas e protegidas. E acho que um foco no qual a gente deve tá investindo bastante, é no aspecto da vida em grupo que eu acho que é uma questão que pode fazer também a diferença. As pessoas podem se beneficiar de um trabalho que grupalize, que torne relações mais solidárias, relações mais cooperativas. Isso também serve como preparo até para num futuro poder participar de processos coletivos de produção, processos produtivos de criação. Então, basicamente, eu acho que esses são os aspectos que vão estar orientando essas casas de acolhimento.

**Pergunta 8 – É possível rever o critério populacional do Ministério da Saúde para criação de serviços?**

**R. T.** - Esse é um dos debates que a gente tem feito. O critério populacional é uma referência e uma ferramenta para o planejamento de recursos. Agora, eu particularmente creio que a gente deva estar sempre olhando a situação concreta. O que eu quero dizer é assim: a princípio, os números não são, por exemplo, um CAPS 24hs para populações acima de “trocentas” pessoas. Se tiver uma cidade com menos, mas que faça sentido ter um CAPS 24hs e, no contexto, houver condições materiais pra que isso aconteça, eu não sou contra não. Mas também tenho dito que eu acho que é importante a gente ver, tentar flexibilizar um pouco essa noção de serviços 24hs...por exemplo, existem algumas experiências que são inspiradoras de CAPS pequenos, tipo CAPS I, em cidades pequenas, que, de repente, conseguem organizar um esquema para, eventualmente, numa certa situação de necessidade, começar a funcionar 24hs por um período, até um paciente conseguir superar uma fase. Depois desarma-se o esquema e o CAPS volta a funcionar no período regular. Então, essa plasticidade talvez a gente deva estar discutindo mais e tentando viabilizar situações assim.

**Pergunta 9 – Gostaria de saber sobre a RENAME em relação a possibilidade de colocar medicamentos melhores? Em São Bernardo foi retirado a oxycarbamazepina e dado carbamazepina, por exemplo.**

**R. T.** - A questão da lista de medicamentos, nós vamos ter que estar revendo ela no conjunto, mas também o conjunto das evidências hoje que a gente começa a ter que estar pondo em discussão. Hoje não é só a questão de ter ou não evidências, mas há muita discussão de como essas evidências foram geradas. Então, pra pegar um exemplo bem típico e notório, no começo desse ano saiu um artigo bem contundente mostrando que a expansão do uso de fluoxetina nos Estados Unidos. No fundo, de forma bem simples, o artigo indicava que a maior parte das pessoas que estavam tomando fluoxetina não precisavam estar tomando fluoxetina. Então, em torno disso, há todo um debate de como é que as demandas, como é que as supostas necessidades estão sendo geradas, produzidas e acho que a gente vai ter que ter um reflexo bastante profunda em relação a questão de remédios. Até porque, além do aspecto – retomando a questão da fluoxetina -, de uma parte significativa de pessoas estarem tomando remédio sem necessidade, também começam a surgir muitas evidências no sentido de que o uso indevido de fluoxetina, essa sim, pode, num médio a longo prazo, gerar alterações estruturais no organismo e serem geradoras de problemas pelo próprio uso inadequado do remédio. Então, tem que ter uma reflexão bastante complexa, bastante profunda, destas listas de

remédio, ou seja: a gente não deve comprar simplesmente pelo valor de face, a gente deve ter um debate mais aprofundado a respeito disso.

**Pergunta 10 - Você acha que regulamentar a emenda 29 traria recursos importantes para saúde mental?**

**R. T.** - Regulamentar a emenda 29 traria recursos para o conjunto do SUS, com certeza. Agora, a questão da saúde mental, nesse momento, ela está tendo uma valorização que jamais teve antes. Acho que, nos últimos 30 anos, 25 anos, eu nunca vi um destaque tão grande na questão da saúde mental e uma disposição política de realmente investir. Então a gente está fazendo um planejamento bastante robusto para os próximos anos e deve estar elevando significativamente o volume de recursos destinados para saúde mental.

**Pergunta 11 – O CAPSad vai ter médico 24hs? E o que fazer com os pacientes que não têm condição de sair dos manicômios?**

**R. T.** - Os CAPS hoje, mesmo funcionando 24hs, não tem médico o tempo todo. E, por isso, o conceito de rede é fundamental. Nenhum serviço vai dar conta de ter tudo o tempo todo, portanto é necessário que a gente consiga ter capacidade de gerenciar os recursos que são escassos. Particularmente, a mão de obra médica, os psiquiatras, a mão de obra psiquiátrica no país, ela é rarefeita. Então é ilusório achar que a gente consiga ter, mesmo querendo, médico 24hs em todos os lugares, o tempo todo. Esse é um limite importante pra que a gente tenha que ter inteligência e capacidade organizativa pra que a gente possa usar da melhor forma os recursos que existem. Acho que não há pacientes que não tenham condição de sair do manicômio. O que tem é falta de condição nos locais pra eles possam sair. O que eu quero dizer? As residências terapêuticas vão ter que se tornar cada vez mais adequadas, mais qualificadas pra poder lidar com os pacientes que atualmente vão ficando cada vez mais idosos, com problemas físicos, com problemas que ultrapassam a questão especificamente comportamental. E, nesse sentido, na medida que o tempo está passando, nós estamos lidando com uma população cada vez mais idosa dentro dos hospitais. O que ficou sobrando. Então, esses pacientes vão ter que ter residências terapêuticas mais robustas, mais qualificadas.

**Pergunta 11 – O Ministério da Saúde considera que as Comunidades prestam um bom serviço a população?**

**R. T.** - Essa é uma pergunta complexa. O governo está começando a ter alguns processos de avaliação de qualidade das comunidades terapêuticas, pelo menos de algumas. Agora, do ponto de vista macro social...

Eu trabalho em pronto-socorro e vejo muita vezes o fato das pessoas terem que ter pra onde ir num certo momento...Porque sempre vem a pergunta: pra onde a pessoa vai? Qual o lugar que ela vai ficar?

Não pode voltar pra casa. Não pode voltar pro mesmo ambiente por que senão vai ser agredido, pode ser ameaçado ou, por outro lado, a família não consegue mais dar conta de ficar com a pessoa...Então, essa pergunta: “para onde vai o paciente?”, ela está sempre colocada. E, nessas situações mais críticas, mais agudas, o que tem sido comum, o que tem sido frequente é que as pessoas têm recorrido às comunidades terapêuticas. Desse ponto de vista, elas têm um papel relevante no contexto. Porquê? Nós temos que admitir que o sistema SUS, hoje não consegue dar uma resposta convincente, sólida, pra dizer pra onde vai. Agora eu creio que, na medida em que nós tivermos as redes implantadas, os CAPS 24hs, tivermos unidades residenciais, tivermos prontos-socorros, tivermos leitos em hospitais, nós vamos estar ofertando um conjunto de elementos que pode dar alguma mudança nesse cenário, pra nós podermos responder essa pergunta: pra onde vai?

**Pergunta 13 - Como o Ministério vê a mudança da RDC da ANVISA sobre as comunidades terapêuticas?**

**R. T.** - Essa RDC, ela já vinha sendo rediscutida pela própria ANVISA, por que a AVISA, pelo seu lado, estava fazendo a revisão de diversas portarias, porque hoje eles tem uma diretriz de boas práticas de regulamentação. Nessa linha de pensar como regulamentar serviços, locais, entidades, estabeleceram alguns parâmetros e estavam criticando. Vinha sendo feita uma revisão da portaria 101. Essa nova portaria, a RDC 29, foi elaborada seguindo essas boas práticas de legislação, de regulamentação, particularmente no campo sanitário. O que a ANVISA trazia como crítica sobre a 101, é que a 101 misturava aspectos uns que eram metodologias de tratamento, outros que misturavam questão de ordem administrativa e questões sanitárias. Esses aspectos tiveram que ser criados pra tentar restringir pra uma portaria que regulamente basicamente ou estritamente a questão sanitária. Ela não entra nos aspectos de modelo, nos aspectos conceituais em relação ao tipo de abordagem que estaria sendo feita ali naquela entidade. A RDC 29 está feita pra aquilo que é o basal pra qualquer entidade que receba uma pessoa, ou pessoas, em permanência de longo prazo. Então essa lei deve permanecer do jeito que está.

**Pergunta 14 – Porque fazer avaliação de hospitais psiquiátricos e não de CAPS? Vamos investir nos hospitais psiquiátricos?**

**R. T.** - A avaliação dos hospitais foi desencadeada hoje em função de um alerta que surgiu de uma situação especificamente de Sorocaba. A auditoria que nós realizamos em um dos hospitais de Sorocaba mostrou que, mesmo hoje depois de tanto tempo, nós temos situações bastante graves em relação ao modo de funcionamento desses hospitais e isso nos levou a discutir que era necessário a gente ter um retrato mais apurado do cenário geral. Essa é uma questão. E a questão da avaliação dos CAPS, os CAPS vem sendo avaliados, já houve um *AvaliaCAPS* no ano passado, pelo menos foi iniciado, e nós deveremos estar, nos próximos anos, também agregando um componente de qualificação geral, sendo itens de avaliação.

**Pergunta 15 – Muito me preocupa a formação para a saúde mental. Como o senhor avalia isso?**

**R. T.** - É muito importante a questão da formação, mas é um grande desafio, diria. Pessoalmente, eu creio que a Reforma Psiquiátrica colocou um horizonte crítico em relação aos paradigmas tradicionais e esse horizonte crítico leva a um questionamento daquilo que nós entendemos como a questão cartesiana do corpo e mente. No fundo, todas as nossas formações hoje continuam sendo muito cartesianas. Então, para que a gente possa ter um efetivo salto de qualidade e entendimento das ações, dos modos de fazer, dos modos de atuar pra um avanço da reforma, eu acho que vai demandar que todos nós façamos um esforço de construir uma base de conhecimento, uma forma de atuar e pensar alternativa a um dualismo cartesiano, e pensar de uma forma mais monista. Isso é extremamente difícil de se operar, mas é necessário que, na própria formação, isso venha a ser iniciado. Acho que esse é um grande desafio.

**Pergunta 16 - Em Maringá, o Ministério da Saúde está financiando 80 leitos AD que serão de hospital psiquiátrico privado. Como explicar isso?**

**R. T.** - Em Maringá, essa situação foi discutida com o secretário, e esse hospital se dispôs a separar, reformar uma ala para leitos dedicados a álcool e drogas e, como secretário, nós temos um acordo de que esse hospital vai estar sendo reduzido também em oitenta leitos na sua ala psiquiátrica. Então, esse hospital vai estar saindo de hospital de 250 leitos e vai chegar a oitenta leitos psiquiátricos e oitenta leitos de AD, separados da psiquiatria. E esse hospital vai ter o padrão de enfermarias, mais de clínicas mesmo. Então esse é o acordo que foi feito com eles. Ele vai estar

recuperando, reformando essa ala próximo de enfermagem de hospital geral e, ao mesmo tempo, vai estar desativando, nos próximos anos, outros oitenta leitos da área psiquiátrica. Então a gente vai estar, no fundo, reduzindo leitos.

**Pergunta 17 - Como intervir nos hospitais que não têm condição de cuidado?**

**R. T.** - Essa é uma situação complexa da parte do Ministério. O Ministério dentro do SUS não tem a possibilidade de fazer uma intervenção direta em nenhuma entidade, em nenhum hospital. Teria sempre que estar negociando junto aos estados e municípios. Algumas vezes, isso já foi feito e cada vez mais os municípios estão se empenhando em tentar superar essa falha do atendimento. Recentemente, eu estive com o secretário de uma cidade de Minas que também apontou que iria estar também visando, nos próximos meses, ou nos próximos anos, o fechamento de um hospital. Assim como secretários na Bahia também tem essa intenção...Então, essa questão dos hospitais faz parte da agenda. Eles estarão sendo substituídos lenta e gradualmente.

**Pergunta 18 – Nossas centrais de regulação são pouquíssimo adequadas na elaboração de critérios para uso de leitos psiquiátricos, sendo distribuidora de leitos. Como contar com elas para que o uso dos leitos de CTs sejam utilizados de forma apropriada para a rede?**

**R. T.** - As centrais de regulação estão sendo todas reformuladas. Os critérios de regulação estão sendo discutidos, porque hoje não se limita basicamente a questão da regulação só da saúde mental. O problema da qualificação da regulação diz respeito a própria institucionalização das redes. A questão das redes se tornou uma das políticas fundamentais do Ministério da Saúde hoje, e há um empenho grande das diversas secretarias e do Ministério na elaboração e na reformulação dos instrumentos para que essa rede venha a operar de fato, deixar de ser um amontoado de serviços, mas que esses serviços possam de fato entrar em sinergia em cooperação...Então, as próprias regulações vão estar sendo requalificadas no conjunto, mas também em particular na questão de saúde mental.

**Pergunta 19 – O que o Ministério da Saúde acha da idéia de capacitar e adotar o atendimento por acompanhante terapêutico no atendimento de adictos? Esse atendimento não atenderia a política de saúde mental de se voltar a olhar para a comunidade?**

**R. T.** - Eu creio que a questão dos acompanhantes terapêuticos sempre foram bastante importantes em diversas estratégias de cuidado. Agora, há uma questão pra pensar assim: acompanhantes terapêuticos como uma profissão; como uma categoria particular, específica; como uma formação específica? Lá em Antanhos se falava ainda de “amigo qualificado” ou coisa do gênero, que tinha um perfil menos definido. Eu acho que hoje ainda na rede SUS, nós não temos firmada a idéia da profissão acompanhante terapêutico, embora a estratégia de acompanhamento individual para ir para comunidade, para ir pro território, para estar presente, próximo dos pacientes, é uma estratégia que acho que é importante de ser operada.

**Pergunta 20 – Como você considera a legitimidade das CTs de forma democrática? Ou seja, como lidar com a diversidade cultural das crenças e religiosidade dos usuários a serem internados em CTs, que são em maior parte evangélicas e católicas?**

**R. T.** - Essa é uma das questões importantes...Se a pessoa não se adequa, não quer se adequar, não considera que abordagem religiosa lhe seja significativa, não deve ir, não deve ser encaminhado a uma comunidade terapêutica. Assim como, eventualmente, uma pessoa chega numa comunidade terapêutica e não sabe, não lhe deve ser imposta nenhum tipo de crença ou forma religiosa, não deve servir como instrumento de proselitismo e as pessoas devem ter a liberdade de ir embora. Agora, pra muita gente...a pessoa se identifica com isso e acaba eventualmente tendo algum tipo de benefício.

**Pergunta 21 – Ajudaria no fortalecimento da atenção básica o suporte de psiquiatras e medicamentos nos NASF?**

**R. T.** - Atualmente, a questão da atenção básica, eu não creio que a questão seja agregar mais especialistas, no que tange a saúde mental. O que eu tenho discutido com os companheiros da atenção básica é que nós precisamos desenvolver pontes conceituais. Eu vejo que são dois campos de ação historicamente importantes que cresceram, que se desenvolveram mas como mônadas, como mundos a parte um do outro, cada um fala uma língua e cada um age de um certo jeito. Na hora que a gente vai tentar juntar as coisas, ficam como água e óleo, não junta. Eu tenho proposto uma discussão que a gente deva desenvolver, criar uma meta linguagem que permita fazer a ponte entre esses dois mundos, da saúde mental e da atenção básica. E que a partir da construção dessa ponte a gente consiga organizar as nossas ações de uma forma mais sinérgica, mais cooperativa. Atualmente ela é bastante complexa, bastante complicada na verdade, essa relação.

**Pergunta 22 – A descriminalização do uso de drogas é uma pauta estratégica para a saúde mental na visão do governo?**

**R. T.** - É importante que as pessoas tenham claro que no Brasil desde a lei...acho que de 2006 (não tenho certeza se 2006...agora me foge a data precisa...), mas no Brasil não é mais crime usar drogas, nenhum tipo de droga é criminalizável...Porque o conceito de crime é bem definido: é uma infração que é passível de que a punição seja a perda da liberdade. Não é que é legal usar drogas, continua sendo uma infração, mas é infração que não é passível de ser preso. A pessoa não pode ser presa. Agora, a lei também, embora ela tenha descriminalizado nesse sentido, ela deixou o poder pra distinguir quem é usuário e quem é traficante pra polícia, pro delegado...E aí, a situação ficou bastante confusa, porque hoje há muitas prisões, existe muita gente presa sendo considerado traficante e na verdade é uma discriminação pouco clara em relação a quem é usuário e quem é traficante. Então, tem muita gente que está na prisão hoje sem nenhum antecedente criminal, sem nenhuma história anterior que foi presa com poucas gramas de maconha ou com poucas gramas de cocaína, algumas pedras de crack e foi catalogado como traficante e foi preso. Hoje, há um enorme contingente de pessoas que estão nessa condição sendo réus primários. Isso é uma coisa que é necessário que a gente possa debater amplamente para que essa lei possa ser ajustada e os critérios da definição de traficante e usuário serem mais objetivamente definidos. Mas é importante saber que, no Brasil, não é mais crime usar drogas.

**Pergunta 23 – Qual o modelo assistencial para crianças usuárias de álcool e drogas?**

**R. T.** - Eu diria que essa é uma das questões mais complexas. Eu, pessoalmente, não acho que a gente possa lidar com crianças e adolescentes, reduzindo-os a um papel de usuários de drogas. Tenho feito a defesa de que é “a criança e adolescente em uso de drogas”. Esse é o fim da história. Em geral, nós temos uma história anterior de um conjunto de direitos que deixou de serem garantidos para essas crianças e adolescentes e que a situação de uso de drogas em geral tende a ser o ponto final dessa subtração de direitos. Então, dentro do governo, nós estamos criando um grupo de trabalho interministerial, fazendo bastante debates para avançar numa política de Estado mais consistente que parta do princípio de que essas crianças e adolescentes são hoje, antes de tudo, crianças e adolescentes que tiveram seu direitos aviltados, e não reduzi-los a usuários de drogas. E, a partir desse consenso é que as ações do Estado e do governo estarão sendo articuladas e desenhadas. Basicamente, eu diria que a gente deve tomar esse problema como um problema de como a sociedade vai criar essas crianças, como essas crianças e adolescentes vão ser levados a atingir a sua maturidade da forma mais plena, da sua forma mais expansiva e cheia de direitos, e plena de direitos. Acho que esse é que é o desafio real.

**Pergunta 24 – O centro de convivência e cultura ainda não possui financiamento específico. Terão?**

**R. T.** - Essa é uma pauta que nós não definimos ainda, não está claro, mas porque há bastante divergência em relação a quem deve financiar atividades de cultura. Eu acho que é relevante o tema, que a gente pode estar tentando consolidar a questão dos centros de cultura, mas também há uma tendência de que esse tipo de unidade possa ser vista como também como uma unidade intersetorial. Então ainda não está claro isso.

**Pergunta 25 – Como garantir o suporte à saúde mental na rede hospitalar? A resistência dos hospitais gerais é muito difícil. É preciso ser exigido em lei?**

**R. T.** - Existem várias questões do porquê nos hospitais gerais não ter leitos e apoio a saúde mental e álcool e drogas também. Um aspecto da questão é o próprio preconceito. Acho que a gente precisa tomar iniciativas de enfrentamento em relação à questão do preconceito. Do ponto de vista administrativo, a gente não pode, não tem como dissolver o preconceito, mas a gente administrativamente pode inibir a discriminação. Então você pode deixar claro que uma atitude profissional não pode ser discriminatória e a gente tem que atender as pessoas que necessitam. Do outro lado, nos hospitais gerais há um problema objetivo em relação a questão de financiamento. Então, essa é uma discussão que foi feita no Ministério. A experiência no final do ano passado, com uma elevação relativa dos valores, não deu resultado. Então, nós estamos lançando novamente uma proposta de uma valor agora quase quatro vezes superior ao que estava sendo pago até então, e com isso a gente espera que possa estimular os hospitais a abrirem seus leitos. Agora, a grande garantia, a grande estratégia para a implantação de leitos em hospitais gerais hoje, diz respeito a garantia de alta para esses pacientes. A garantia de que o paciente, uma vez passado seu período de cuidados hospitalares, tenha para onde ir. Nesse sentido é que as unidades de acolhimento transitório vão ganhando um papel muito, muito importante. Quer dizer, na negociação com o hospital, nós temos que ofertar claramente que é possível atender, é devido atender, mas nós garantiremos também que a pessoa vai sair, vai ter um lugar pra ela sair no seu devido tempo. Que ele não vai ficar ocupando leito desnecessariamente dentro do hospital, por que não tem para onde ir. Então, essa é uma diferença hoje, garantir essa conexão entre leito hospitalar junto com as unidades de acolhimento transitório.

**Pergunta 26 – Qual o perfil de usuário de um leito de comunidade terapêutica para a rede? Porque os leitos das casas de atendimento transitório não atendem essa demanda?**

**R. T.** - Essa definição dos perfis, ela vai ser feita na prática. Provavelmente, nós vamos acabar encontrando pessoas que preferirão ir para uma comunidade e pessoas que preferirão ir pra uma CAT nesse momento, para as unidades de acolhimento transitório. Eu creio que a quantidade de aprendizagem que a rede vai ter com as unidades de acolhimento transitório é que vai fazer a diferença no futuro. Nesse momento, essa questão de “esse perfil ou aquele perfil” é uma questão que não se coloca, pois nós não temos acúmulo, nem histórico pra dizer o que pode acontecer na unidade de atendimento transitório. Essa é uma aposta extremamente nova e essa forma de cuidado vai ter que ser desenvolvida nos próximos anos.

**Pergunta 27 – Como garantir que não aja essas obrigações nas CTs, principalmente sem os profissionais de saúde com a nova RDC?**

**R. T.** - Essa é uma das questões importantes. A RDC 29, ela regulamenta o basal daquilo que existe de comunidade terapêutica. É necessária que ela seja aprovada nisso para sua própria existência. Agora, para participar do SUS, isso é necessário mas não é suficiente. Para participar do SUS, ela vai ter que ter profissional de saúde sim; vai ter que ter responsabilidade técnica assistencial de

profissionais de saúde; vai ter que ter esse tipo de abordagem para que se caracterize como serviço de saúde, senão não pode ser parte do SUS. Então, é importante ter claro de que vai ter uma linha divisória entre as que têm capacidade de estar no SUS e aquelas que não têm capacidade de estar no SUS.

**Pergunta 28 – Os secretários municipais de saúde tem posições muito distintas sobre o investimento em saúde mental, até porque as contrapartidas municipais são altas em relação aos repasses da União e dos Estados. Como implantar serviços, mantê-los, abrir leitos em hospitais gerais, sem a anuência dos secretários? Como o CONASS e o CONASEN têm se posicionado a respeito?**

**R. T.** - As diretrizes da política que nós estávamos apresentando foram discutidas e, em primeira instância, aprovadas pelo CONASS e CONASEN, em termos de diretrizes. Agora, no plano mais específico, dos modos de financiamento, dos valores e tal, isso ainda estará sendo discutido e pactuado.

Os princípios gerais foram acordados, mas a questão dos valores estão ainda para ser discutidos. O importante saber é que do conjunto das ações do Ministério, a Saúde Mental está tendo realmente uma disposição do governo de elevar os valores de financiamento nos seus diversos componentes. Está tendo um processo de qualificação e aumento do valor pago para os CAPS. Para a questão dos leitos, as casas de acolhimento estarão sendo também revisadas nos termos do seu custeio. Então, essa disposição de requalificar deve ser também um outro estímulo para que os secretários venham a implantar. E, outra coisa, é importante lembrar novamente, sempre estar presente para todas as pessoas. A questão da região de saúde com as redes é um aspecto que é mandatório hoje para poder receber recursos. Como é mandatório, a questão da saúde mental entra como item obrigatório na constituição das regiões de saúde.

Isso talvez seja a coisa mais importante que aconteceu do hoje ponto de vista institucional da política de saúde mental. Não pode mais haver nenhuma região de saúde sem ter uma rede mínima de saúde mental. Isso deve levar a uma ampliação significativa da rede em todo território.

**Pergunta 29 - E os manicômios judiciários? Qual a proposta para transcendê-los?**

**R. T.** - Essa pergunta é difícil. Dentro das poucas experiências históricas que nós temos, têm havido experiências bastante ricas e exitosas no processo de transformação, eu diria de liberação de pessoas que estavam em manicômios judiciários. Agora ele têm encontrado limites nas estratégias, por exemplo, de financiamento de residência terapêutica para pessoas saídas de manicômio judiciário. Nós estamos tentando desenhar uma forma de dedicar recursos para a implantação de residência terapêuticas também para pessoas saídas de manicômios judiciários. A outra forma é que aí existe o grupo que trabalha com saúde nas prisões e têm desenvolvido também uma forma de garantir um cuidado melhor dentro das prisões e dentro dos manicômios judiciários.

Transcender esse tipo de instituição, eu diria assim. Aí é uma posição muito pessoal, não é uma posição de governo, mas eu pessoalmente creio que seria fundamental. Essa superação só aconteceria se a gente conseguisse descolar a questão criminal da questão diagnóstica e não ter essa ideia de que crime e doença mental mutuamente se interferem. Eu seria a favor de que a pessoa que tiver um problema mental e cometer um crime responda normalmente, como qualquer cidadão à justiça e terá também seus direitos garantidos à justiça, entre eles, o cuidado, tratamento... Essa concepção de que a doença mental seria um atenuante na situação de culpabilidade, acaba sendo na verdade um agravante nos efeitos pra vida da pessoa. Muitas vezes as pessoas cometem crimes bastante simples, crimes menores, e acabam ficando a vida toda presas. E a gente sabe que existem muitas situações de crimes extremamente graves que as pessoas saem rapidamente das prisões. Então, eu pessoalmente creio que a gente deveria estar caminhando para um debate de descolar criminalidade e doença mental. Eu acho que a transcendência desse tipo de instituição passa por aí.

**Pergunta 30 - A política de redução de danos não está enviesada no Brasil? A redução de danos é uma estratégia prioritária na sua gestão?**

**R. T.** - Preciso entender o que você está querendo apontar, denotar com a questão da redução de danos. Da experiência histórica da AIDS, a gente tem um modelo racional bastante claro que é: entre a pessoa morrer de uma infecção letal e usar drogas, a gente deve tolerar o uso de drogas para evitar que a pessoa morra. Uma situação bastante clara do que é redução de danos, porque na experiência histórica da AIDS se trabalhava com o contraste entre vida e morte. Mais recentemente, quando se sai do chamado espectro da questão de vida e morte, da AIDS, a questão da redução de danos foi ganhando também várias conotações, mas eu diria assim, primeiro, tem gente que considera redução de danos como uma técnica específica, um *know how* específico, quase uma profissão. De uma certa forma, eu não concordo com essa ideia não, porque eu creio que a redução de danos, no contexto atual, deva ser tomado como princípio geral de todas as pessoas que vão estar trabalhando na área de álcool e drogas ou no conjunto da saúde como um todo, na verdade. Princípio básico é de que a gente deve prolongar a vida das pessoas como primeira opção. E se, para prolongar a vidas pessoas a gente tem que tolerar determinados comportamentos desviantes, então isso deve ser trabalhado dessa forma. Com a expectativa de que, no conjunto, no tempo, a gente consiga transformar no contexto geral a vida das pessoas. Por que de uma certa forma, às vezes, a ideia da gente fazer uma discriminação positiva acaba virando também o contrário, acaba virando um preconceito às avessas. Eu creio que a gente tem que ter bastante claro essa questão da redução de danos, é um princípio de cuidado que a gente deve ter sempre presente. Prolongar a vida é uma questão fundamental. Por quê? Ao prolongar a vida, a gente tem a chance de fazer uma vida melhor. Essa é a linha geral que a gente deve ter, é isso. Deve estar impregnada na prática cotidiana com os pacientes, dos profissionais que estão lidando com pacientes em uso de drogas, de coisas assim. Nesse sentido, é uma prioridade estratégica no conjunto das ações. Voltando um pouquinho no aspecto da técnica de abordagem, hoje a gente tem bastante experiências que mostram que essa forma de abordagem que foi aprendida na experiência anterior com drogas e AIDS, que é uma busca ativa com ex usuários e tal, é uma coisa que também pode ser aprendida por pessoas e profissionais que não tiveram a experiência anterior com droga, porque é possível também fazer esse tipo de abordagem. Então nesse sentido deixa de ser uma exclusividade de ex-usuários que possam fazer esse tipo de abordagem. Embora, claro que é mais fácil pra quem já passou pela experiência, mas não quer dizer que pessoas que não tenham passado não possam aprender também a abordar e serem efetivos nessa abordagem.

**Pergunta 31 – Tem como exigir medicamento para a cidade de São Bernardo dos Campos, que antes tinha e agora não tem mais?**

**R. T.** - Veja. A questão de exigir, remete hoje ao debate da judicialização no SUS, das pessoas entrarem [na Justiça], exigindo direitos através do pleito judicial. Esse é um debate complexo, por que diz respeito a conceitos que misturam a questão da universalidade, da equidade e, ao mesmo tempo da equidade a quem tem acesso ao judiciário ou não, da iniquidade que é o acesso ao judiciário. O que eu acho que seria mais razoável no fundo é: se você tiver especificamente uma necessidade muito particular de procurar o secretário, mostrar suas necessidades, discutir, dialogar e ver se essas necessidades de fato, se elas fazem tanta diferença de que seja essa especificidade. Se achar que isso for consistente, eu creio que o secretário de saúde, o conselho municipal de saúde, deve autorizar a compra de determinados medicamentos nessas condições, democraticamente falando.

**Pergunta 32 – ...É o que o gestor diz, mas o hospital psiquiátrico nem espaço tem para se adequar. No Paraná, foram criados 114 novos leitos e o hospital psiquiátrico criado tinha a aprovação do conselho municipal de saúde. Como fica essa situação?**

**R. T.** - Esse compromisso está colocado na portaria, ele é exigível pelo conselho municipal. E eu posso dizer o seguinte, houve já uma solicitação pra que a gente comece a fazer o cadastramento desses leitos e o ministério solicitou tanto o plano de reforma, o padrão técnico para implantação dos novos leitos, quanto o plano para desativação dos outros oitenta leitos. Então, nós condicionamos de fato ao cadastramento desses novos leitos, dentro daquilo que a portaria estava exigindo. Os dois planos, tanto da implantação (padrão técnico, qualidade...desses leitos de AD) quanto da estratégia e parte do hospital que vai estar sendo desativado. Então nós exigimos esse planejamento para que venha ser apresentado aqui pra nós.

**Pergunta 33 - Que princípios nortearam a entrada em cena das discutíveis Comunidades Terapêuticas nas estratégias de cuidado da saúde mental?**

**R. T.** - Aqui não é um problema de princípios, mas foram o princípio da república e o da democracia, basicamente. Porque, quando determinados grupos de atores sociais entram no debate e solicitam que participem da atuação, do enfrentamento de um problema que hoje tange o conjunto da sociedade, a gente simplesmente não pode fechar a porta e negar a conversa. Então, o princípio básico é o reconhecimento da legitimidade do conjunto de atores que estão presentes aí na cena. Isso em termos de princípio. É só isso.

**Considerações finais – Roberto Tykanori**

No fundo, hoje, nós estamos com essa questão da saúde mental em primeiro plano dentro da esfera do governo, da própria presidência. É uma oportunidade muito grande para saúde mental poder expandir. A questão do decreto 7508, que implanta as regiões de saúde, o conceito das regiões de saúde exige a implantação de redes de saúde mental. Essa rede de saúde mental significa pelo menos três pontos: uma referência hospitalar, um CAPS e uma unidade de acolhimento transitório. Só isso já vai estar tornando obrigatório, em todo território nacional, a existência dessa micro rede de saúde mental. Além disso a expansão de investimentos é muito grande. Nós vamos estar, como eu diria, quase triplicando nos próximos anos, até 2016, o valor dos recursos destinados e a rede deve quase duplicar em termos de extensão e existe toda uma estratégia de qualificação, de conexão dessa rede a partir de instrumentos e de estratégias como o telesaúde. Nós vamos ter uma rede. A aposta é que a gente consiga conectar toda nossa rede, numa grande rede viva - de sinergia, de apoio entre todos os serviços, entre todos os companheiros que estão trabalhando -, para consultar, para compartilhar, para discutir casos e fazer coisas. Esse dispositivo de telesaúde deve estar permitindo a conexão, nas regiões, entre todas as pessoas que estão em trabalho. E acho que o consultório de rua, a unidade de acolhimento transitório e CAPSad 24hs foram diretrizes, na verdade, decisões tomadas pela presidenta, de uma forma bastante firme e orientada para que sejam implantados com todo nosso empenho. No conjunto, acho que a gente deve estar bastante otimista. Eu estou bastante otimista, embora seja um desafio grande. E conto com o apoio de todo mundo para gente ir avançado no debate, discutindo e continuando a melhorar aquilo que for possível.