

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

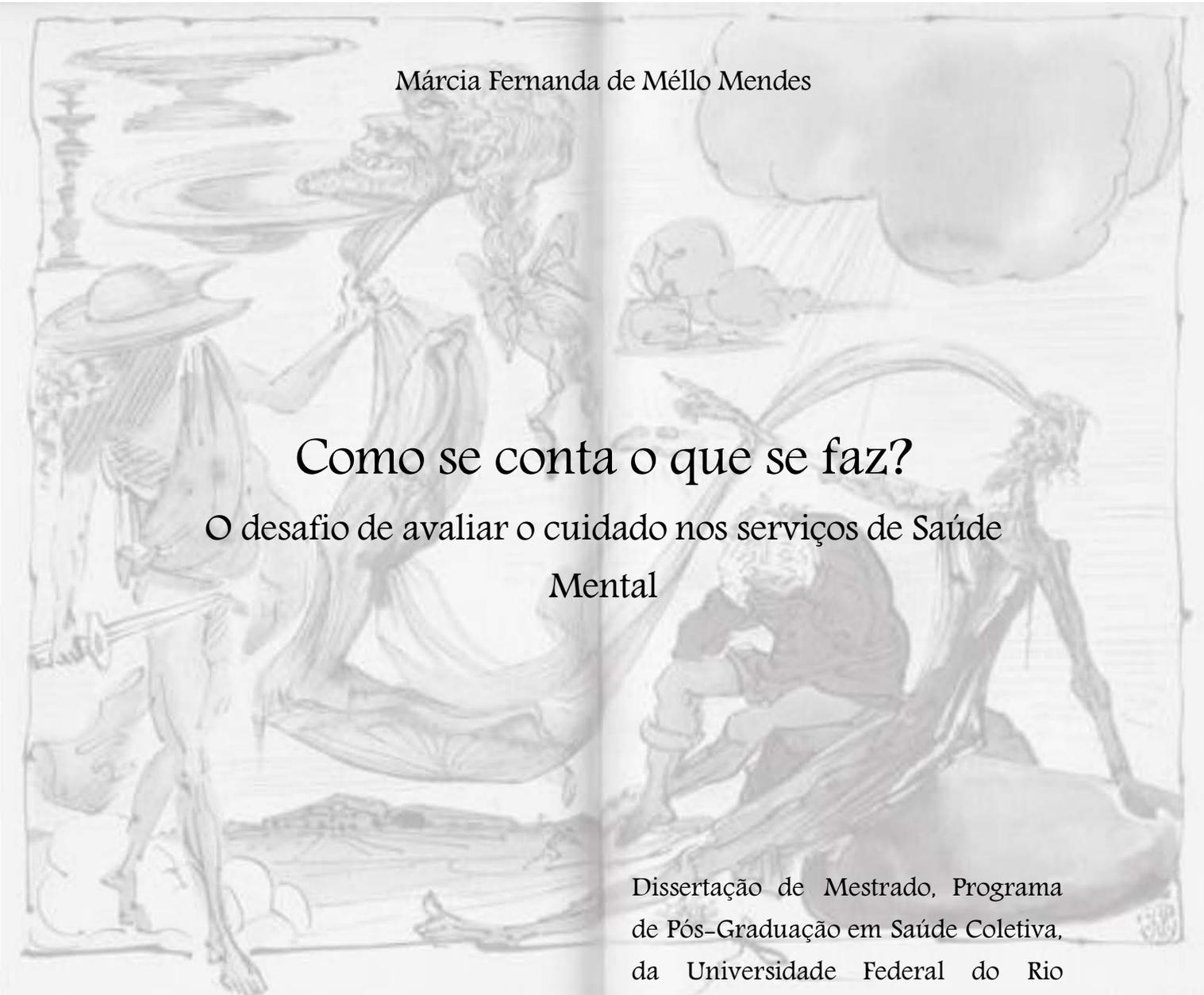
Márcia Fernanda de Mélo Mendes

Como se conta o que se faz?

O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental

Porto Alegre

2015



Márcia Fernanda de Mélo Mendes

Como se conta o que se faz?

O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde
Mental

Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre

2015

CIP- Catalogação na Publicação

Mendes, Márcia Fernanda de Mélo

Como se conta o que se faz? O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental / Márcia Fernanda de Mélo Mendes. -- 2015.

148 f.

Orientador: Cristianne Famer da Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. avaliação em saúde mental. 2. cuidado em saúde. 3. avaliação de serviços. 4. QualityRigths. I. Rocha, Cristianne Famer da , orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Márcia Fernanda de Mélo Mendes

Como se conta o que se faz?

O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental

Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva

Banca de Avaliação

Alcindo Antonio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Maria Paula Cerqueira Gomes – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Camilo Darsie de Souza – Universidade de Santa Cruz

Defendida e Aprovada em 30 de Setembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Um desejo, desde criança, A
caminhada foi longa, Algumas
tentativas frustradas Em 2013,
eu consegui!
Mestranda em Saúde Coletiva ...

Em 2015, o término ...

Muitos fizeram parte deste processo e quero agradecer:

Aos meus pais, Airton Mendes e Ilma Mélo: obrigada por “produzirem” esta menina curiosa e inquieta.

À minha orientadora Cristianne Famer da Rocha, pelos ensinamentos, por apostar nas minhas loucuras e me ajudar a perder o medo de escrever.

À banca, Maria Paula Cerqueira Gomes, Camilo Darsie de Souza e Alcindo Ferla, pelo “malabarismo” que fizeram com seus compromissos para estarem comigo na banca e compartilhar seus saberes.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação da Saúde Coletiva (PPGCOL), pelo apoio, críticas, ensinamentos. Especialmente, Paula Haubrich, Thais Maranhão, Janaina Collar, Malvi Pereira.

Aos ex-colegas de trabalho, do PAP-AD – Rochele Bristot, Filipe Furlan, Rossana de Souza, Maria da Graça, Cristine Roos, Paula Filippin – pelo trabalho em equipe de forma comprometida e leve; da equipe de Saúde Mental do município de Caxias do Sul – Elizabete Bertele, Tatiana Almada, Loiva De Boni, Anita Xavier – pela primeira experiência de gestão, pela oportunidade de participar de um colegiado de profissionais tão diferentes, que defendia seus posicionamentos e, depois, brindava as decisões e conquistas para a Rede de Saúde Mental; da equipe do SRT de Caxias do Sul – Alessandra Bombassaro, Vera Freitas, Zeferino de Freitas, Leila Reckziegel, Rejane Fogaça, Luiza de Lima – pelos ensinamentos, pela confiança, por acreditarem no meu sonho, sonharem comigo e contribuírem para torna-lo realidade.

Aos usuários dos serviços PAP AD, CAPS Reviver, CAPS Cidadania, SRT Caxias do Sul, pela aprendizagem e também, por “emprestar” suas histórias para essa dissertação.

Novamente ao Prof^o Alcindo Ferla, pela oportunidade de participar da Rede Governo Colaborativo em Saúde, uma experiência que tem me oportunizado aprendizagem, amizades e a aproximação com a Saúde em um momento que eu estava distante.

A equipe do IFRS Alvorada: por aguentarem e acolherem minha ladainha – Tenho que terminar a dissertação! Tenho que terminar a dissertação!

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

UMA HISTÓRIA E AS QUESTÕES QUE SURGEM	1
Um convite	3
Primeiro contato	4
Uma trabalhadora da Saúde Mental	10
CAMINHOS POSSÍVEIS PARAS AS QUESTÕES	21
DOENÇA MENTAL: DIVERSOS MODOS DE TRATAR.....	29
O Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira	36
A Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental	46
Políticas de Saúde Mental: hibridismos e ambivalências	51
NÚMEROS, EVIDÊNCIAS E QUANTIFICAÇÕES NA ARTE DE GOVERNAR EM SAÚDE ..	65
A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	85
COMO CONTA-SE A SAÚDE	99
Avaliação da Atenção Básica	101
A avaliação de Serviços de Saúde Mental em uma perspectiva mundial	113
LONGE DO FIM, UMA PAUSA PARA OUTROS CONTOS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
APÊNDICE I	148
APÊNDICE II	167
APÊNDICE III	239

Resumo

Nesta dissertação analiso o desafio de avaliar o cuidado em serviços de Saúde Mental, utilizando o contar no sentido de contar histórias e, também, o contar no sentido de quantificar. Parto de uma questão que é como se conta (numera, quantifica) o cuidado que acontece no cotidiano dos serviços de Saúde Mental, situações estas, que muitas vezes não são registradas, mas que são tecnologias de cuidado. Durante este trabalho relato cenas que vivi como trabalhadora e gestora na Saúde Mental que vão contribuir para exemplificar, contrapor, construir os conceitos que apresento no decorrer da dissertação. No contexto brasileiro ainda há uma disputa na lógica do cuidado em Saúde Mental, embora tenha-se uma legislação que deveria garantir Reforma Psiquiátrica. Percebe-se a carência de dados e informação que possam ser indicadores nesta área, existem muitas formas de “cuidar” de alguém, algumas fomentam autonomia, o protagonismo do usuário na sua própria vida, possibilitando que ele experencie seus conflitos, medos, sintomas no convívio da comunidade, familiares, rede social em que está inserido outras formas de “cuidar” prendem, limitam, alienam, sendo assim, é necessário saber que concepção de saúde e de cuidado compõe um indicador e a quem interessa produzir este conhecimento. A partir destas reflexões, realizei uma pesquisa documental a respeito dos discursos de como a avaliação vem se constituindo na área da Saúde Mental no Brasil e no Mundo. No Brasil no ano de 2005 há a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, onde o Ministério da Saúde coloca-se como indutor do exercício de avaliação nos serviços de saúde. Na área da Saúde Mental, quando se busca números, indicadores, dados de qualidade do cuidado, poucas são as referências, não encontrei um consenso nos pesquisadores e trabalhadores da área em relação a indicadores de qualidade de serviços de Saúde Mental. O que encontrei nas produções científicas são diferentes maneiras de avaliar os serviços e a cada pesquisa, utiliza-se indicadores, metodologia e públicos diferentes. No material de divulgação nacional, o que encontrei foram taxas de cobertura e valor de investimento financeiro. No ano de 2013, foi proposta pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde a aplicação do QualityRights no Brasil. Em 2015, o instrumento já havia sido traduzido e estava em fase de aplicação do projeto piloto. Na perspectiva mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem um Plano de Ações com metas para serem alcançadas até 2020, uma outra estratégia da OMS é a aplicação do QualityRights para avaliar e qualificar a atenção em saúde Mental nos países colaboradores, no entanto, não encontrei dados e informações dos resultados da avaliação nos países que já aplicaram o instrumento. A partir desta pesquisa pude perceber que a avaliação de serviços de saúde visa qualificar a atenção, no entanto, elas podem ser apenas uma forma de protocolar procedimentos, pouco ou nada informando

sobre a realidade dos serviços e muito menos dos sujeitos. A OMS tem uma série de documentos como o Atlas de Saúde Mental e o Plano de Ação 2013-2020, porém não é uma informação difundida no Brasil. Um dos entraves pode ser atribuído a diversos destes documentos da OMS estarem disponível somente na língua inglesa. Portanto, a institucionalização da avaliação com questionários e indicadores comuns, que sejam aplicados em diferentes serviços, demonstra ter pouca capacidade de registrar as potências e fragilidades dos serviços de saúde.

Palavras -chaves: avaliação em Saúde Mental, cuidado em saúde, avaliação de serviços, QualityRights

Abstract

In this research I analyze at the challenge of evaluating care in Mental health services, using the count in the sense of storytelling and, also, the count in order to quantify. Beginning of an issue which is how to count (numbers, quantifies) that happens in the everyday care of Mental health services, these situations, which are often not recorded, but they are care technologies. During this work report scenes that lived as employee and Manager on Mental health that will contribute to exemplify, counteract, build the concepts present in the course of the dissertation. In the Brazilian context there is still a dispute on logic Mental health care, although a legislation that should ensure psychiatric reform. There is a lack of data and information that may be indicators in this area, there are many ways to "take care" of someone, some promote autonomy, the role of the user in his own life, enabling him to experencie their conflicts, fears, symptoms in the midst of community, family, social network in which is inserted other forms of "caring" holding, limited, alienate, therefore, It is necessary to know which health conception and care make a bookmark and who cares to produce this knowledge. From these reflections, I ran a documentary research, with speech analysis as has been done in Mental Health service evaluation in Brazil and in the world. In Brazil in the year 2005 for the National Policy of monitoring and evaluation of the basic attention, where the Ministry of health places as the inducer evaluation exercise at health services. In the area of Mental health, when search numbers, bookmarks, data from quality of care, there are few reference ~ encias, did not find a consensus on researchers and workers in relation to quality indicators of Mental health services. What I found in scientific productions are different ways to evaluate the services and each search using indicators, methodology and different audiences. National disclosure material, what I found were coverage rates and investment value. In the year 2013, was proposed by the national coordination of Mental Health of the Ministry of health the application of QualityRigths in Brazil. In 2015, the instrument had already been translated and was in the process of implementation of the pilot project. Global perspective, the World Health Organization (WHO) has a plan of Action with goals to be reached until 2020, another who's strategy is the implementation of QualityRigths to evaluate and qualify the attention in Mental Health in countries employees, however, have not found data and information of the results of the assessment in the countries that have already applied the instrument. From this research could tell that the evaluation of health services aims to qualify the attention, however, they can be just a form of Protocol procedures, little or nothing stating about the reality of the services, and less of the subject. The WHO has a series of

documents such as the Atlas of Mental Health and the 2013–2020 Action Plan, but it is not a widespread information in Brazil. One of the barriers can be assigned to several of these documents are available from the who only in the English language. Therefore, the institutionalization of evaluation with questionnaires and common indicators that are applied at different services, demonstrates have little ability to record the powers and weaknesses of health services.

Keywords: evaluation in mental health, health care, service evaluation, QualityRights



UMA HISTÓRIA
E AS QUESTÕES QUE SURGEM

UMA HISTÓRIA E AS QUESTÕES QUE SURGEM

Um Convite

Este texto nasceu de situações do cotidiano do trabalho, de histórias vividas e compartilhadas nos diferentes serviços de Saúde Mental que fiz parte. Construídas a partir do encontro com diversas pessoas em diferentes papéis, de muitas emoções, de rabiscos em cadernos de anotações e de lembranças.

Era uma vez uma mestranda ...

Ou seria melhor:

Era uma vez uma trabalhadora de saúde mental...

Sem esquecer da militante, da pesquisadora, da curiosa e da inquieta que me compõe. Enfim, o texto a seguir, minha Dissertação de Mestrado, intitulada Como se conta o que se faz? Analisa o desafio de avaliar o cuidado em serviços de Saúde Mental. Utilizo o contar no sentido de contar histórias e, também, o contar no sentido de quantificar. Como se conta (numera, quantifica) o cuidado que acontece nas histórias dos serviços, histórias que muitas vezes não são contadas?

As histórias que apresento, ao longo desse texto, fazem parte da minha trajetória profissional e de colegas que vivem, no dia-a-dia dos serviços de Saúde Mental, a necessidade de criar e recriar alternativas para possibilitar formas de viver mais felizes e plenas. Elas (as histórias) não são objeto de análise, são experiências, são cenas representativas do que vivi e que muitos trabalhadores de Saúde Mental vivem todos os dias, sem registros, sem reconhecimento.

Depois desta apresentação, faço um convite ao leitor para me acompanhar na reflexão sobre os espaços de cuidado em Saúde Mental, o que é cuidar, como a

avaliação de serviços tem sido institucionalizada e sua capacidade de representar a atenção oferecida em um serviço.

Lendo Manoel de Barros, me sinto contemplada. Ele, de uma forma singela, afirma que os momentos singulares da vida não têm como serem medidos. Com isto, encerro meu convite utilizando suas palavras:

(...) a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós. Assim um passarinho nas mãos de uma criança é mais importante para ela do que a Cordilheira dos Andes. Que um osso é mais importante para o cachorro do que uma pedra de diamante. (...). Há um desagero em mim de aceitar essas medidas. Porém não sei se isso é um defeito do olho ou da razão. Se é defeito da alma ou do corpo. Se fizerem algum exame mental em mim por tais julgamentos, vão encontrar que eu gosto mais de conversar sobre restos de comida com as moscas do que com homens doutos. (Barros, 2006, p 28)

Primeiro Contato

A minha história começa quando fico sabendo de um projeto novo (na época) de formação profissional, a Residência Integrada em Saúde Coletiva ênfase em Saúde Mental (RIS-SM)¹ da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), realizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), que uma colega, contemporânea da faculdade, fazia parte. Fico interessada, busco mais informações e resolvo conhecer o HPSP.

Início minha trajetória na Saúde Mental: uma recepção aos voluntários que começavam um estágio de familiarização no HPSP. Após uma fala de apresentação, circulamos pelas unidades e pelo pátio do Hospital. Via-se de tudo: pessoas com os mais diversos níveis de alienação. Depois, fomos ao sorteio para descobrir qual unidade eu dedicaria vinte horas do meu mês. Sortearam a

¹ As Residências em Saúde caracterizam-se como uma das estratégias do Ministério da Saúde que visa a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a mudança do desenho tecnoassistencial, através da formação em serviço de diferentes categorias profissionais da área da saúde (BRASIL, 2006).

Unidade de Desintoxicação Jurandir Barcelos, talvez o espaço menos estranho naquela estranheza toda.

Começo o trabalho, caio em um espaço novo, inóspito e que, de cara, me parecia improdutivo. A vontade é de sair correndo, me livrar das visões, cheiros, que incômodo! Mas por que não largar tudo e sair dali? E aí, uma sensação inexplicável de curiosidade e desafio me invade, sinto que é possível mudar, que há muito para se fazer. Este sentimento me domina, traça meu destino e passa a me constituir enquanto profissional.

Está decidido, vou fazer a seleção para a RIS-SM!

Conto para meus amigos e familiares meu projeto de iniciar uma formação em Saúde Mental e que, para isto, havia começado um trabalho voluntário no HPSP. Mais estranhamentos. Mas, desta vez, a estranha era eu! Lá só tem louco! Cuidado com aquela gente! Você tem certeza disto? Pessoas preocupadas comigo ficavam inferindo se eu iria mesmo trabalhar/estudar lá.

As vinte horas do estágio voluntário findaram em um mês e, por mais que tudo fosse muito novo, diferente, me apaixonei pela proposta da Reforma Psiquiátrica, fiz a seleção para a RIS-SM no final do ano. Oba, passei! Agora não serei mais voluntária, agora não serão só vinte horas no mês e, com o contrato como residente assinado, passo a viver sessenta horas semanais, em um período de dois anos, vinculada ao HPSP. Com o tempo, fui descobrir a diferença entre residente e morador do HSPS: o primeiro tem a chave para sair!

Ingresso na RIS-SM em 2002, no cenário político nacional estávamos no momento da regulamentação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), que tinha sido promulgada e que versa sobre os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial. Para alguns, uma sensação de vitória, para outros, de derrota. A Lei, para ser aprovada, tinha

retrocedido em relação a vários itens importantes que garantiriam maiores mudanças do modelo de atenção.

Para mim, recém-chegada, percebia como uma vitória, afinal, agora, em todo o país, as pessoas com transtorno mental passavam a ter direitos e a internação psiquiátrica não seria mais à revelia. Para os militantes da Reforma Psiquiátrica, maioria dos meus professores na RIS–SM, era um retrocesso, já que não estava garantida a progressiva redução de leitos, nem prazos para que isto ocorresse. O Rio Grande do Sul foi precursor nesse tema, sendo o primeiro Estado no Brasil a promulgar a Lei da Reforma Psiquiátrica, determinando regras de proteção à pessoa com transtorno mental e estabelecendo um prazo de cinco anos para substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral (Rio Grande do Sul, 1992). Uma Lei mais assertiva em relação à Lei Federal (Brasil, 2001), já que estabelecia, com prazo, a extinção dos leitos psiquiátricos.

Embora já tivessem se passado quase dez anos da Lei Estadual, quando foi regulamentada a Lei Federal, não tinham sido alcançados os avanços idealizados na mudança do modelo aqui no Estado. Havia experiências espalhadas por alguns municípios que servem de modelo até hoje, como em São Lourenço do Sul, onde foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Rio Grande do Sul, mas eram poucas diante das sentidas necessidades.

A dificuldade em efetivar a mudança deu-se pela disputa entre modelos de atenção (disputa que ainda existe no cenário atual): um modelo baseado na internação psiquiátrica e tendo o hospital psiquiátrico como a opção de cuidado e outro que visa a atenção na comunidade, em espaços abertos, onde o portador de transtorno mental possa ser e estar com suas particularidades, isto é, que ele exerça sua cidadania, possa circular pelo território, efetivando a reabilitação psicossocial. Enfim, no meio destas disputas ideológicas e de modelos de cuidado em Saúde Mental, é que faço a minha Residência.

A Residência em Saúde Mental surge através do Programa de Aperfeiçoamento Especializado no âmbito do Rio Grande do Sul, uma estratégia de formação profissional que tem como objetivo formar profissionais qualificados para uma melhor condução das políticas de saúde. Assim, assemelhando-se à Residência Médica, em 2000, inicia a primeira² turma da Residência Integrada em Saúde – Ênfase em Saúde Mental (RIS-SM) pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS). Uma formação de dois anos, com aproximadamente 5600 horas, definida como ensino em serviço, tendo como campos de atuação unidades hospitalares, ambulatoriais e da atenção básica. Ingresso na terceira turma da RIS-SM e inicio minha trajetória na Saúde Mental. E assim como foi para mim, a RIS-SM tem sido o primeiro contato com o campo da Saúde Coletiva e, mais especificamente, da Saúde Mental Coletiva para muitos profissionais recém-formados.

Dessa forma, começa o meu caminho! Com um primeiro ano intenso, as sessenta horas pareciam multiplicar-se na semana e eram infinitas. Uma sensação de estar sempre devendo um tempo a algo ou alguém. Começo a aprender a me dividir, a ser multi, a tentar dar conta de um pouco de muito. Atendimentos, grupos, oficinas, aulas, trabalhos teóricos, leituras, preceptorias, conflitos, lutas, decepções, conquistas, medos, angústias, anseios fizeram parte desse ano. Vi alguns colegas viverem crises que pensei que perderiam o “direito” de ter a chave para sair. Ser residente de primeiro ano de uma proposta nova de formação profissional te permite construir, sonhar e propor variadas possibilidades de intervenção. No entanto, a falta de modelo, de experiências anteriores que possam direcionar a tua prática, dar norte ou sul, pode ser paralisante. Pode-se fazer tudo, mas que tudo é este quando temos a impressão de não sabermos quase nada?

² No final da década de 1970, já havia tido experiências de Residência Multiprofissional no Centro de Saúde Murialdo, no entanto, o projeto não teve andamento e, de certa forma, foi retomado a partir do Programa da Residência Integrada da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Ceccim; Armani, 2001; Rossini; Farias, 2002; Uebel; Rocha; Mello, 2003; Rosa; Lopes, 2010).

De multi a inter-disciplinas, inter-profissões, fui constituindo um novo saber que não era mais o meu da graduação, me sentia meio enfermeira, meio psicóloga, meio assistente social, meio médica, meio terapeuta ocupacional, meio artista, só não me sentia mais totalmente educadora física. Se isto foi bom ou ruim, não tenho como dizer, mas vendo a minha caminhada profissional até aqui, isto me deu algumas vezes uma característica de “coringa” que tem a possibilidade de se moldar às necessidades dos serviços e da atenção centrada nos usuários.

Um ano de encontros, de contatos com sujeitos moradores, sujeitos pacientes, sujeitos colegas, sujeitos preceptores, entre tantos outros sujeitos que me marcaram e me “modelaram”. Muitas histórias de vida se interpuseram à minha, provocando mudanças nos caminhos. Houve dor, vitórias, morte, mudanças de vida no propósito de cuidado em saúde. Uma questão marcante deste ano foi a busca de lidar com a loucura no contato diário com a loucura do outro. O que fazer com a minha loucura no encontro com a loucura do outro?

Vivendo isto, sentia com todos os sentidos (olfato, visão, audição, tato e paladar) a necessidade de uma mudança radical. O modelo hospitalocêntrico me inunda e residir dentro do manicômio escancarava o que ele tinha impedido na vida de centenas de pessoas ali institucionalizadas. Indivíduos vistos somente como pacientes, como loucos e, pior, reduzidos a números, nomes de unidades. Enfim, um modelo que captura a subjetividade.

O modelo hospitalocêntrico é centrado na internação psiquiátrica³, afastando o indivíduo da família, da sociedade e sem prever um retorno. Nele ocorre a

³ Aproveito para explicar o momento histórico que estamos vivendo no RS em relação à Reforma Psiquiátrica. Iniciei minha Dissertação no ano 2013, quando nos encontrávamos em um momento político-ideológico favorável à Reforma Psiquiátrica, com ampliação de serviços substitutivos e com a compreensão que os leitos psiquiátricos só devem ser utilizados quando todos os outros recursos forem ineficazes. No ano de 2015, uma outra corrente político-ideológica assume a gestão do Estado, que afirma que o melhor local para pessoas com doença mental é o hospital psiquiátrico, que trabalha baseado em dados epidemiológicos e desconsidera as questões qualitativas da vida. Usuários que estavam em processo de saída para residências protegidas, em 2014, com a nova gestão, foram proibidos, por exemplo, de ir em um dos principais encontros em prol da Reforma Psiquiátrica do RS, o Mental Tchê, em São Lourenço.

sujeição do indivíduo, do qual são extirpados seus direitos, suas decisões. O usuário passa a ser um número de prontuário, um leito, uma prescrição medicamentosa, identificado por um uniforme, com o nome da ala psiquiátrica da qual faz parte, assim como tantos outros.

Havia (e ainda há) necessidade de uma mudança de modelo, que emergissem novos modos de cuidar, pensar o indivíduo na sua constituição singular, alguém com necessidades, desejos, sonhos, enfim com um nome e uma história de vida que o constituísse. Esta necessidade fez surgir experiências pontuais no Brasil, tais como em Santos, em São Lourenço do Sul, em Campinas que, no trabalho em ato, vão constituindo os precursores do que hoje chamamos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Na Reforma Psiquiátrica brasileira, o CAPS constituiu-se como um serviço estratégico para a efetivação da mudança, que tem por objetivo ser um serviço comunitário que pretende evitar a internação psiquiátrica, oferecer atenção integral ao indivíduo e sua família, proporcionando uma reinserção social e a reabilitação psicossocial do indivíduo (Brasil, 2004a). Mas para que o CAPS se constitua e alcance sua missão, são necessários profissionais com um novo perfil. Tudo é novo! Precisava-se de pessoas que não reproduzissem as antigas e consolidadas práticas manicomiais neste novo espaço de cuidado.

Cursos, formações, supervisão institucional, especializações e a RIS são algumas estratégias para garimpar e lapidar este novo profissional. Enquanto isto, continuo minha formação, em um programa que buscava formar profissionais com este novo perfil.

Como residente, por mais cansativo que fosse o primeiro ano, os meses voaram e, quando percebi, já estava no segundo ano. Neste me propus a encontrar fora do HPSP, para desbravar outros mundos e conhecer outros territórios. No segundo ano, tive contato com o CAPS, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) – que

naquela época, era um Programa⁴ – com a interface da Saúde Mental e Educação. Tudo muito novo! Surgia um novo cenário de intervenção onde a loucura não era aparente, ela fazia parte do cotidiano de muitas pessoas, algumas vezes sendo negada, camuflada, mas, mesmo assim, causando muito sofrimento

Uma trabalhadora da Saúde Mental

A RIS–SM acabou. Foi o primeiro passo para eu ser uma trabalhadora em Saúde Mental no mundo lá fora. Daquela época até agora, se passaram mais de dez anos, um percurso profissional de militância, descobertas e muita aprendizagem. Logo no início, fui trabalhar em dois CAPS, um voltado a pessoas com transtorno mental (CAPS II) e outro voltado a pessoas com problemas pelo uso de álcool e outras drogas (CAPS AD). Alguns meses depois, passei a trabalhar como Coordenadora do CAPS II, função que automaticamente me colocava como membro do Colegiado de Saúde Mental de Caxias do Sul, que era composto pela Coordenação de Saúde Mental do município e coordenadores de serviços (CAPS AD, CAPS II e Ambulatório de Saúde Mental).

Particpei do Colegiado durante quatro anos, período que coordenei três serviços do município de Caxias do Sul: o primeiro o CAPS II Cidadania, depois o Serviço Residencial Terapêutico e, por último, o CAPS AD Reviver. Foram quatro anos pensando e fazendo a Política de Saúde Mental do município.

Este espaço de gestão compartilhada, que chamávamos de Colegiado de Saúde Mental de Caxias do Sul, era um espaço potente que possibilitou que as

⁴ O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, no Brasil, em 1994. Seu primeiro documento oficial, “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, teve como objetivo reafirmar os princípios e diretrizes do SUS, além de mudar o modelo de atenção, aproximando a saúde das famílias através de ações de prevenção, promoção e recuperação (Rosa; Labate, 2005), (Rio Grande do Sul, 2014a).

coordenações pudessem alinhar as propostas de trabalho, mesmo com a troca de gestão no município.

A gestão colegiada que realizávamos, se pautava, tal como proposto por Righi (2002), em uma busca de processos gerenciais com relações mais horizontais, ao romper com uma coordenação hierárquica, coloca em cena novos atores, como os trabalhadores e, possibilita uma corresponsabilização para a construção de Redes de Atenção e processos de trabalho mais qualificados. Righi (2002) relata uma experiência de Colegiado Gestor que representava:

(...) um esforço para construir outras formas de gestão, e sua expressão no desenho da rede tenta fugir, tanto de alguns ‘perigos das pirâmides’, como do perigo da reprodução e do isolamento, que se traduz na impossibilidade de inserção em redes. (Righi, 2002, p. 138, grifos da autora)

Esta citação de Righi exemplifica o que o Colegiado de Saúde Mental ambicionava ser. A potência deste espaço vinha da troca entre as representações dos serviços e as dificuldades enfrentadas, em cada unidade que compunha a Rede, eram responsabilidade do município e não apenas da equipe. Em várias situações, trabalhadores de outras equipes intervinham em um dado serviço, tanto auxiliando no atendimento prestado, quanto apoiando de forma a contribuir, com um olhar externo, perante as demandas que um deles vinha enfrentando.

Por isto, era frequente a troca de profissionais entre as equipes, de acordo com perfil, habilidades, desejo e necessidade do serviço de acordo com seu momento.

Na minha experiência na gestão, percebi que muitas pessoas acreditam ser fácil e vantajoso ser gestor, alguns pensam que é mais fácil do que estar no atendimento diário com os usuários. E muitos ambicionam por isto. No entanto, quando se coordena um serviço, você está em um entre. Você é e não é trabalhador do serviço, você é e não é gestor. Tem um papel de tensionar os

colegas para cumprir sua missão enquanto CAPS ou SRT⁵ e, ao mesmo tempo, pressionar a gestão municipal para melhorar as condições de trabalho e de atenção. Mas as vantagens de estar no entre também existem, pois sentia-me parte do processo de construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental do município e, o melhor, acompanhava de perto as conquistas e as melhorias que os usuários e suas famílias tinham na sua vida.

No paradoxo do entre, encontrei mais questões, como, por exemplo, ter que optar entre qual serviço é prioritário para implantação no município, qual categoria de profissionais é emergente, onde lotá-los, etc. Sem falar em demissões e contratações de serviços. Tomadas as decisões, o serviço está aí, temos casa, equipe, uma estrutura básica... Todavia, como garantir que o cuidado em saúde⁶ da população seja de qualidade?

Estas decisões eram pensadas no Colegiado Gestor, algumas divididas com as equipes dos serviços, buscando sempre o maior número de ponderações possíveis para a decisão. Refletindo sobre este período, não sei se havia uma objetividade nas escolhas, mas havia um comprometimento ético e político com a Reforma Psiquiátrica, sabíamos onde queríamos chegar, contudo, não havia dados e informações que indicassem o caminho percorrer.

Esta falta de dados e informações – que possam ser indicadores comparativos entre diferentes dispositivos – pode ser importante quando se vive a disputa de lógicas de atenção. Existem muitas formas de cuidar de alguém, algumas fomentam a autonomia e o protagonismo do usuário na sua própria vida, possibilitando que ele experiencie seus conflitos, medos e sintomas no convívio

⁵ SRT são moradias protegidas para portadores de transtorno mental que tem história de institucionalização e com dificuldades nos vínculos familiares (Brasil, 2004b).

⁶ Neste texto, usarei o conceito de cuidar que vai para além do atender a da realização de procedimentos. Pinheiro (2009) define cuidado em saúde como “ação integral fruto do 'entre-relações' de pessoas (...), uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida” (p.113, grifo no original).

com a comunidade, familiares, rede social em que está inserido. No entanto, há outras que afastam a pessoa do seu próprio meio, que lhe dão um rótulo, um CID⁷ e, muitas vezes, o papel de incapaz. Ela fica à margem da própria existência, sem poder opinar e muito menos decidir como vai conduzir sua própria vida.

Como trabalhadora deste campo em disputa, inúmeras vezes desejei ter mais dados e informações que pudessem justificar a minha escolha na militância em Saúde Mental ou o modelo de atenção proposto pelo movimento da luta antimanicomial. Justificativas que pudessem dialogar com diversos perfis da população, com o senso comum, com setores administrativos, com os poderes judiciários, legislativo e executivo. Porém, os meus argumentos eram de uma outra ordem, careciam de objetividade (segundo alguns), atributo tão valorizado e com status de verdade para muitos segmentos da sociedade atual.

Mas como medir o cuidado em Saúde Mental oferecido a uma pessoa? E a seus familiares? E para que medir? E a quem interessa produzir conhecimentos quantificáveis sobre esta área de saber?

São inúmeras as possibilidades de respostas às questões acima, que variam de acordo com o modelo de atenção em saúde que está pautado. Merhy (1999) afirma que “o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos” (p.1). Sendo assim, é necessário saber qual a concepção de saúde e cuidado de quem responde.

A visão biologicista de atenção à saúde atende muitas demandas através da repetição de procedimentos, todavia, a intervenção no corpo de órgãos tem suas incapacidades em casos mais complexos, por desconsiderar outros elementos

⁷ O Código Internacional de Doenças (CID) foi elaborado para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2014c). Na área da Saúde Mental, é comum a pessoa – que recebe um CID, da área da Psiquiatria – perder sua identidade nos serviços de saúde, e até na sociedade, deixando de ser João, Maria, Pedro e passando a ser o esquizofrênico, o bipolar, o deprimido, entre outros CIDs.

fundamentais para a produção de vida. Como afirmam Merhy, Feuerweker e Cerqueira:

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida). (2010, p.2, grifos do autor)

Merhy (2002) faz uma analogia entre caixas de ferramentas e o que se utiliza na atenção à saúde. A caixa de ferramentas de um profissional de saúde é composta por saberes, recursos materiais e não materiais que serão utilizados de acordo com a necessidade e os objetivos estabelecidos. Para ele, tais caixas são as valises tecnológicas, que são classificadas em três tipos: tecnologia dura – o que está na sua mão – quando utilizamos equipamentos, insumos no cuidado em saúde; tecnologia leve-dura – o que está na sua cabeça – caracterizada no conhecimento que devemos ter para atender a necessidade de saúde daquele indivíduo; e, tecnologia leve – que está no espaço relacional trabalhador-usuário – e se caracteriza pelo ato de saúde que acontece na relação com o outro, algo que se dá no encontro singular do profissional com o usuário e tem como efeito a produção do cuidado em saúde. Entretanto, nem todo encontro trabalhador-usuário produz cuidado em saúde. Muitas vezes, seguimos protocolos, modelos enraizados que capturam e normatizam o momento, anulam a singularidade e o resultado é um encontro sem tecnologia leve, onde se utiliza somente a tecnologia leve-dura.

Vivemos um momento de grandes avanços tecnológicos, assim como, da publicização dos mesmos. A cada dia recebemos notícias de novos exames, novas medicações (tecnologia dura), observamos também, que o conhecimento técnico está em expansão, dados epidemiológicos e novas descobertas tem oportunizado

novos modos de agir na clínica (tecnologia leve-dura), apesar disso, não se pode afirmar que as pessoas estão sendo melhor cuidadas. É necessário reconhecer que a produção de cuidado não se reduz a estas duas tecnologias, pois há um agir tecnológico em saúde que está na construção dos processos relacionais intercessores (tecnologia leve).

Esta reflexão me faz lembrar uma situação que vivenciei quando coordenava o SRT e a tecnologia de cuidado utilizada nesse serviço de saúde foi chamada de “caridade” por um Promotor de Justiça. Uma moradora estava sofrendo um processo de interdição movido por familiares que não aceitavam que ela pudesse gerenciar seu próprio dinheiro. No entanto, não a queriam na sua casa argumentando que não tinham condições de cuidá-la. Com a ida dela para o SRT, os cartões de benefício ficaram na posse da equipe do SRT, o que fez a família abrir este processo de interdição.

Uma situação de angústia para a equipe e para a moradora, já que ocorre no primeiro ano do SRT e, além disso, estávamos em um transcurso de construção de autonomia da usuária. Ela vinha adquirindo pertences pessoais para sua própria casa, com planos de morar com o seu namorado, também morador do SRT.

Este caso nos mostra a fragilidade da cidadania das pessoas com história de institucionalização. Na nossa Constituição, toda a pessoa tem direito à ampla defesa. Sendo assim, alguém que foi processado tem direito a um advogado e pode escolher se vai contratar algum ou fazer uso da Defensoria Pública, quando a sua renda é compatível (Rio Grande do Sul, 2014b). A moradora, nesse caso, recebia dois salários-mínimos e tinha um valor acumulado pelos meses que morava no SRT. Quando soubemos do processo, pensou-se em contratar um advogado. Porém, fomos orientados a não fazer isto, pois era um processo de interdição e, se ela fosse considerada incapaz, ela não teria como pagar o advogado. E o que já tivesse sido pago, até o fim do processo, poderia ser considerado um uso indevido

e o SRT poderia ser processado por isto. Sendo assim, buscamos a Defensoria Pública.

Mais um momento delicado neste caso. Quando ela vai procurar a Defensoria (acompanhada de um profissional do SRT), somos informados que a Defensora Pública, como sua advogada, pediria a interdição. Argumentamos que ela deveria defendê-la e ouvimos que pedir a sua interdição era a defesa, já que ela era portadora de um transtorno mental. Apresentamos as leis que respaldam a Reforma Psiquiátrica, o projeto do SRT, mas tudo em vão, a profissional não tinha escuta e, coberta de conceitos moralistas e estigmatizantes, a defensora pública fez seu julgamento sem se preocupar com as consequências de uma interdição na vida daquela pessoa.

Não desistimos e fizemos contato com o Ministério Público e com o Poder Judiciário, buscando informar qual era a proposta de um SRT e o quanto a interdição era contra todo o trabalho que estávamos construindo com esta moradora. Desta vez, tivemos o mérito da dúvida e foram ao menos conhecer o Serviço, a moradora e conversar com ela sobre como estava a sua vida e quais eram seus planos para o futuro. Este processo foi se desenrolando e chegou o dia em que o Promotor deveria decidir se manteria a queixa, instaurando o processo de interdição da moradora do SRT ou não. Como Coordenadora do SRT, sou chamada para conversar com ele e escuto que era muito bonita a “caridade” que eu fazia com os moradores da casa, mas que haveria o processo de interdição. Alego que as ações desenvolvidas no SRT eram uma tecnologia de cuidado, mas minha argumentação não foi considerada.

Este fato demonstra as relações de poder que circundam as pessoas e as significações que envolvem o tema da Saúde Mental. Eu não tinha como fornecer dados objetivos que dialogassem com aquelas pessoas. A tecnologia usada no SRT é uma técnica de cuidado baseado na singularidade e na subjetividade que busca

a autonomia possível de cada morador. Será que isto tem como ser mensurado? E se tiver, através de quais estratégias, mecanismos, instrumentos?

Como dizer que uma pessoa está bem quando nos referimos a sua “Saúde Mental”? Podemos inferir que tem a ver com o número de internações? Ou quem sabe com a quantidade ou tipo de medicação? Ou com a gestão da medicação? Podemos dizer que quem não esqueceu nenhum dia de tomar a medicação, durante um ano, está bem? Mas quem de nós, ditos “normais”, nunca esqueceu de ingerir um comprimido qualquer? Eu poderia listar inúmeros critérios, tais como os aqui mencionados, mas nenhum deles daria a dimensão da produção de vida, da construção de sonhos e projetos singulares para o futuro que é a premissa da atenção baseada na luta antimanicomial.

Se o cuidado, ou melhor, a produção de vida que acontece a partir da relação entre duas pessoas (o usuário com sua necessidade de saúde e o profissional de saúde com sua valise tecnológica) fosse numericamente mensurado, a discussão e a afirmação de algumas políticas talvez estivessem estabelecidas. Mas nem tudo no mundo pode ser traduzido em letras e números, e a tentativa acaba reduzindo a complexidade da própria existência humana.

Em 2010, vou trabalhar em outro município, na região metropolitana do Rio Grande do Sul (RS), em um CAPS AD e, mais uma vez, estou em luta para defender o trabalho realizado. Quando se justifica a importância do tratamento ser na comunidade, tendo a internação como último recurso, surgem argumentos de que isto não dá certo, e são citados inúmeros casos de pessoas que ainda não estabilizaram seu quadro, usuários que continuam em uso abusivo de drogas, adolescentes que se mantêm em situação de rua. Sentia-me (junto com a equipe do CAPS) convocada a dar respostas imediatas e objetivas, tipo, “tomou, passou” como se a vida pudesse ser considerada de forma binária – tem ou não tem, é ou não é, fez ou não fez – como se o modo de viver de cada um de nós pudesse ser visto em uma só dimensão.

Na proposta de cuidado da Reforma Psiquiátrica, outras análises entram no jogo e dimensões tais como: quanto o usuário está vinculado aos serviços, quanto a família se sente apoiada pela equipe dos serviços e, também, quanto o usuário ampliou sua rede social e se apropriou do seu território de outra forma, são consideradas, enfim, outras perspectivas que falam de um outro campo de saberes, de um outro modo de cuidar, de um outro modo de se relacionar com o serviço e com sua própria vida.

Durante minha trajetória como trabalhadora e gestora na área da Saúde Mental, uma questão me tocava: como verificar o que se tem produzido de melhoria na qualidade de vida dos usuários e seus familiares, a partir da Reforma Psiquiátrica? Como identificar se um serviço é substitutivo⁸ ou apenas um novo nome para um serviço que mantém as práticas manicomial? Por todas as questões aqui levantadas, dúvidas e incertezas que tenho a respeito desse tema, minha intenção aqui é analisar como se dá a avaliação de serviços de Saúde Mental.

Parto do problema de como a numeramentalização⁹ se constitui na área da Saúde Mental, do movimento da Reforma Psiquiátrica às Políticas de Saúde Mental¹⁰. Tomo como ponto de partida as avaliações de serviço para discutir como um saber se estabelece. Para isso, fiz uma pesquisa documental onde analisei as

⁸ Serviços substitutivos são os serviços que preconizam a substituição do modelo manicomial. Devem oferecer uma atenção integral, humanizada, que fortaleça a cidadania do usuário de Saúde Mental e evite a internação psiquiátrica (Guimarães et al, 2001).

⁹ Numeramentalização é um neologismo criado por Bello (2012a) para designar uma combinação entre as práticas de numerar, medir, quantificar, seriar, contabilizar e a arte de governar considerando o conceito de Foucault de Governamentalidade (Foucault, 2008). O autor também utiliza o termo numeramentalidade para designar o mesmo conceito. Sobre este conceito, me deterei mais na seção Números, Evidências e Quantificações na Arte de Governar em Saúde.

¹⁰ Utilizo a expressão no plural por compreender que existe mais de uma Política de Saúde Mental. Embora a Lei 10.216 seja um marco na área de Saúde Mental, a organização das ações e serviços se deram por outras normativas e portarias. Algumas, inclusive, contradizendo outras, e algumas com pouco tempo de duração, já que estão à mercê da gestão. Sobre esta questão, dedicarei uma seção da Dissertação, Políticas de Saúde Mental: hibridismos e ambivalências.

práticas discursivas e não discursivas de como a avaliação vem se constituindo na área da Saúde Mental.

Para Foucault (apud Fischer, 2001), o discurso não é apenas a expressão de ideias, falas ou pensamentos, significa falar seguindo determinadas regras e observando as relações que se dão dentro do discurso. Tal análise não tem como intenção buscar a verdade ou o que está escondido nas falas, pois os discursos são as estratégias que utilizamos para compreender o mundo e falar dele (Veiga-Neto, 2011). Importante ressaltar que, para Foucault, o discurso é subjetivo e ao mesmo tempo subjetiva (Veiga-Neto, 1995).

Para a problematização desse tema, utilizo duas linhas reflexivas: como a avaliação de serviços de saúde tem adquirido relevância nas Políticas Públicas de Saúde? E como a numeramentalização se estabelece como um ato de governar também na Saúde Mental? A partir destas questões, analisei os discursos que se enunciam em documentos normativos das Políticas de Saúde Mental



CAMINHOS POSSÍVEIS
PARAS AS QUESTÕES

CAMINHOS POSSÍVEIS PARAS AS QUESTÕES

No começo, foi difícil delimitar a questão de pesquisa e traçar os objetivos do meu trabalho, mas aos poucos a Dissertação tomou forma, as questões e o tema foram se definindo. Ao refletir sobre isto, penso que esta nebulosidade que me cercou é como a sensação de estar com fios enosados em um novelo de lã, onde o todo está ali, mas não se sabe por onde começar a desconstruir estes nós. Esta sensação não é à toa, tem relação com o tema que abordo e as contradições que percebo existir sobre o tema da avaliação, ainda mais quando não se tem a intenção (nem a audácia) de estudar indicadores e metodologias tão facilmente desejáveis por muitos (de nós, inclusive).

Tranquilizo-me (um pouco) das inquietações ao ler o texto de Pelbart (1991), apresentado em um encontro em São Paulo em comemoração ao Dia da Luta Antimanicomial de 1989, onde ele problematiza a própria encomenda do encontro, e justifica que a problematização não incide em uma recusa ou aceitação, mas em uma radicalização, para que se compreenda seus limites e se amplie o seu alcance.

(...) a cada vez que se tenta problematizá-la em profundidade, uma vertigem se insinua no discurso, como a de querer mostrar que talvez se esteja enriquecendo o pensamento, mas paralisando a ação. Risco constrangedor, sem dúvida, o de ver um questionamento radical funcionar como um dormente ideológico. (...) quando há coragem de levar as questões até seu extremo, aí o pensamento necessariamente deixa de ser um sonífero da prática para tonar-se ele mesmo ato político. (Pelbart, 1991, p.131)

Então, busco nesta pesquisa conhecer como vem ocorrendo o processo de numeramentalização na área de Saúde Mental e a institucionalização da avaliação de serviços de saúde, fazendo um contraponto com cenas

representativas de histórias do trabalho, questionando o quanto as avaliações de serviços podem, efetivamente, medir o cuidado.

Debruço-me sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica e as práticas de Avaliação de Serviços de Saúde, buscando a singularidade dos acontecimentos que foram constituindo estas duas áreas e as relações de saber-poder imbricadas neste processo. Sem procurar a origem ou a finalidade, ou ainda, uma forma linear de recontar esta história, busco explorar diferentes cenas, distintos papéis, marcas sutis que posso encontrar em documentos históricos e produções acadêmicas.

Nesta (des)construção metodológica, fui fonte e pesquisadora. Para explicar melhor utilizo as palavras de Larrosa (2002) e de Foucault (2010).

Afirmo ser fonte porque as reflexões feitas no texto partem da minha experiência, como explica Larrosa (2002), “experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (p. 20). A experiência é diferente da informação, pois uma é quase a antítese da outra. No mundo atual, temos acesso a muitas informações, mas falta tempo para ter experiências, trabalhamos em excesso, o que tem nos deixado pobres de experiências.

Foucault (2010, P.289) define experiência como “qualquer coisa de que se sai transformado”. Em entrevista à Duccio Trombadori, ele afirma ser um experimentador e não um teórico, explica que o teórico deduz, analisa e aplica de maneira uniforme em diferentes campos. Foucault (2010) diz que escreve para expressar o que pensa e não para afirmar o que sabe, que só escreve por não saber, sendo que seu texto o transforma e transforma o que ele pensa.

Então, nesta perspectiva, não é só a experiência que está em pauta, mas também o sujeito da experiência que Larrosa (2002) define como:

(...) algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns

afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos (...) o sujeito da experiência é um ponto de chegada, um lugar a que chegam as coisas (...) é sobretudo um espaço onde tem lugar os acontecimentos. (p.24)

Para estes autores, a experiência não se relaciona com o estabelecimento de verdades, prática comum da ciência moderna que se apoia na objetividade do conhecimento. Ao contrário, o saber que se constitui a partir da experiência é existencial, singular e relaciona-se com a própria vida.

Inspirada no que instigam os autores acima, proponho um desenho de pesquisa baseado nas minhas histórias e nas tramas possíveis entre as próprias histórias e as informações encontradas em pesquisa documental. Desejo que a leitura desse texto possa fazer sentido (ou um não sentido) e, assim, produzir afetos, subjetivações e um pensar diferente, enfim, “que funcion[e] como uma experiência para aquele que o escreve e para aquele que o lê, bem mais do que como constatação de uma verdade histórica” (Foucault, 2010, p.289).

Um outro apontamento importante, além de assumir o papel de pesquisadora e fonte, é reconhecer que sou um sujeito implicado e militante, nesta pesquisa. Merhy (2004) aborda, em um de seus textos, a importância de perceber o saber de um pesquisador implicado e militante. Que os modelos de pesquisa tradicionais não contemplem a investigação de um sujeito que é parte do processo que ele analisa, que é, ao mesmo tempo, sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. Nos dias atuais, tem sido mais comum trabalhadores de saúde e até usuários buscarem grupos de pesquisa para estudarem seus próprios processos de intervenção, eles trazem a sua implicação antes da situação epistêmica. Assim, a configuração do trabalhador-pesquisador marca um lugar do sujeito militante implicado (Merhy, 2004).

O saber militante pauta o desafio de construir novos modos de agir, ele é particular e público, auto-analítico, individual e coletivo. Neste tipo de estudo, metodologicamente, é importante contar com dispositivos que interroguem o

sujeito, colocando sob análise o seu agir cotidiano e produzindo novas significações, como afirma Merhy (2004):

(...) o incomodo que mobiliza é também material de análise para possibilitar o conhecimento de mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte. O saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para. (p.23)

Nas tramas da minha pesquisa, há um sujeito militante e implicado que parte de incômodos do cotidiano de trabalho para questionar o fazer e propor (até mais, propor-se) outros modos de ver, analisar e pensar o seu trabalho.

Nesta pesquisa, também há buscas objetivas por documentos que possam apontar dados históricos e discursos sobre a avaliação. Para isso, realizei pesquisa documental através de publicações nacionais e internacionais sobre a construção das Políticas de Saúde Mental e a Avaliação de Serviços de Saúde Mental. Para a pesquisa dos documentos, utilizei a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e a Base de Periódicos da CAPES, assim como, o Diário Oficial da União.

Para compor e analisar o saber da experiência e o saber da pesquisa, me inspirei em Paraíso (2012) e parti do pressuposto que toda verdade é uma criação e, tal como ela, seguindo alguns dos conceitos foucaultianos, ousou dizer que existem regimes de verdades que se constituem a partir dos discursos proferidos por uma dada sociedade. Assim, tudo o que li, escutei e analisei foram problematizados a partir da dúvida instaurada de como estes discursos se tornaram verdadeiros e que discursos foram excluídos para que estes fossem assimilados. Para isto, foi necessária uma observação das relações de poder, das relações históricas, de como os discursos se relacionam, se articulam, problematizam e disputam as verdades neles instauradas.

Paraíso (2012) apresenta as estratégias descritivo-analíticas que utiliza nas suas pesquisas, que serviram de guia para o meu percurso investigativo.

- a) articular e “bricolar” – cavar, produzir, fabricar a articulação dos saberes e bricolar de acordo com o que surgir no estudo, já que não tem um método pré-estabelecido que devo seguir;
- b) ler – ler atenta e demoradamente para saber o que já foi produzido, o que se junta e o que se separa do que já foi produzido sobre o tema, que significados e associações encontramos;
- c) montar, desmontar e remontar o já dito – conhecer o que já foi dito sobre o tema para suspender verdades, entender como funcionam e identificar o que faz surgir certos discursos, práticas e saberes;
- d) compor, decompor e recompor – ler demoradamente a teorização que escolhi para pesquisa, ler para fazer conexões inesperadas. Dedicar-se à leitura de conceitos que me ajudem a fazer perguntas, questionar o material e multiplicar sentidos;
- e) perguntar, interrogar para, com os materiais que serão analisados, realizar uma série de perguntas que serão balizas para o estudo, como por exemplo, como isso funciona? Que relações estabelece com outros discursos, em tempos e locais diferentes? Quem está, neste discurso, autorizado a falar ou a prescrever? Que modos de subjetivações estão em funcionamento neste discurso? Quais continuidades e descontinuidades posso traçar?
- f) descrever – realizar uma descrição minuciosa e detalhada para a partir dela demonstrar as relações que identifiquei, explicar as condições históricas em que uma verdade é tomada como tal, as transformações ocorridas, as potências e fragilidades dos discursos, práticas e saberes;
- g) analisar as relações de poder para realizar uma análise–descritiva das relações de poder que operam na produção de saberes, como se constitui um saber, historicamente, e como ele é utilizado nas práticas atuais;

h) multiplicar para ampliar os sentidos dos textos, discursos, materiais que investigo. Buscarei dar visibilidade para outros e novos olhares sobre o tema da pesquisa, indo contra a prática de estabelecer apenas um ponto de vista;

i) poetizar para me permitir ter a liberdade da inspiração, da criação, da coragem e da ousadia e, assim, criar outros sentidos através da transgressão, da subversão e da multiplicação;

j) estar à espreita, manter-me sempre alerta, abrir-se a encontros para que estes menos levem a um caminho para outras possíveis invenções.

Diferente de uma metodologia de pesquisa, apresentei nesta seção como compus meu mapa, ou melhor, meu itinerário de pesquisa, quais os sinalizadores escolhidos para pensar minhas questões e atingir o objetivo a que me propus. Neste mapa, escolhi um dos vários itinerários possíveis, o qual me possibilitou ver de uma forma. Mas aviso: como em toda pesquisa, nossas escolhas pontuam o que é possível ver, sem determinar uma verdade sobre o objeto estudado.



DOENÇA MENTAL:
DIVERVOS MODOS DE TRATAR

DOENÇA MENTAL: DIVERSOS MODOS DE TRATAR

Começo este capítulo contando a história de Margarida, uma senhora que conheci no SRT. Talvez, até já a tivesse visto antes, quando fui realizar vistoria na casa asilar em que ela morava, mas era tanta gente, tantas pessoas em leitos, com fome e precisando de cuidados pessoais que, no dia da vistoria, não fixei ninguém!

Margarida era considerada louca por seus familiares, assim como um de seus filhos, o Pedro que (embora tivesse apenas 40 anos), morava com ela na casa asilar que foi interditada. Ela tinha um namorado, o Luís. Ele era jovem, na mesma faixa etária que o filho de Margarida, também estava na casa asilar por ser considerado doente mental.

Quando Margarida foi morar com seu filho e namorado no SRT, após a interdição da casa asilar onde moravam juntos, a vida passa a ser diferente, pessoas começam a perguntar do que ela gosta, a deixam escolher sua roupa, ou melhor, agora ela pode comprar roupas novas... inclusive pode sair para almoçar em um restaurante! Dona Margarida adorava ir a restaurantes!

O tempo foi passando, Margarida sempre doce e alegre, sua idade lhe trouxe alguns problemas de saúde, estava com dificuldade de respirar e começa a revesar entre a sua casa (o SRT) e as internações no hospital.

Mais de um ano de SRT e, neste verão, os moradores decidiram que passariam um final de semana na praia. Margarida confessa que não conhecia o mar e que este era um dos seus sonhos. O grande dia chega, vamos para a praia e Margarida, mesmo com a saúde fragilizada, é liberada pelo seu médico pneumologista para nos acompanhar. Chegamos na pousada, cada um vai conhecer seu quarto, outros dão uma volta pela praia e alguns se encarregam de ajudar na preparação

da alimentação... descobertas, risos, ansiedade... um misto de coisas que inundava os usuários e equipe!

À noite, Margarida passa mal e é acompanhada até o hospital, mas pela manhã é liberada, e com o táxi que a buscou no hospital, vai até a beira da praia. Ela desce do carro, olha aquela imensidão, troca algumas palavras, falando da beleza, do medo e da satisfação de, enfim, ter conhecido o mar.

Dois meses depois Margarida morre!

A vida de Margarida é um exemplo dos modos de cuidados dos diferentes momentos históricos, que sinalizam como foi o manejo da doença mental. No livro *História da Loucura*, Foucault (1995) descreve como algumas doenças ganharam um espaço de exclusão na sociedade. Desde o final da Idade Média, os leprosos eram abandonados como forma de salvação para eles e para aqueles que os excluía. Desaparecida a lepra (ou esquecida na memória), as estruturas de isolamento permaneceram e, séculos depois, passam a ter o mesmo uso, separando da sociedade os pobres, vagabundos presidiários e “cabeças alienadas” (Foucault, 1995, p.6).

No capítulo “*Stultifera Navis*” (Foucault, 1995), há uma descrição de como se agia com a loucura: pessoas consideradas “loucas” eram confiadas a barqueiros que as transportavam de uma cidade a outra, sem destino certo. Eram “cargas insanas” que peregrinavam em busca da cura. Nesse ir e vir, muitos desfechos eram possíveis: uns retornavam a suas cidades, outros desciam em outros portos e seguiam sua peregrinação sem uma alternativa de cura para tal “loucura”. A “*Nau dos Loucos*” assombrou a imaginação de muitos durante a primeira parte da Renascença na Europa Ocidental.

Na Modernidade, com a premissa cartesiana “penso, logo existo”, a loucura é banida do exercício da razão, destituída de qualquer valor de verdade, havendo um novo exílio, o do mundo do trabalho. Com o desenvolvimento industrial, vem

o internamento de toda espécie de miseráveis (e estrangeiros ou estranhos, como o caso dos escravos africanos), onde o trabalho forçado tinha uma função moral e econômica. Neste momento, a figura do louco passa a se destacar pela dificuldade de adesão às regras de trabalho e à vida de grupo.

No início do século XIX, há o retorno ao convívio social da maior parte desta população segregada, permanecendo enclausurados apenas os loucos, já que eram considerados perigosos e improdutivos. A partir disto, inicia-se a construção dos saberes médicos psiquiátricos, que define o louco como doente mental e proclama a necessidade de um espaço exclusivo para o tratamento da sua doença.

Voltando à Margarida, trago sua história aqui novamente para pensarmos o quanto os momentos históricos não são estanques, não quando pensamos na loucura. Vou contar um pouco da casa asilar que ela estava antes de ir para o SRT.

Com o Estatuto do Idoso, começou, no município em que eu trabalhava, a ação de vistoriar todas as casas de longa permanência para idosos com o objetivo de verificar se estavam em condições de acolher idosos e, a partir disto, estabelecer termos de ajustamento de conduta entre as instituições de longa permanência e o Ministério Público Estadual. A casa asilar que Margarida morava era bem conhecida, ficava na região rural da cidade, de difícil acesso. Havia denúncias de maus-tratos no local. Chegamos lá pela manhã, era apenas uma vistoria, mas sabendo que não tínhamos como prever o que encontraríamos, fomos com uma equipe ampla, para poder atender as demandas que surgissem.

Não vou me deter agora em como foi a vistoria, ela será detalhada na seção Avaliação de Serviços de saúde Mental em uma perspectiva mundial, no entanto, saí daquela casa asilar lembrando dos textos de Foucault, especialmente da *Nau dos Loucos* (1995). Estávamos no ano de 2005, mas tinha a sensação de ter conhecido um dos portos longínquos onde os loucos eram deixados à sua própria

sorte. Naquele espaço, não tinha cuidadores, que os acolhessem. Era um porto, circundado por quilômetros de terras, tão intransponíveis como as águas dos mares que a Nau navegou. Como naquela época, a loucura era levada para longe dos olhos da sociedade. Amarras geográficas os deixavam longe de tudo e de todos (ou de quase tudo e de quase todos).

Na História da Loucura, Foucault (1995) nos mostra que, com os saberes psiquiátricos, surgem outras formas de amarras, sendo rompidas as correntes que prendiam fisicamente os loucos. O louco moderno precisa ser vigiado pelos seus gestos, rebaixado de suas pretensões e ridicularizado, surgindo a disciplina como tratamento e a violência deliberada é substituída pela violência velada.

Destarte, inicia-se a Psiquiatria, onde os procedimentos que a compoem são o controle e a disciplina, tendo uma ação social e moral. O psiquiatra é aquele que trata o paciente e protege a sociedade em relação a ele, fazendo coexistir punição e tratamento. Segundo Foucault, em *Os Anormais* (2001), a Psiquiatria não funciona como uma especialidade de saber e teoria médica, no século XIX:

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. (p. 148)

O autor também aponta que a classificação e observações clínicas feitas em relação à loucura serviram para que o sistema de precaução social se justificasse pelo saber médico:

Foi preciso, por um lado, codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticas, observações, fichas clínicas, etc.) que aproximam o mais possível essa higiene pública, ou essa precaução social que ela era encarregada de garantir, do saber médico e que, por conseguinte, permitem fazer esse sistema de proteção funcionar em nome do saber médico. (Foucault,

2001, p. 148)

Castel (1978) aponta que a medicalização da loucura acaba por gerar mais problemas do que resolvê-los e o status de alienado perdurou por mais de um século. Foucault (2001) aponta que a Psiquiatria, enquanto “medicina da alienação”, captura uma loucura que talvez nem fosse doença, estabelecendo um poder sobre os loucos e um discurso sobre a doença, sendo que o louco passa a ser objeto, passa ser a doença, que garantirá o poder médico da Psiquiatria.

Um outro aspecto importante é que a medicalização da loucura não se dá apenas na relação médico-doente, pois um outro mandato social ganha força, a partir de práticas centradas na hospitalização (Castel, 1978). O importante é a relação medicina-hospitalização que resgata o modelo asilar, fortalecendo as instituições totais, como o hospital.

Uma diferença que se encontra entre a hospitalização de outros doentes e dos alienados é que, se considera que o hospital tem o papel de tratar, enquanto que, para os alienados, a hospitalização é o remédio (Castel, 1978). Assim, o enclausuramento se dá a todos os desviantes, como mendigos, indigentes, entre outros, enchendo hospitais e assemelhando-os a casas de detenção.

No final do século XVIII, um novo personagem entra em cena: Pinel. Segundo Castel (1978), através da sua prática profissional, Pinel instaura uma sistemática de assistência e tecnologia hospitalar. Ele não foi o primeiro, nem o único a buscar a reforma do modelo asilar, entretanto, ele consegue mostrar claramente uma classificação e a redução do alienismo. Pinel propõe três dimensões que caracterizarão o tratamento moral: a classificação do espaço, construindo uma sistematização de distribuição dos doentes; a organização nosográfica das doenças mentais; e, a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente. O próprio Pinel, segundo Castel (1978), nomeou tais mudanças como Reforma Administrativa.

Ao longo dos séculos, diferentes formas de tratamentos foram propostos em

diferentes países, consolidando o conhecimento da Psiquiatria. Todavia, estes processos cronológicos não são lineares nem comuns a todos os países. Há disputas entre diferentes modos de se tratar a doença mental que podemos observar até os dias de hoje. Houve e há uma competição entre modelos que apontam o manicômio como instituição de cura, e outros que propõem estratégias preventivas e comunitárias, visando a promoção da Saúde Mental individual e coletiva (Amarante, 1995).

No Brasil, o tratamento da doença mental seguiu, por muitos anos, o modelo hospitalocêntrico/manicomial, onde o hospital psiquiátrico era a única forma de assistência, estigmatizando e cronificando os sintomas da doença pela institucionalização. Os doentes mentais foram submetidos a longas e repetidas internações, onde era exercido o controle sobre eles através do enclausuramento e a intervenção medicamentosa, sendo elas muitas vezes de forma punitivas e não terapêuticas.

Até a década de 1990, os investimentos públicos eram voltados para a internação, sendo algumas de caráter permanente. Nestas instituições, os direitos dos indivíduos eram desconsiderados, tendo como consequência a degradação da pessoa, gerando um quadro crônico de alienação, quase irreversível que poderia ter sido causado pela doença ou simplesmente pela institucionalização. Contudo, as mudanças que aconteciam pelo mundo em relação ao modelo de atenção ao doente mental também produziram mudanças em âmbito nacional.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasileira

Novos paradigmas mobilizaram profissionais, usuários e familiares para contestar a forma de tratamento disponibilizado a pessoas portadoras de uma doença mental. Marcos legais importantes, que fortaleceram este movimento, são a Declaração de Caracas (OMS, 1990) que propõe a reestruturação da assistência

psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, e a Ata da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1991, que trata da proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à Saúde Mental (ONU, 1991).

A Declaração de Caracas indica a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada à Atenção Primária em Saúde¹¹ (APS) e propõe modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro das redes sociais. Ela critica o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, indicando recursos, cuidados e tratamentos, que visam manter o enfermo no seu meio comunitário e afirmando a necessidade de leis nacionais que promovam a organização de serviços comunitários de Saúde Mental.

Na Ata da Assembleia Geral (ONU, 1991), encontramos a preconização de um tratamento à pessoa portadora de doença mental, que preserve e amplie sua autonomia. Os serviços de Saúde Mental, disponibilizados a estas pessoas, devem aproximar-se tanto quanto possível das condições de vida normal de uma pessoa qualquer, na mesma faixa etária.

No Brasil, a luta pela efetivação dos direitos das pessoas portadoras de doença mental de serem atendidas na comunidade, na sua rede social e garantindo condições de vida semelhantes a de uma pessoa com a mesma faixa etária, se dá através de movimentos sociais, que lutam para implementar e garantir um cuidado integral aos portadores de transtorno mental. A mobilização, que seria chamada posteriormente de Movimento da Luta Antimanicomial, se constitui no final da década de 1970 e apresenta, como pauta de reivindicações, em substituição ao modelo asilar e manicomial, a criação de uma rede de serviços territoriais. Este movimento social luta por um redirecionamento da atenção e vai delineando a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

11 Neste estudo, parto do entendimento de que, no Brasil, a APS está organizada com o nome de Atenção Básica (AB). Portanto, APS e AB, neste texto, serão usadas como sinônimos.

O Movimento da Luta Antimanicomial teve como precedente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que, além de almejar serviços territoriais de Saúde Mental, também lutava pela mudança do imaginário social sobre a loucura (Barbosa, Costa, Moreno, 2012). O Movimento da Luta Antimanicomial não se configura como sendo o único movimento social do ideário da Reforma Psiquiátrica, no entanto, foi o mais importante e abrangente ator social no processo (Amarante, 2008).

Como ação política, temos dois movimentos importantes: o primeiro, o Movimento da Luta Antimanicomial com base na sua autonomia e maior sustentação na sociedade civil (trabalhadores, usuários e familiares). O outro, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, mais amplo que o anterior, institucionalizado através de articulações do campo universitário, de trabalhadores e da gestão estatal (Vasconcelos, 2010). Diversas vezes estes termos se confundem ou são utilizados como sinônimos.

No processo histórico da Reforma Psiquiátrica, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, assim como as edições do Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, constituíram-se como dois momentos importantes de mobilização social. Promoveram modificações importantes, como a inclusão de grupos dentre os procedimentos na área de Saúde Mental na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), através da Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991 (Brasil, 1991), e também a regulamentação de repasse financeiro a serviços ambulatoriais e hospitalares, através da Portaria Nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 1992), que estabelece diretrizes e normas para atendimento ambulatorial em Saúde Mental, tornando possível a criação de novos serviços (Amarante et al, 2012).

Petuco (2010) explica a diferença e relação do Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, como uma sendo parte da outra e com importâncias separadas:

A Luta Antimanicomial é o movimento da vida transbordando, transformando a realidade com rebeldia e paixão, enquanto que a Reforma Psiquiátrica é quando tentamos dar contornos a este movimento vital, cristalizando-o em uma lei, a Lei Paulo Delgado. É importante defender o que está na lei? Claro que sim! Mas talvez seja ainda mais importante defender este espírito rebelde e transformador presente na Luta Antimanicomial. (2010, p.3)

A fonte de inspiração do Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a Reforma Psiquiátrica Italiana que, através da Lei 180 de 13 de maio de 1978 (Itália, 1978), acaba com o modelo asilar de atendimento às pessoas com transtorno mental e rompe com os saberes e as práticas psiquiátricas tradicionais.

No Brasil, em alguns Estados, foram aprovadas leis que previam a extinção gradual dos manicômios e a implantação dos serviços substitutivos. Tal como já indicado, o Rio Grande do Sul, um dos Estados pioneiros na implantação do novo modelo, seguindo os precedentes da legislação italiana, criou a Lei Estadual 9.716 de 7 de agosto de 1992, que materializa uma visão humanizada no atendimento ao portador de transtorno mental e que não pactua com práticas de exclusão e segregação (Rio Grande do Sul, 1992).

A Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, em 2001, propõem projetos demonstrativos de serviços comunitários em Saúde Mental mais sensíveis às necessidades da população e que preconizam a acessibilidade, a permanente disponibilidade, a abrangência, a coordenação, a autonomia e a emancipação dos pacientes, a eficiência, a equidade e a responsabilidade (OMS, 2001).

Uma década depois das legislações estaduais, o Brasil passa a ter uma legislação federal sobre a Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001, a qual recomenda que o portador de transtorno mental deve ser tratado com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, 2001).

Mas o que muda, de fato, na atenção à Saúde Mental para além das leis e portarias?

O que se percebe, na história brasileira, é que a Lei Federal regulamentou outros serviços, aumentou o investimento financeiro, feito pela federação, em serviços ambulatoriais, deslocando recursos financiamento hospitalar. Contudo, a Reforma Psiquiátrica não é apenas uma mudança no local de atendimento, é uma mudança de lógica, de concepção de vida e de sujeito, onde se propõe que a sociedade possa lidar com a loucura e com o diferente de uma outra forma, aceitando-o, sem estigmas ou preconceitos. Os serviços substitutivos, por si só, não garantem que estas mudanças aconteçam de fato, se não houver uma mudança nas práticas de cuidado.

Houve, e ainda está acontecendo, uma expressiva ampliação de CAPS em todo o Brasil, para atender portadores de doença mental, especialmente os com transtornos severos e persistentes em regime de atenção diária, buscando substituir as internações psiquiátricas. Mas o que acontece é que muitos serviços não estão preparados para atender a crise e/ou evitar internações e cumprir sua missão institucional. Sem falar que os profissionais, mesmo os trabalhadores de CAPS, reproduzem as conhecidas práticas manicomiais. Estas práticas não são diferentes em outros serviços substitutivos como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e as Unidades de Internação em Hospital Geral (UHG).

Para que os serviços substitutivos (CAPS, SRT, UHG, Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda, etc.) façam a diferença, deveria haver um deslocamento do foco, passando a ser centrado no cuidado, no usuário. Um serviço que não consiga acolher, escutar e ter empatia com o usuário, entendendo que ele deve ser o protagonista da sua vida, certamente reproduzirá as velhas práticas das instituições totais, onde as pessoas portadoras de doença mental não são vistas como pessoas de direito.

Os serviços substitutivos deveriam ter a relação terapeuta-usuário centrada no

acolhimento dos familiares e usuários que buscam atenção e cuidado. O vínculo se dá na humanização da relação, respeitando a capacidade crítica da escolha e a responsabilidade integral pela atenção aos sujeitos, considerando a especificidade de cada população. Esta atenção inclui o indivíduo, a família e a comunidade.

A Reforma Psiquiátrica pauta um novo modo de agir em saúde e as leis, portarias e normatizações incentivam a ampliação de novos equipamentos que possibilitam outras formas de vínculo do usuário com o território, (re)construindo uma rede social.

Na minha experiência profissional, vivenciei diferentes realidades de trabalho em serviços substitutivos, uns com mais recursos, outros com menos, uns com equipes completas de acordo com a Portaria n.º 336/GM (Brasil, 2002a), outras que mesmo sem ter o número de profissionais conforme indica a legislação, se propunha a ofertar um cuidado integral e de portas abertas. Embora as realidades fossem distintas, o que havia em comum era a implicação dos profissionais, se constituindo enquanto equipe¹², para que o serviço cumprisse sua missão de evitar a institucionalização, através de repetidas internações psiquiátricas e, acima de tudo, ser um espaço de produção de vida. Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) apontam que ampliar o olhar e a escuta interfere na compreensão dos trabalhadores em relação ao sofrimento. Com isto, também, há a possibilidade do usuário ser colocado na posição de agente ativo do encontro entre ele e o cuidador, apropriando-se da produção da sua saúde. No encontro entre o usuário e o cuidador, ocorre mútuas afetações, um trabalho vivo em ato¹³

12 Quando me refiro à equipe, utilizo o conceito de Peduzzi (2001) de equipe integração, onde vê-se a integração do trabalho com ações articuladas e interação dos agentes. Em contraposição, a autora apresenta outro tipo de equipes de saúde, a equipe agrupamento, onde ocorre a justaposição de ações e apenas o agrupamento de pessoas.

13 Para explicar o conceito de trabalho vivo em ato, Merhy e Franco (2009) utilizam como analogia o trabalho em uma montadora de carros. Um montador vai montar um carro e precisa de alguns elementos, um deles é uma placa de aço. O ato de montar o carro é o trabalho vivo, a placa de aço, é um trabalho feito antes, que só chega através do produto, que é o trabalho morto. Na saúde, o trabalho vivo em ato é “o trabalho humano no exato momento em que é executado

de articulação de saberes, onde oportuniza-se a negociação entre usuários e trabalhadores na programação de ações cuidadoras.

O cuidado em Saúde Mental, assim como na saúde em geral, de ser mais que a execução de procedimentos. Um CAPS não é bom só por que realiza visitas domiciliares, atendimentos de grupo, psicoterapia, etc. As atividades citadas, em si, não garantem que usuários e familiares (também sujeitos a serem cuidados nos serviços substitutivos) estejam realmente participando da construção do projeto de cuidado e sendo escutados em suas necessidades. Ferla (2007) refere a capacidade de escuta por parte dos trabalhadores como um dispositivo de cuidado, refere também que, a partir da escuta, dever-se-ia propor intervenções e práticas de saúde centradas nas necessidades do sujeito.

Merhy (1999, 2002, 2004) já mencionava que cada ato de cuidado é um encontro. Sem ter como ser previsto ou antecipado, requer do trabalhador, tal como citado anteriormente, uma valise de ferramentas (Merhy, 2002) que disponibilize tanto tecnologias duras, tecnologias leve-duras, quanto tecnologias leves, sendo o uso destas tecnologias, de uma ou outra, atrelado às necessidades, ao momento, ao que foi produzido naquele encontro, e também, às singularidades dos sujeitos e as suas histórias de vida.

É comum, nos serviços de saúde, ter usuários que buscam frequentemente a unidade com uma mesma queixa. Realizam repetidos atendimentos sem que haja mudanças na sua vida. Os trabalhadores de saúde, por já conhecerem o usuário e suas queixas, nem o escutam. Parece ser comum que a equipe pense, diante de determinados usuários: não tem mais o que fazer. Afinal, ao que parece, os trabalhadores não conseguem perceber a diferença de um e outro momento na vida do usuário.

No entanto, a cada novo encontro, quando se acredita que é possível cuidar de

e que determina a produção do cuidado. " (p.282)

alguém, deve-se descronificar a maneira de ver a situação, colocar em movimento antigas concepções, pensamentos e focar na escuta da necessidade do usuário, perceber a diferença que existe em cada encontro. O encontro que produz cuidado aposta na possibilidade de construir a diferença onde não se percebe movimento (Merhy; Feuerwerker; Cerqueira, 2010). Esta diferença vem quando são questionadas as certezas, o que já foi feito, a crença de que só tem uma forma de lidar com o sofrimento do outro. Estas certezas, assim como a instabilidade, podem ser do trabalhador, da família e do próprio usuário. É necessário permitir que exista um espaço para que o usuário possa se mostrar e sinalizar o que realmente lhe importa na vida.

No primeiro desenho de Rede, proposto a partir da Lei 10.216 (Brasil, 2001), os serviços substitutivos serviram como âncoras para que se entendesse o que era a proposta de uma Rede de Atenção em Saúde Mental. Todavia, alguns serviços cristalizaram-se, enCAPSularam-se¹⁴, prestando atendimento burocratizado, centrado nos sintomas, no diagnóstico, desconsiderando a cidadania e a singularidade dos usuários, reeditando práticas manicomiais.

Rotelli (2014), quando aborda a mudança que deve haver para que realmente a Reforma aconteça, traz o conceito de instituição inventada como aquela que deve se ater à existência-sofrimento e suas relações com o corpo social, que não pode haver uma separação entre o que há no físico-mente da existência global e complexa deste usuário.

Para marcar a diferença entre o manicômio e o cuidado nos serviços substitutivos, temos a clínica do cotidiano, onde os serviços deverão ter as portas abertas para que o portador de transtorno mental possa sair e, ao mesmo tempo, para que a sociedade possa entrar, e assim confrontar seus mitos em relação à loucura. A partir da clínica do cotidiano, do cuidado no território e dos serviços substitutivos,

14 Entre os profissionais militantes da Luta Antimanicomial, são utilizados trocadilhos, tais como: “enCAPSular” e o “CAPScômio”, que descrevem o receio de que serviços substitutivos não consigam evitar a institucionalização e reproduzam o modelo manicomial.

busca-se a criação de uma rede de relações sociais para o usuário, que promova a autonomia e, assim, a possibilidade de uma reabilitação psicossocial. Porém, devemos ter cuidado, tal como nos chama atenção Saraceno (2001a), já que:

A reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes os fracos (...) é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir no mesmo cenário que os fracos. O que é uma coisa completamente distinta do que se vem pensando, ou seja, não estamos lutando para tornar forte o paciente que tem a desabilidade, mas sim permitir a quem não é forte de estar na cena onde eles estão. (p. 151)

O conceito de reabilitação apresentado acima pauta o tipo de lógica que deve operar na relação de cuidado oferecido nos serviços, tais como CAPS, SRT, etc. Muitos serviços substitutivos (diferente do conceito de reabilitação psicossocial de Saraceno apresentado acima) buscam adaptar o usuário às normatizações da sociedade em que vivemos, reprimindo o jeito tão singular do portador de transtorno mental de estar no mundo. Muitas vezes, são exigidas do usuário condutas que não são seguidas pelos próprios trabalhadores. Lembro de uma situação em uma reunião da equipe do SRT, onde trabalhei, que se discutiu o que fazer com um morador que não arrumava a sua cama ao levantar. Eu escutava atentamente a discussão e alternativas encontradas pelos trabalhadores para que o morador se sentisse motivado a, diariamente, realizar esta tarefa. Depois de algum tempo, interfiro e comento com a equipe o quanto me sentia estranha naquela discussão, já que eu também não arrumava minha cama ao levantar. Então, se iríamos investir tempo em construir um plano terapêutico com o objetivo daquele usuário arrumar a sua cama, eu teria que rever meus conceitos, já que diariamente eu saía da minha casa sem arrumar minha cama e nunca tinha pensado nisto como um problema passível de intervenção profissional.

O que há de errado em não arrumar a cama diariamente? Em andar pelas ruas falando sozinho? Em sorrir imotivadamente, em vestir roupas e cores que não são usuais? Que prejuízos tais ações provocam na sociedade? E, principalmente, que

prejuízo causa ao indivíduo?

Saraceno (2001b) também escreve que a reabilitação psicossocial deve ser um processo de reconstrução da cidadania, de contratualidade em três dimensões: a casa, a rede social e o trabalho com valor social¹⁵. Sendo assim, uma ação não é a priori reabilitadora, ela precisa garantir a contratualidade na casa, na rede social e no trabalho. Muitas vezes, observamos nos serviços substitutivos um cardápio de atividades oferecidas, como se a oficina terapêutica, os grupos, os passeios fossem, por si só, uma ação reabilitadora. Nestes casos, não se contratualiza com o usuário o seu Plano Terapêutico Singular (PTS) e o trabalhador assume uma postura prescritiva. E como se indicasse uma medicação ao usuário, o trabalhador prescreve as atividades, os dias e os horários que o portador de transtorno mental deve comparecer no serviço, sem consultá-lo ou ter uma participação efetiva na elaboração do PTS. Quando esta prescrição não é cumprida, se responsabiliza o usuário, rotulando-o como não aderente, resistente, etc.

Muito se tem a discutir quando pensamos em resultados de uma rede de serviços reabilitadora. Suas ações devem estar pautadas na afetividade, na continuidade, no vínculo profissional-usuário e no investimento (de tempo, energia e afetividade) despendido nesta relação (Saraceno, 2001b). Também é importante observar como o serviço está organizado, a sua relação com a comunidade e a satisfação, tanto dos usuários quando dos trabalhadores. Segundo o autor, estes fatores promoverão a construção plena da cidadania e a desconstrução da cronicidade.

O desafio está posto e, mesmo com leis estaduais vigentes há mais de vinte anos e

15 Quando pensamos no trabalho como recurso terapêutico, temos que nos pautar no valor social que este trabalho deve ter. Um trabalho que aconteça apenas para ajudar o portador de uma doença mental, aproximando-se da caridade, não vai ter um potencial reabilitador. Lembro de uma aula que tive durante a RIS-SM, onde meu professor apontava a importância de que, ao produzir artesanato com os usuários e levá-los para a venda, de não informar que era feito por pessoas com transtorno mental. Ele falava que reabilitar através do trabalho era dar o valor que o produto tem realmente, sem utilizar a caridade e solidariedade das pessoas, fazendo que elas comprem para ajudar.

a Lei Federal há mais de dez anos, muito se tem a avançar, pois ainda encontramos condutas excludentes. A sociedade passou a conviver com o louco e outros personagens que ocupam este lugar de exclusão, no entanto, não quer dizer que tenhamos superado o estigma. O medo da loucura – e imaginário social da periculosidade relacionada a ela – ainda está vivo e tem eleito outros grupos. O usuário de crack e o morador de rua ocupam, na atualidade, o papel histórico do incurável, do perigoso, mostrando a necessidade social de manutenção da exclusão. Nesse sentido, Merhy (2012) aponta que os moradores de rua e os usuários de crack tem sido visto como os novos “anormais”, seguindo Foucault.

A Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental

Em um primeiro desenho de Rede de Atenção em Saúde Mental, tínhamos o CAPS como serviço estratégico, o carro-chefe da Reforma, equipamento que deveria regular e organizar a Rede de Atenção em Saúde Mental. Contudo, este desenho de Rede não deu conta de atender as necessidades dos usuários e familiares. O acesso aos CAPS, em muitos municípios, mostrou-se hierarquizado e burocratizado, tendo que passar pela Atenção Básica (AB) somente para pegar um encaminhamento que lhe daria acesso ao serviço de acompanhamento psicossocial, dificultando que as pessoas que realmente precisam do serviço consigam acessá-lo. Alguns CAPS realizavam acolhimento por agendamento, não respeitando a premissa que o serviço deveria ter portas abertas. Muitos usuários de Saúde Mental não percebem seu adoecimento, além disso, tem como sintoma frequente o isolamento. Diante disto, obrigar o usuário a ir a uma unidade de saúde para, depois, poder acessar o CAPS, ou agendar um horário no CAPS para daqui quinze ou trinta dias, desrespeita a singularidade dos sujeitos e inviabiliza o cuidado.

Não só na área de Saúde Mental são percebidas dificuldades de se efetivarem os princípios e diretrizes do SUS, proporcionando o acesso universal e o cuidado integral da população. Como estratégia de qualificar o SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010a). A RAS é definida como: “(...) arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010a). A RAS ambiciona estabelecer relações horizontais entre a APS e os outros pontos de atenção, que são espaços onde ocorre oferta de serviços de saúde. O objetivo da Rede é promover uma integração dos serviços, para que se possa atender o sujeito de forma continuada, integral, comprometida, humanizada e de qualidade. Além disso, visa melhorar o desempenho do SUS, nas questões como: acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Áreas temáticas como Urgência e Emergência, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Saúde das Pessoas com Deficiência foram estabelecidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde (MS) para implantação da RAS – baseadas em evidências e na literatura internacional, com vistas a qualificar a situação sanitária do país e a melhoraria da satisfação do usuário (Brasil, 2012a). Portarias foram lançadas em 2011 instituindo a Rede de Atenção à Urgência e Emergência – Portaria Nº 1.600 (Brasil, 2011a); a Rede Cegonha – Portaria Nº 1.459 (Brasil, 2011b); a Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência – Portaria Nº 793 (Brasil, 2012b) e a Rede de Atenção Psicossocial – Portaria Nº 3.088 (Brasil, 2011c).

Estas normativas surgem como tentativas de estabelecer um fluxo de comunicação entre os serviços, mantendo a APS como referência do cuidado e dando visibilidade a outros serviços que vão compondo cada uma das redes temáticas.

A Lei 10.216 (Brasil, 2001) e as Portarias subsequentes, tais como a Portaria GM no 336 (Brasil, 2002a), a Portaria GM no 626 (Brasil, 2002b), a Portaria GM no 817 (Brasil, 2002c) entre outras, regulamentam uma série de serviços que visavam oferecer um cuidado integral ao portador de doença mental. Em um primeiro momento, na década de 2000, víamos um desenho de Rede CAPS-centrado, (ver Figura 1, a seguir) sendo que os outros equipamentos de saúde (ESF, Urgência e Emergência, etc.) e os equipamentos territoriais (instituições religiosas, clube de mães, associações, entre outros) tinham um papel coadjuvante na atenção integral.

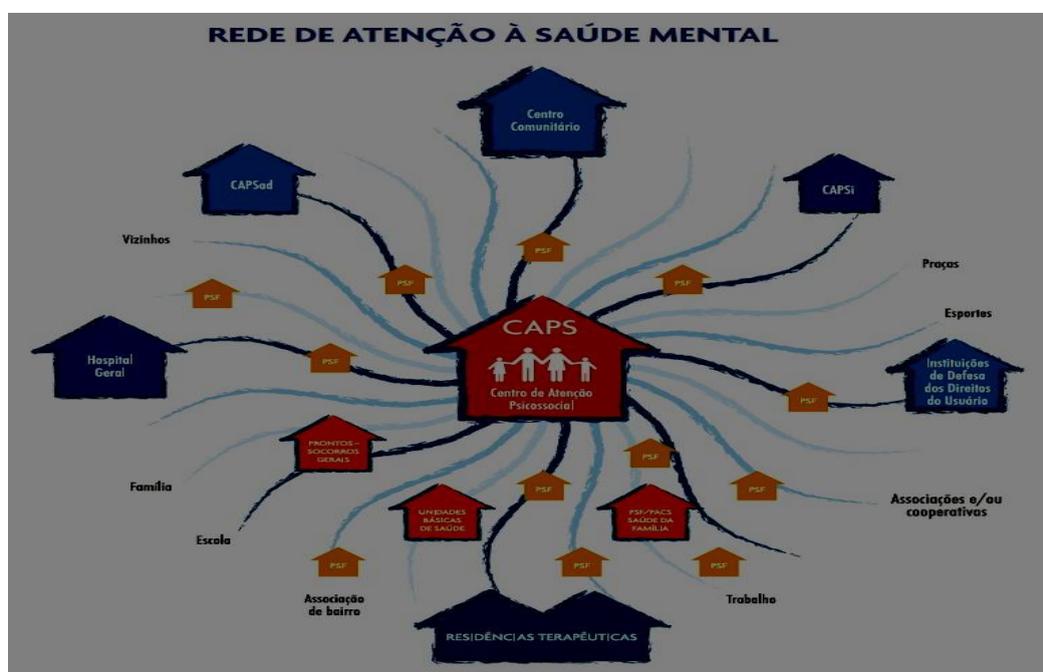


Figura 1. Rede de Atenção à Saúde Mental

Fonte: Brasil (2004a)

Na atualidade, as Políticas de Saúde Mental têm buscado novas normatizações para que a Rede de Atenção em Saúde Mental possa se efetivar havendo uma integração e continuidade do cuidado nos serviços. Novas propostas de Rede são feitas, onde os equipamentos existentes (CAPS, SRT, ESF e hospitais gerais) não sejam pontos isolados e hierarquizados de atendimento e, sim, pontos de conexão entre os serviços, no território, para as pessoas (ver figura 2, a seguir). Este é um

dos grandes desafios: promover conexão entre os pontos da Rede de Atenção e entre os pontos que não estejam institucionalizados na Rede, mas que possam ser dispositivos importantes para os usuários de Saúde Mental, como centros religiosos, mercados, bancas de revistas, etc.



Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: Brasil (2014b)

Dez anos depois da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, temos a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como mencionei anteriormente, com a finalidade criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O que vemos nesta Portaria (Brasil, 2011c) é a regulamentação das Diretrizes da Atenção em Saúde Mental, reforçando preceitos já estabelecidos em outras normativas do SUS, assim como o respeito aos direitos humanos e, também, um posicionamento político a respeito do desenvolvimento de estratégias de Redução

de Danos e ao cuidado das pessoas com problemas em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas, como uma questão de Saúde Mental.

Em um artigo de Quinderé, Jorge e Franco (2014), encontra-se uma discussão sobre a mudança de modelos tecnoassistencias, que parte do Modelo Piramidal indo para o Modelo Circular como propõe Cecílio (1997). Eles descrevem o momento atual, de Redes de Atenção, como um Modelo Rizomático, que não tem limites e se constitui a partir do tensionamento dos atores envolvidos. Sem ter uma estrutura prévia, a RAPS se modela de acordo com a necessidade de ajustes (Quinderé, Jorge e Franco, 2014).

Na Figura 2, da Rede Atenção Psicossocial, temos a reprodução de um espaço da cidade, onde vários equipamentos estão dispostos, mas sem instituir uma hierarquia entre eles.

Um outro conceito utilizado para melhor compreensão e efetivação da RAS é aquele de Linha de Cuidado (Merhy e Cecílio, 2003; Franco e Franco, 2001, Franco, Magalhães Jr., 2003), entendida como uma “forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária), com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde” (Brasil, 2012a, p. 21). A Linha de Cuidado exige do trabalhador um perfil ativo e criativo, que possa construir conexão com outros pontos da Rede/Linha. Em uma Linha de Cuidado, não se tem uma estrutura definida como “porta de entrada” da demanda, pois todos os pontos são passíveis ao acesso das pessoas que sofrem e dele necessitam. Para uma Linha de Cuidado, necessita-se de um trabalhador implicado, que construa com o usuário um PTS, a partir de dois fatores importantes: a necessidade de saúde e o local onde o usuário acessa.

As normativas, modelos de gestão e organização do processo de trabalho e a formação profissional são questões importantes e que podem auxiliar na

efetivação e qualidade de cuidado no SUS. Entretanto, elas não garantem um cuidado integral e acolhedor.

No cenário nacional, vivemos um momento de reflexões e discussões em relação às Políticas de Saúde Mental. Uma série de leis foram criadas, possibilitando um maior investimento financeiro para a implantação de serviços e formação profissional, o que considero ter sido importante para garantir algumas mudanças no modelo de atenção. Como já informei anteriormente, opto por usar o termo Políticas de Saúde Mental (ao invés de Política de Saúde Mental), considerando que não temos uma única Política de Saúde Mental vigente no país. Encontramos uma série de leis e normativas em diferentes áreas da Saúde Mental, que muitas vezes se contrapõem. Temos, por exemplo, a desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos, no entanto, há também, internações de longa permanência para pessoas com uso problemático de álcool, crack e outras drogas. A seguir, aprofundo esta discussão.

Políticas de Saúde Mental: hibridismo e ambivalências

No ano de 2011, eu trabalhava em um serviço de atenção a pessoas com problemas pelo uso de álcool e outras drogas. Em uma reunião de equipe, a Coordenação de Saúde Mental do município informa que fomos “contemplados” com o financiamento de um projeto que previa dez leitos em uma das Comunidades Terapêuticas do município, mesma comunidade onde já tínhamos cinco leitos disponíveis devido a um acordo entre a instituição e a prefeitura, dos quais não utilizávamos todos. A equipe sente-se incomodada, propõe algumas alternativas para que o investimento seja em um recurso comunitário e que preze a liberdade. Tudo em vão! Afinal, estávamos vivendo um período de financiamento, em nível nacional, de internação de longa permanência em CT, e a questão que ficou foi: onde está a premissa do cuidado em liberdade?

Começo meu texto com este relato para iniciar a discussão que farei nesta sessão: Política ou Políticas de Saúde Mental?

O conceito de Política Pública, segundo Souza (2006), tem diferentes formas de ser vista de autor para autor:

Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (2006, p.26)

No entanto, os diferentes conceitos deixam transparecer a Política Pública como lugar de embates, ideologias e interesses repercutindo na economia e na sociedade. Assim, governos mostram seus propósitos e plataformas eleitorais em ações e programas aplicados no mundo real e que vão causar mudanças na sociedade, podendo ser (ou não ser) de interesse comum (Souza, 2006).

A OMS aponta em seus documentos (2004; 2011; 2015), que é prioritário os países membros terem uma Política de Saúde Mental e a definem como um documento escrito especificamente do governo ou Ministério da saúde, contendo as metas para melhorar a situação de Saúde Mental do país, as prioridades entre os objetivos e as principais indicações para atingir. No Brasil, encontramos vários documentos que apontam intenções, mas não há metas objetivos definidos neles.

Em relação à Política de Saúde Mental ou Políticas de Saúde Mental, pesquisando sobre o tema, encontramos os dois termos, usados indistintamente e de forma equivalente, por vezes citados tanto no singular quanto no plural no mesmo parágrafo. No entanto, há uma diferença conceitual na utilização de um ou outro termo, e vejo que a cena que trago anteriormente dá pistas dessa diferença.

Será que é possível dizer que o Brasil tem uma única e consolidada Política de Saúde Mental? Partindo desta questão, imagináramos uma construção linear e coerente, de regulamentações e práticas, que garantissem um único modelo, uma única filosofia de Atenção em Saúde Mental. Todavia, o que temos são modelos antagônicos de cuidado, disputando, caso a caso, financiamento a financiamento, apoio a apoio, sua lógica de intervenção.

Segundo Guareschi, Lara, Adegas (2010), no Estado Moderno, o sujeito de direitos é constituído através de intervenções estatais e não estatais, sendo assim, as políticas públicas caracterizam-se por uma intervenção do Estado com a preocupação de maximizar a vida, estabelecendo direitos que são significativos para este investimento. Fossi (2013) afirma que neste sentido as políticas públicas configuram-se para “dirigir as condutas através das racionalidades políticas, bem como assegurar aos sujeitos desprovidos de condições a garantia de sua inserção no mercado” (p.46).

A Atenção em Saúde Mental, no Brasil, passou por grandes modificações ao longo das últimas décadas. Portarias, leis, resoluções institucionalizaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto, ainda há desafios na sua implantação e efetivação. Mateus e Mari (2013) apontam que, na busca para garantir o direito das pessoas com doença mental, o Ministério da Saúde utilizou, como estratégia, uma série de regulamentações que normatizam serviços, formas e valores de financiamento, criação de novos serviços, novos programas e grupos de trabalho. A legislação criada nos anos 1990 buscava garantir a mudança de um modelo de Atenção em Saúde Mental. Além das leis criadas, outra ferramenta utilizada foi a mudança de investimento do modelo hospitalar para serviços comunitários. Os autores (Mateus e Mari, 2013) referem que o processo de construção das Políticas de Saúde Mental¹⁶ acontece na relação entre a legislação, o governo e a sociedade, através de embates acirrados e antagônicos entre movimentos sociais, políticos,

16 Os autores utilizam geralmente Política de Saúde Mental. No entanto, também encontramos Políticas de Saúde Mental no mesmo texto.

comunidade acadêmica e demais atores.

Para elucidar, no Apêndice I, apresento um quadro com as diferentes legislações em Saúde Mental que regulamentam serviços e/ou definem o financiamento. Apresento, tais normas, em uma sequência cronológica com um breve enunciado sobre o que cada uma dispõe.

O conjunto de leis apresentado não configura uma única linha ideológica que poderia definir uma Política Brasileira de Saúde Mental. O que observo é que temos uma série de portarias, leis, normas que demonstram um tipo de interesse, enquanto outras direcionam a Atenção em Saúde Mental para outra concepção de cuidado.

A disputa ideológica é uma marca da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Um exemplo é a demora de doze anos para aprovarem a Lei 10216 (Brasil, 2001). Para sua aprovação, houve uma série de mudanças feitas no Projeto de Lei Paulo Delgado resultando na Lei Federal 10.216 sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001. O Projeto de Lei Paulo Delgado propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, inclusive de hospitais especializados, visando a sua substituição por outras modalidades assistenciais. Já a Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e sobre a reinserção social do doente mental em seu meio (Brasil, 2001). Uma diferença importante é que o termo manicômio não é mais utilizado como denominação dos hospitais psiquiátricos e a Lei não proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos (Mateus, 2013).

Mateus e Mari (2013) apontam que sempre houve um hibridismo da Política Nacional e afirmam que o Relatório da III Conferência de Saúde Mental como o documento que melhor demonstra o hibridismo da Política Nacional, onde encontramos um grande número de propostas aprovadas que se alinham com as ideias do Movimento da Luta Antimanicomial e também outras tantas propostas dentro do referencial da Psiquiatria Comunitária.

Também é possível perceber o hibridismo das Políticas de Saúde Mental quando nos referimos à área de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O combate ao crack ganha relevância em âmbito nacional e o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2010b). O Plano apresenta como ação imediata, na área da saúde, a ampliação do número de leitos e, como ação estruturante, a ampliação da rede de atenção à saúde e a qualificação profissional. Como resultado do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas o MS subsidia a contratação de leitos em comunidades terapêuticas pelo período de doze meses, com valor de R\$ 800,00 mensais por leito (Fossi, 2013). Segundo Amarante, este Plano tem um discurso frágil sobre prevenção e com poucas proposições nesse aspecto, pois seu foco é no financiamento de Comunidade Terapêutica (CT) que, em geral, é administrada por instituições religiosas. Uma questão importante que emerge, ao analisarmos o contexto político nacional, é: quais interesses estão em jogo? Uma possibilidade é (defendida pelo autor) que o governo brasileiro cedeu à pressão de uma bancada com interesses diretos no financiamento de CTs.

Fossi (2013) analisou os programas terapêuticos das CTs e as descreve como:

(...) instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela. Elas possuem um programa específico de tratamento, como meses de duração (entre seis e doze meses, conforme a instituição), regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas, do mesmo modo, por todos aqueles que ingressam na instituição. Nesse programa, as visitas dos familiares são parcas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais. (p. 12-13)

Em 2011, é publicada a Portaria GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial. As Comunidades Terapêuticas, nessa Portaria, são contempladas como um dos pontos de atenção, no componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório. Na mesma Portaria, um outro ponto de atenção é o Consultório na Rua, como componente das Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas. Pode-se ver, em uma mesma Portaria, os dois serviços como pontos da Rede, com garantia de financiamentos, mesmo que os dois serviços partam de paradigmas éticos, clínicos e políticos distintos no que se refere à atenção das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Ainda em 2011, houve um investimento massivo em criação de leitos hospitalares para internação de usuários de drogas (2.462) e contratação de 2.500 vagas em CTs. Uma das hipóteses de investimentos financeiros deste porte em internação é a Copa do Mundo (Fossi, 2013), quando viu-se especulações imobiliárias, projetos de higienização das cidades, onde pessoas em situação de rua precisavam ser escondidas dos turistas. Ao que parece, interesses privados ditam as Políticas Públicas.

A Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do ano de 2004 (Brasil, 2004c), tem como marco teórico-político o acolhimento e o cuidado singular e a Redução de Riscos (RD) como lógica de atenção. Nessa Política, a história de cada um, dos diferentes grupos populacionais, o modo que cada um entende seu processo de adoecimento é a base de uma proposta terapêutica.

O conceito de RD é um dos pontos de tensão nas Políticas de Saúde Mental. Muitos, sem compreendê-lo, manifestam-se contra e o reduzem à troca de seringas ou à substituição do uso de uma substância por outra. A RD surge no final da década de 1980 (Passos; Souza, 2011) como uma estratégia de cuidado à saúde do usuário de drogas, independente do seu padrão de uso. Naquele

momento, a única forma de tratamento de saúde era baseada na abstinência e o sujeito, que não quisesse parar de usar, estaria fora das possibilidades de cuidado. No entanto, muitos usuários se contaminavam com vírus de doenças que poderiam ser evitadas, como: o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e os vírus da Hepatite B e C. O que se percebia é que, se houvesse o desejo da pessoa de parar de usar de drogas, em algum momento de suas vidas, as doenças já tinham sido adquiridas e, principalmente, eram crônicas e sem possibilidade de cura.

Assim surge a RD como alternativa de prevenção de outras doenças que não estavam diretamente relacionadas com o uso. As primeiras ações de RD estavam focadas na troca de seringas, através da distribuição de insumos que reduziam as contaminações e infecções. No decorrer do tempo, o entendimento de RD foi se ampliando e o sentido de reduzir não ficou centrado no nível biológico do indivíduo, mas também nos danos sociais que os usuários vivenciavam. Hoje temos experiências onde se fornece água, bebidas energéticas ou alimentos como insumo da RD.

Se, de um lado, temos a RD como uma prática de cuidado centrada no indivíduo e no seu direito de não querer parar de usar drogas, de outro lado, encontramos as Comunidades Terapêuticas, um ponto da Rede de Atenção Psicossocial centrada na abstinência, com programas pré-estabelecidos e rígidos, onde o usuário de álcool e outras drogas ingressa e, automaticamente, é afastado de suas relações sociais, afetivas e laborais. Serão seis meses¹⁷ de um tratamento em “um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades” (Sabino; Cazenave, p.168, 2005).

17 A portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012) estabelece que a internação, pelo SUS, nas CTs, seja por um período de seis meses. No entanto, o tratamento típico de uma CT é de nove meses. Há CTs que estão defendendo que a internação deva ser por um ano. O argumento é que, atualmente, os casos são mais graves e que seu índice de pessoas “recuperadas” tem sido menor.

A CT surge em 1958, quando um grupo de pessoas com uso abusivo de álcool, que seguia os princípios dos Alcoólicos Anônimos (AA), resolveu morar juntos como uma forma de manter a abstinência e buscar um estilo alternativo de vida (Fossi, 2013). Diversas experiências surgiram e vieram a constituir o que temos, na atualidade, como sendo uma Comunidade Terapêutica. Em geral, estão baseadas na abstinência de substâncias psicoativas e na abstinência sexual. Utilizam como pilares do tratamento a laborterapia, a disciplina e a espiritualidade. A partir destes pilares, muitos abusos são realizados, tal como o trabalho escravo, a violência psíquica e física, os castigos e humilhações, como descreve o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de Internação para Usuários de Drogas (CFP, 2011). No cotidiano das CTs, as pessoas internadas realizam todas as atividades necessárias para a manutenção da Comunidade, como por exemplo, há escalas de trabalho na cozinha, na limpeza, na horta, etc. Até pouco tempo¹⁸, não existia equipe técnica nas CTs. Uns auxiliavam os outros para alcançar os doze passos, de acordo com o que tinham vivenciado ali mesmo, sem nenhuma formação prévia. Com isso, havia uma padronização de comportamentos, os internados que completavam os doze passos, podiam se manter na CT como monitor, se responsabilizando pelo tratamento dos outros internos. Neste modelo, não se valoriza a singularidade do usuário e uma frase que se escuta em espaços onde são seguidos os doze passos é: “a história é a mesma, só o nome que muda”. Outra frase, que se torna padrão nestes espaços, é se apresentar como um alcoolista ou dependente químico em recuperação. Em várias situações, vi as pessoas esquecerem de falarem seu nome, como se esta frase as representasse, constituindo sua identidade.

Tarefas comuns na CT vão desde capinar, cavar buracos, cuidar de animais, plantações, até cozinhar, higienizar o ambiente e roupas. As atividades espirituais

18 Na Redução de Diretoria Colegiada (RDC) 29 de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde, estabeleceu-se requisitos sanitários para o funcionamento de uma CT. No entanto, não há descrito uma equipe mínima, apenas que deve haver um responsável técnico de nível superior e deve manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

acontecem mais de uma vez ao dia. O contato com o mundo externo é raro e inexistente, no início da internação. Algumas CT não permitem que os internos tomem medicação, consideram aquele espaço como um território de Deus onde profissionais de saúde não tem acesso.

São inúmeras as histórias que eu poderia contar relatando situações de “tratamento” nas CTs, algumas tristes, outras engraçadas. Em uma visita a uma CT, quando estávamos procurando um usuário que havia realizado acolhimento no CAPS, mas antes de iniciar o tratamento conosco, a família organizou-se e o colocou na CT, chegamos lá, nos apresentamos e pedimos informações do usuário e pedimos para vê-lo. Enquanto esperávamos, o Coordenador da CT começou a nos explicar o tratamento e como era o processo de dependência do crack, dizendo que a fumaça, quando inalada, entra e gruda no cérebro. Com a oração, esta fumaça vai se soltando. Ele explicava que este era um processo de aproximadamente um ano e que, após este período, o usuário estaria curado. Outra experiência na CT foi em uma vistoria. Ao chegar lá, vi um adolescente, em uma comunidade de adultos, encolhido na cama, com febre e sem nenhum atendimento, já que ele podia estar fazendo “cena”, segundo o Coordenador da CT.

Houve o caso de outro jovem que estava com muita dor e negou-se a ajudar nas tarefas diárias. Como era um de seus primeiros dias, acreditaram que a conduta era um sintoma da abstinência. Como castigo pela sua conduta, mandaram ele abrir e fechar um buraco no pátio da CT. No mesmo dia, ele fugiu da CT, chamou seus familiares que o levaram para o hospital, onde fez uma cirurgia de urgência devido à apendicite.

Também conheci pessoas que se adaptavam melhor às regras e conseguiam conviver com o modelo imposto. Como exemplo, conto a história de Pedro, que chegou ao CAPS acompanhado por monitores da comunidade em busca de medicação psiquiátrica. Acertamos que ele teria consulta se mantivéssemos um

acompanhamento no CAPS. Com muito esforço, conseguimos acertar atendimentos semanais, já que a lógica de cuidado de uma instituição e outra são bastante contraditórias, às vezes, incompatíveis. Nos atendimentos, ele me contava como se preparava para cada passo dentro da CT, que media as palavras e não expunha o que sentia nem para os profissionais da equipe. Tal conduta, segundo ele, era uma forma de proteção, pois temia que se dissesse o que realmente estava sentindo e/ou pensando, isto seria repassado aos monitores, que poderiam usar as informações para provoca-lo em um dos passos. Um dos passos do tratamento em uma CT é o que eles chamam de confronto, onde os internos e os monitores, em círculo, falam suas percepções sobre o interno que está realizando o passo, apontando na pessoa que está no foco, o que eles chamam de “falhas de caráter”. Então, ele evitava se expor, aguardando o tempo passar. E apenas revelava o que sentia no CAPS. Dessa forma, planejava com as duas instituições sua alta, escolhendo o que podia dizer em cada uma delas.

O passo que me refiro no parágrafo anterior é uma característica comum das CTs, já que o trabalho é baseado nos Doze Passos do AA. Eles utilizam cada passo como uma etapa de tratamento dentro das CT, como descrito abaixo:

Após constatar e admitir sua derrota diante do álcool e a vida (1º passo), eles descobrem e admitem que só um Ser Superior possa devolver-lhes a sanidade: quer dizer uma vida de qualidade (2º passo). Então, numa atitude coerente, decidem entregar a este Deus, na forma em que o concebem, sua vontade e sua vida (3º passo). Em consequência desta atitude partem para um levantamento completo de sua vida passada, listando todos os des-valores vividos (4º passo). Este levantamento é apresentado num encontro com seu Deus, representado por uma ou mais pessoas de sua confiança, para desvendar dentro de si as origens de suas falhas: isto é, suas falhas de caráter e descobrir a capacidade que tem para conquistar uma vida de qualidade (5º passo). Começa então o esforço para remover estes defeitos de caráter (6º passo) e livrar-se de suas imperfeições (7º passo) com a ajuda explicitamente solicitada a seu Deus. No 4º e 5º passo, ele conscientizou-se que, na vida passada, ele prejudicou não somente a si mesmo, mas também a todos que conviveram com ele. Por

isso, no 8º passo é feita uma relação de todas as pessoas prejudicadas e no 9º são feitas as reparações possíveis, evitando qualquer prejuízo maior. A vida é feita de momentos e mesmo as maiores inspirações e motivações se desgastam na rotina do dia-a-dia. Deve-se estar atento para levar a mudança de vida pretendida a um bom termo. Por isso, o 10º passo insiste num inventário pessoal constante, admitindo imediatamente os erros cometidos. O 11º passo retoma a idéia fundamental dos Doze Passos: o contato consciente e constante com seu Deus para conhecer e realizar sua vontade. Assim surge o homem novo que, no 12º passo, sente a necessidade de divulgar, através da vivência, a mensagem da vida de qualidade que ele encontrou. (Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer , 2015)

O texto acima foi extraído do homepage de uma CT específica, mas na minha experiência profissional, vi este discurso repetido inúmeras vezes e por diferentes CTs. Outra prática comum é referir-se pejorativamente aos indivíduos que atendiam. Nas CTs, assim como nos grupos de autoajuda que segue os doze passos, o usuário é chamado de dependente químico independente do padrão de uso e relação que estabelece com o uso da substância. Para os usuários de álcool, eles chamam de alcoólatra ou alcoolista. Quando a pessoa faz uso de mais de uma substância, é denominado de dependente cruzado. Uma padronização que desqualifica a história de vida individual e a singularidade de cada um.

Fossi (2013) explica que os doze passos estão baseados em três questões: confissão, ascese e punição, constituindo a governamentalidade dos sujeitos usuários de álcool e outras drogas. Um modelo moral que dificulta o desenvolvimento da autonomia, da potencialidade e da singularidade dos sujeitos.

Diante das características apontadas, tanto dos serviços substitutivos, da Redução de Danos, quanto das Comunidades Terapêuticas, como podemos dizer que existe, no Brasil, uma única política? Difícil ao considerar que elas disputam, confrontam e desqualificam uma à outra.

Para dar continuidade à discussão, volto à história que eu estava contando no início desse subcapítulo. Nós, da equipe de um serviço de atenção a pessoas com

problemas pelo uso de álcool e outras drogas, marcamos uma reunião com a CT para discutir como seriam os encaminhamentos e a utilização dos dez leitos “contemplados”. Iniciamos a reunião expondo, para os membros da CT, quais necessidades a equipe percebia no município, como por exemplo, um espaço temporário de abrigo para pessoas que iniciassem o tratamento. Houve a defesa, por parte da equipe da CT que seu tratamento é tradicional, baseado nos 12 Passos. Nós pautamos a importância de um atendimento individualizado, laico (já que era uma CT católica) e que pudesse trabalhar em rede com o nosso serviço, desde o início da internação. Fizemos alguns acordos que, embora houvesse várias tentativas e recombinações, só foram cumpridos inicialmente. Como desfecho desta história, posso dizer que realizamos alguns encaminhamentos, sempre pautados no desejo do usuário e, também, na ineficácia de outras alternativas de tratamento anteriores. No entanto, os encaminhamentos também não tiveram sucesso.

A imposição, por parte da CT, de rituais religiosos, a impessoalidade no atendimento prestado, a prevalência de regras padronizadas, acima das necessidades dos usuários, justificou a saída precoce das pessoas que buscaram atendimento na Comunidade.

O meu objetivo não é fazer um julgamento de valor aqui, a respeito da qualidade do tratamento, se ele é melhor no CAPS, no Consultório na Rua ou na CT, até porque não existe uma forma única dessas instituições atuarem e o que percebi, na minha vivência profissional, é que a garantia da qualidade do cuidado, em uma ou outra instituição, depende do modo como os trabalhadores atuam, como eles veem o usuário e as apostas que fazem para uma mudança de vida. Todavia, não podemos negar que cada um destes pontos de atenção (CAPS, CT, Consultórios na Rua) seguem um modelo distinto de atendimento, dialogando ou não com a Lei 10216/2001, que garante:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, 2001)

Destaco os parágrafos III, VI e IX para reforçar o meu argumento de ambivalência do uso de “Política” de Saúde Mental, já que é notório que, em grande parte das CTs, o tratamento é pautado no afastamento do indivíduo da sociedade, alienando-o e impedindo que ele saiba o que se passa fora dos portões da CT. Um tratamento moral e religioso, baseado na impotência do indivíduo, destacando seus erros, seus “defeitos de caráter”, está muito distante do que está pautado nos documentos da Reforma Psiquiátrica, onde a Atenção em Saúde Mental deve estar pautada na produção de um sujeito autônomo, que utilize se a potência de vida do indivíduo para encontrar uma nova forma dele ou dela estar em sociedade.

Sendo assim, o que temos no cenário nacional são as Políticas de Saúde Mental e não somente “a” ou “uma” “Política” de Saúde Mental. Tais Políticas, de maneira híbrida, compõem valores e princípios, por vezes contraditórios ou ambivalentes, que são regulados e financiados pelo SUS.

Nos anos 1990, tivemos legislações que instituíram serviços e procedimentos com lógicas diferenciadas de internação e institucionalização. Nos anos 2000, as normativas institucionalizaram, ampliaram, reavaliaram os serviços. Criaram comissões e formas de avaliação dos serviços, especialmente dos hospitais psiquiátricos. Já nos anos 2010, há uma dispersão, em que as portarias, leis e resoluções, que até aquele momento apontavam para o fortalecimento de serviços

substitutivos, de portas abertas, na comunidade, passam a incluir, na sua rede, espaços de internação de longa permanência como as CTs. A resolução (RDC 29) que estabelece as condições mínimas de uma CT, por exemplo, não estabelece um número mínimo de pessoas para compor a equipe de trabalho, como já destacado nesse texto.

Poderíamos pensar que houve uma mudança na orientação da Política¹⁹, enfim, seria uma “nova” Política de Saúde Mental, mas não é o que vemos, ao acompanhar a legislação, pois, ao mesmo tempo que há esta abertura para que um novo tipo de manicômio surja, há outras que implementam Consultórios na Rua, ampliação de CAPS III, garantia de cuidado a pessoas em conflito com a lei. Tal legislação – amplamente contraditória – reflete a disputa ideológica e os interesses culturais, políticos e financeiros e de grupos que, para manter a governabilidade, faz acordos, mesmo que estes contraponham-se à lógica de cuidado da idealizada Reforma Psiquiátrica Brasileira.

¹⁹ Aqui, escrevo Política no singular, propositalmente, considerando que havia um direcionamento, uma lógica nas proposições iniciais.



NÚMEROS, EVIDÊNCIAS E
QUANTIFICAÇÕES
NA ARTE DE GOVERNAR EM SAÚDE

NÚMEROS, EVIDÊNCIAS E QUANTIFICAÇÕES NA ARTE DE GOVERNAR EM SAÚDE

A sociedade atual parece viver a hegemonia de uma ordem científica onde a vida é pautada por evidências. A cada dia lemos, escutamos, assistimos inúmeras matérias jornalísticas que apresentam, com comprovação científica, o que devemos comer, como devemos nos comportar, o que devemos evitar, enfim, informações que ditam nosso modo de vida e regulam nossos anseios e necessidades. Pode-se dizer que a racionalidade existente no modelo hegemônico de produção de saberes, a ciência moderna, é totalitária, visto que nega todas as outras formas de conhecimento que não estejam pautadas nos seus métodos e episteme. Sendo assim, admite apenas uma única forma de conhecimento verdadeiro (Santos, 2008).

Castiel e Vasconcellos-Silva (2008) assinalam que a ciência moderna está fundada em uma lógica matemática onde o quantificável define a validade do conhecimento e o que não se pode contar é irrelevante. Souza Santos (2008) também vê o papel de destaque que a matemática detem na ciência moderna. Ele afirma que, além de um instrumento de análise e lógica investigativa, ela (a matemática) é “o modelo de representação da própria estrutura da matéria” (p.27). Pode-se dizer que a centralidade que a matemática tem na ciência moderna gera, ao menos, duas premissas fundamentais: uma, que conhecer é quantificar, sendo assim, tudo que não puder ser quantificado é cientificamente irrelevante; a segunda é a simplificação dos fenômenos, com a redução da complexidade a partir da divisão, seriação, classificação para depois se estabelecer relações sistemáticas entre o que separou, constituindo assim, um método. Neste modelo, mais que compreender profundamente o real, busca-se a

capacidade de dominar e transformar (Santos, 2008).

Seguimos há séculos (e quase sem questionamentos), o método científico cartesiano, onde a evidência valida o processo de investigação e a análise é feita através da decomposição do objeto estudado em partes, da mais simples à mais complexa. A síntese ocorre após a decomposição. Por fim, ocorre a verificação, o na qual se faz a revisão e a certificação de todos os procedimentos.

Na área da saúde, não é diferente e temos a Epidemiologia como uma área que quantifica, sistematiza e compara os fenômenos relacionados com o adoecer humano. Dessa maneira, conceitos transformam-se em variáveis, geram indicadores e poderão ser comparados na tentativa de prever o risco à saúde. Para Castiel (1996), a Epidemiologia anseia por constituir-se como uma ciência exata, que sofre dos efeitos da “ditadura metodológica da medida” (p.39), para conquistar um estatuto científico.

Um outro aspecto da ciência moderna nas ciências da saúde é a defesa que só se faz saúde em decisões baseadas em ensaios clínicos controlados. Sendo assim, considera-se que o conhecimento baseado em evidências é o único confiável e verdadeiro (Campos, Onocko-Campos, Del Barrio, 2013). No entanto, quando o objeto é a vida de seres humanos, há uma complexidade de fatores que utilizar apenas a análise dos mesmos, a partir exclusivamente de evidências matemáticas, oferece uma visão limitada e, por vezes, pouco resolutive das questões de saúde. Maturana (1993) exemplifica bem a divergência na busca de materializar a saúde em indicadores: “a saúde é um fenômeno cultural, um fenômeno próprio de uma visão do que é desejável no viver. Os seres vivos vivem e, em seu viver, não tem saúde nem doença” (p.5).

As intervenções em saúde baseadas em evidências desconsideram uma série de fenômenos da vida, valorizando apenas fatos concretos como descritores de uma verdade da natureza que estava lá, à espera de ser descoberta. Para os cientistas críticos a este modelo, até a evidência ou o concreto é produzido a partir da

subjetividade do pesquisador, da cultura, do enfoque (Campos; Onocko-Campos; Del Barrio, 2013). Eu complemento: dos interesses envolvidos.

Castiel (1996) aponta que precisamos destacar alguns problemas no modelo positivista da ciência moderna: quem conhece, o que conhece e como conhece. O observador escolhe um determinado recorte do que acredita ser real, propõe, constrói objetos utilizando conceitos, instrumentos de análise dentro de um campo de significações. Logo, há uma subjetividade ou uma personalidade, neste modelo, que é desconsiderada. A ciência moderna se propõe a definir verdades e esquece que a verdade depende das pessoas e seus contextos. O mundo existe na sua forma, o que a ciência moderna constitui é a sua descrição, descreve o mundo partir de um campo semântico e, somente a esta descrição, podemos atribuir o julgamento de ser verdadeira ou falsa. Castiel chama este fenômeno de miragem de “verdades” (Castiel, 1996, p.50), ou seja, cientistas encontram achados em suas pesquisas, e estes têm status de fatos.

Em nome de uma verdade instituída, faz-se uma série de normatizações e protocolos que ganham espaço em nossa sociedade, mas não só do ponto de vista técnico e/ou científico. As descobertas sobre doenças e seus determinantes instituem uma forma de conduzir a vida e responsabilizam a população pelo conhecimento e mudanças de comportamento em prol de melhores condições de saúde. Determinantes e condutas verificados e comprovados matematicamente. E, assim, vai se controlando a vida.

Autores como Bello (2012c), Castiel (2010), Santos (2002), entre outros, criaram neologismos (que abordarei a seguir) para analisarem as relações de poder que emergem na sociedade atual para regularem a vida, baseados nos conceitos foucaultianos de Biopoder (Foucault, 2008) e de Governamentalidade (Foucault, 2008).

Antes de aprofundar os conceitos citados acima, queria compartilhar uma história que vivi enquanto trabalhava em um CAPS AD, uma história que me põe

a pensar o quanto internalizamos condutas sociais, preestabelecidas, como certas e nos subjugamos a estas normas, independente dos nossos sonhos e desejos. Assumimos o lugar que a sociedade nos destina ao adotarmos um dado comportamento de risco. Não precisamos ter um algoz que nos julgue, um guarda que nos controle, nós mesmos nos condenamos, aceitamos e cumprimos a pena.

Como ia contando, eu trabalhava em um CAPS AD, era uma segunda-feira, começávamos a manhã com um grupo para usuários e, em outra sala, um grupo para os familiares. Eu acompanhava o grupo de usuários. O grupo seguia tranquilamente com comentários do final de semana, questões comuns como a dificuldade de achar coisas interessantes para fazer, a dificuldade de ficar sem fazer uso de álcool ou outras drogas e os conflitos com a família. Neste grupo, tinha uma moça, a Lisiane. Ela era um exemplo vivo da degradação que relacionam com o uso do crack e, ao mesmo tempo, um desalento às estatísticas, já que fazia aproximadamente um ano que não usava mais crack.

No seu último período de uso, resolveu largar casa, família, tratamento e foi viver na rua com todas as dificuldades que isto representa. Brigas, roubos, violência, conflito com a polícia... Mais uma prisão na sua vida. Foi para o presídio feminino e lá resolveu que pararia de usar drogas. Na sua saída, foi ao CAPS acompanhada pelo pai.

Sua participação e comprometimento com as atividades do CAPS eram perceptíveis. Era uma liderança e fazia parte do grupo de usuários que vinha discutindo questões relacionadas ao protagonismo dos usuários, criação de uma associação, participação em Conselhos de Saúde e em Conselhos de Políticas sobre Drogas²⁰, etc. Lisiane circula por outros espaços, percebe novas possibilidades de condução da vida e que suas prioridades podem ser repensadas.

²⁰ Os Conselhos de Políticas sobre Drogas (COMAD) são órgãos consultivos, normativos, de deliberação coletiva e de natureza paritária. Respeitam as particularidades locais dos municípios e integram ao Conselho Estadual sobre Drogas e o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (OBID, 2015)

Desde a sua volta para a casa da família, eles tentavam manter o controle sobre a vida da Lisiane, a acompanhavam até o CAPS ou em qualquer outro local que ela desejasse ir. Como PTS, estávamos trabalhando a reconquista da autonomia e da liberdade de Lisiane.

Abstinentes por um longo período, sua rotina estava reorganizada e outras demandas da vida passavam a ganhar relevância. Assim, ela começa um relacionamento com outro usuário do CAPS, o Roberto. Este relacionamento era escondido de sua família, já que eles não aceitavam, por acharem que ela não estava pronta. Depois de um tempo, seu pai descobre o envolvimento deles e os conflitos (re)começam. Essa questão toma conta do grupo terapêutico naquela manhã de segunda-feira.

Convidamos ela e o pai para conversarem após os grupos. Depois de mediar a conversa do pai com a filha, possibilitando que cada um falasse de seus medos, o pai diz do receio que tem da recaída, caso o relacionamento não dê certo ou se o Roberto recair. Na opinião do pai, ela deveria procurar uma pessoa que não tivesse um envolvimento com o uso de drogas, minimizando, assim, o risco à recaída.

Muito mobilizada, Lisiane desabafa: “mas como eu vou me relacionar com alguém que nunca usou droga, quem vai me querer, sabendo da minha história?”.

Aquela pergunta nos choca e desvela o que ela pensa sobre si, a crença de que estava condenada pelo seu passado, como se tivesse um rótulo: a drogada, mesmo quando estava abstinente há mais de um ano.

Como desfecho do atendimento, conversamos sobre as perspectivas da sua vida, que ela poderia ser o que quisesse, pois não havia nada que a identificasse como a “drogada” e que limitasse seus sonhos. Afinal, ninguém que tenha outra enfermidade, ao conhecer outras pessoas, apresenta-se dizendo: “Oi! Eu sou a

fulana, tenho diabetes, hipertensão e tendinite no braço esquerdo, ah também sou colorada!”. Reforçamos que ela tinha o direito de não contar sobre a sua condição.

Enfim, o relacionamento de Lisiane e Roberto não durou muito. Ela passou a repensar várias questões de sua vida, inclusive, voltou a ter contato com um ex-companheiro que estava no presídio. Conversávamos sobre como estava conduzindo sua vida, sobre o seu comportamento e como ele poderia ser visto como uma conduta de risco. Ela foi vivendo a sua vida, começou a trabalhar, conheceu outras pessoas, reduziu o tempo dedicado ao tratamento, deixou de ocupar o papel da doente para ela mesma e para a família.

A última vez que a vi foi a caminho do Mental Tchê²¹. Ela iria para um evento conosco, teria uma fala em uma mesa, representando os usuários, mas dias antes tinha nos avisado que não poderia ir. Sendo assim, resolveu passar no local de saída do ônibus para se despedir, contar as novidades e justificar porque não estava indo no Mental Tchê. Ela nos contou que sua ida ao CAPS seria mais rara, já que, agora, além de trabalhar, tinha entrado na faculdade e naquele dia seria sua primeira aula.

Que outros desfechos poderiam ter a vida de Lisiane?

A Epidemiologia, a Estatística e as evidências científicas, não estimariam ou preveriam que uma usuária de crack, que foi moradora de rua, com história de crimes e delitos, conseguiria se manter trabalhando como atendente de telemarketing (uma atividade que é conhecida pelo seu alta nível de stress). Mais surpreendente – e na contramão das estimativas – é que ela entraria na faculdade!

Caso ela (e nós, enquanto equipe que a acompanhava) tivéssemos acreditado no conhecimento científico e nas verdades produzidas sobre os usuários de crack,

²¹ Mental Tchê é um encontro de trabalhadores, usuários, gestores da Saúde Mental do RS que acontece no município de São Lourenço, cidade gaúcha que teve o primeiro CAPS. Este encontro acontece em comemoração do dia da Luta Antimanicomial e é reconhecido pelo papel de fortalecer a militância pela Reforma Psiquiátrica

ela estaria fadada a sobreviver e não a viver!

Foucault apresenta, nos seus escritos, como o conhecimento científico é reconhecido como o estatuto da verdade e, assim, vai direcionando o modo de viver das populações. Todavia, para entender melhor como este processo foi sendo produzido historicamente, é importante entender a forma como Foucault compreende as relações de poder.

Segundo Alfredo Veiga-Neto (2010), para Foucault, o poder deve ser pensado a partir de seu funcionamento:

o que interessa é pensar o poder como uma manifestação diferencial de algumas ações sobre outras ações. Esses são, portanto, os limites conceituais dentro dos quais poderemos discutir foucaultianamente o poder, dentro de tais limites, pode-se dizer infinitas coisas, mas não toda e qualquer coisa... (p.4)

O poder, seguindo Foucault (1999a), é concebido como uma estratégia e não como uma propriedade, já que o “poder se exerce mais [do] que se possui” (p.30). Pode-se dizer que um grupo, uma classe ou até o Estado não tenham a garantia do poder, o que eles tem é um “efeito do conjunto de suas posições estratégicas” (p.30). Aos que estão sujeitos ao poder, o poder passa “através deles, apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança” (p.30). Em síntese, não há um grupo subjugado ao outro, há, entre os grupos, uma relação complexa em que ambas as partes reforçam as estratégias de manutenção do poder. A partir dessa concepção de poder, Foucault abordou as formas que ele se manifesta na sociedade.

Foucault (1999b), em *A História da Sexualidade*, refere que a partir do séc. XVII houve uma mudança nas formas de poder. Havia um poder soberano sobre o direito de vida e de morte. O poder de vida se dá à medida que o soberano, por ameaça de inimigos internos ou externos, exerce seu direito de matar. Em suma, marca seu poder pela vida através da morte, já que é seu “o direito de causar a morte ou de deixar viver” (p.128). Esta relação de poder era exercida por

apreensão, pois o soberano apropriava-se de parte da riqueza, do tempo, dos corpos e da vida de seus subordinados, decidindo sobre eles, em relação à manutenção ou extinção da vida.

No decorrer do século XVII, haverá um deslocamento de uma dimensão jurídica do poder para uma dimensão biológica. Portanto, move-se de um poder do soberano que pode tirar a vida, para um poder de Estado que gere a vida. Assim, surge o poder que valoriza a manutenção da vida, através da sua gestão, multiplicação e forma de controle e regulação sobre ela.

Desta forma, a potência da morte (poder soberano) é recoberta pela administração dos corpos e gestão calculista da vida (Foucault, 1999b). Através dele, se consegue a sujeição dos corpos e o controle das populações. As mudanças relacionadas ao poder serviram muito bem ao capitalismo:

(...) só pode ser garantido a custas da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. (...) foram necessários métodos de poder capazes de marjorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; (Foucault, 1999b, p.132)

Foucault (1999b) ainda demonstra que o poder, de dimensão biológica, se desenvolve de duas formas: uma baseada no adestramento, no desenvolvimento da aptidão e da docilidade, onde o corpo é visto como máquina e os procedimentos de poder utilizam as disciplinas da anátomo-política do corpo. Uma outra forma é o corpo espécie, como suporte dos processos biológicos, onde incidem sobre ele procedimentos de controle reguladores da população, baseados em taxas de mortalidade, nível de saúde, duração da vida, etc. Para entender melhor estas duas dimensões, a seguir vou explorá-las individualmente, explicando como foram se constituindo.

Como explica Foucault (1999a), na anátomo-política do corpo, o corpo humano entra em uma maquinaria de poder que o analisa, divide e recompõe, vemos uma

“mecânica do poder” onde são fabricados corpos submissos e exercitados, enfim, corpos “dóceis”. Há uma “manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos” (p. 164). Esta dimensão de poder não passou a ser utilizada de uma hora para outra. Ela se ampara em uma série de detalhes de diferentes origens e lugares que se repetem, se imitam, se apoiam, entram em convergência, demonstrando como é o método geral. Utilizada em escolas, hospitais, espaços militares, se põe a responder às necessidades da conjuntura, como a necessidade de mão de obra na inovação industrial, o controle de doenças epidêmicas e outras necessidades da sociedade.

Como estratégia das disciplinas, temos o controle do tempo e do espaço, às vezes demonstrada pela cerca, que aparece, tanto para definir os limites da escola, dos quartéis, das fábricas quanto para o encarceramento dos vagabundos e miseráveis. No entanto, ela (a cerca) não é indispensável para os aparelhos disciplinares. Também podemos pensar na fila e na organização dos espaços como parte desta estratégia. O espaço pode ser trabalhado de forma diferente, onde cada um tem o seu lugar e cada lugar é de um apenas. Evita-se espaços para grupos e coletivos. Segundo Foucault (1999a):

É preciso anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa; tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. (1999a, p. 169)

Enfim, criam-se espaços que são, ao mesmo tempo, arquiteturais, funcionais e hierárquicos, que permitem a fixação dos indivíduos onde é desejável (nessa lógica) ter um espaço individual, bem delimitado e, se necessário, espaços coletivos, desde que para facilitar o processo de produção.

Em relação ao uso do tempo, o controle ocorre através do estabelecimento de

horários precisos e com a cobrança de que este seja cumprido rigorosamente. O tempo tem que ser de qualidade, sem impurezas, nem desperdícios. Durante o transcorrer do tempo, o corpo deve estar totalmente dedicado a ele, com exatidão e aplicação na tarefa desempenhada. “Nada deve ficar ocioso ou inútil: tudo deve ser chamado a formar o suporte do ato requerido” (Foucault, 1999a, p.178).

Souza (2014) sintetiza o conceito das práticas disciplinares demonstrando que elas produzem sujeitos produtivos, fundamentais para o capitalismo e, também, ao aumento de saberes em espaços como escolas, hospitais, exércitos, entre outros, expandindo os efeitos do poder e reduzindo os custos relativos para seu exercício. E, por fim, aumentar a docilidade de quem está submetido ao sistema.

Cabe ressaltar que, para Foucault (apud Veiga-Neto, 2011), a produção de corpos dóceis é diferente daquela de corpos obedientes. A modelagem do corpo dócil e maleável não é imposta, é desejada, é natural, implicando em formas de estar e conhecer o mundo.

No entanto, as estratégias de poder não se encerram nas ferramentas disciplinares. Foucault (2008) indica que novos mecanismos onde o poder exercido sobre o corpo não é exclusivo sobre o corpo máquina, pois há um mecanismo de poder sobre o corpo espécie. A ele, deu o nome de Biopoder.

O autor define Biopoder, na aula de 11 de Janeiro de 1978, no livro *Segurança, Território, População* (Foucault, 2008), como o “conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (p.3). Segundo ele, as estratégias de poder, na sociedade ocidental, variam de um poder soberano, um poder disciplinar e um poder da segurança, onde tecnologias de segurança se dirigem ao meio para mudar a espécie humana. “Os dispositivos de segurança trabalham, criam, organizam, planejam um meio antes mesmo da noção ter sido formada e isolada” (Foucault, 2008, p.28).

Se quisermos seguir um raciocínio foucaultiano, não podemos pensar em ordem cronológica sistematizada das dimensões do poder. Não se pode dizer que, em um dado período de tempo, foi de uma forma e, a seguir ou no ano seguinte, se iniciou de outra forma o seu exercício. Estas relações coexistem em diversas instituições, momentos históricos, enfim, na vida.

Rocha (2005) descreve como o poder disciplinar e o Biopoder se utilizam das disciplinas como estratégia de poder:

O poder disciplinar e o biopoder se utilizam das disciplinas para organizarem os pensamentos (disciplina-saber) e as práticas (disciplina-corpo) que sancionam e prescrevem comportamentos, através da repetição, do treinamento, do exercício e do exame no sujeito “livre”, que possui direitos e deveres e que acredita em sua autonomia e responsabilidade na tomada de suas próprias decisões. (p.48, grifo da autora)

Veiga-Neto (2010) fez uma analogia com dobradiças para explicar como o poder disciplinar se articula com o Biopoder e o poder da norma. Uma dobradiça tem duas chapas que se articulam, onde um plano se cruza com o outro plano. Sendo assim, podemos observar que uma dobradiça une dois planos e, mesmo assim, os mantém separados, o que permite o movimento de um plano sobre o outro. Enfim, é um mecanismo com ambiguidades. Esta dupla articulação permite que o plano em que o indivíduo está sozinho (processos de individualização) se articule, ao mesmo tempo, com um conjunto de indivíduos (processos de totalização), do qual participa.

Retomando o conceito de Biopoder, o controle não vai ser sobre o corpo individual, mas um corpo considerado com base nas características de uma espécie e, assim, as normas se estabelecem a partir de saberes biológicos comuns dessa espécie. Desta forma, temos a Biopolítica como ferramenta para disciplinar os comportamentos individuais. Foucault (1999b) defini Biopolítica como sendo a política sobre a vida que faz com que:

(...) a vida e seus mecanismos entrem em domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana; não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente. (p. 134)

A articulação das diferentes estratégias de poder “se mantém no permanente conflito entre juntar e separar” (Veiga-Neto, 2010, p.7). Há um processo de individuação, onde cada indivíduo se auto-disciplina, mas há também o processo de totalização (que atua na população) que disciplina e normaliza. Pode-se dizer que a norma é um mecanismo de poder contínuo, regulador e corretivo, que serve ao poder disciplinar e ao Biopoder. Ela é aplicável a um corpo ou a uma população.

Para Foucault, a população aparece como um campo de intervenção importante na técnica de governo que passa a ser coletiva em detrimento das estratégias mais individuais (disciplinares). Não é que se tenha eliminado a disciplina por completo, mas o foco passa a ser a população. Há uma triangulação (soberania-disciplina-gestão governamental) com foco na população e os dispositivos de segurança passam a ser mecanismos essenciais.

Para que esta triangulação funcione, indica que são necessárias instituições, procedimentos. A este conjunto, Foucault chama de Governamentalidade, unindo duas palavras, governo e mentalidade, reforçando uma interdependência entre as práticas de governo e as mentalidades que sustentam estas práticas. Logo, a Governamentalidade pode ser entendida como um conjunto de estratégias que visam governar os sujeitos, de constituir o controle, a normalização e a moldagem (Fimyar, 2009). Segundo Lemke (apud Fimyar, 2009):

a governamentalidade, como conceito, identifica a relação entre o governo do Estado (política) e o governo do eu (moralidade), a construção do sujeito (genealogia do sujeito) com a formação do Estado (genealogia do Estado). (p. 38)

Portanto, a Governamentalidade mostra-se como um conjunto de técnicas, estratégias, discursos, tecnologias que abarca cálculos e estratégias de poderes do Estado, como os jurídicos, fiscais, sanitários, educacionais, administrativos, legais, organizacionais que buscam gerenciar os hábitos sociais, a vida econômica, a saúde, a educação, entre outros aspectos da população. A população passa a ser um campo de intervenção.

Uma das formas de intervenção é a estratégia de poder através dos números, comumente encontrada na saúde. Santos (2002) aponta o papel relevante que os números tem tido na nossa vida, pois eles se constituem como uma tecnologia de governo. Segundo ele, vivemos, na atualidade, sob a égide da episteme da quantificação, pois imperceptivelmente, buscamos nos enquadrar em padrões (numéricos e científicos) que direcionam nossos modos de viver. Nesse processo, percebemos um afastamento do indivíduo e um velamento das diferenças, já que os padrões numéricos nada mais são que pontos em uma curva estatística, sem personalidade nenhuma. Dessa maneira, números indicam normas, criam significações e validam um saber sobre um determinado assunto.

Castiel (2010), ao estudar a influência dos números no modo de viver, vai mostrando como eles tem um papel importante na vida da sociedade, eles são preditores e reguladores de uma conduta, de um jeito de viver que deve ser seguido. Com isto, alcançaríamos uma saúde que se constitui como “ideal” nas práticas discursivas. Castiel define esta captura como o epidemiopoder, que define como normas e formas de disciplinar a população através de discursos de focados no comportamento saudável. Refletir sobre os deslocamentos que acontecem, a partir destas estratégias de poder, mostra-se interessante e perspicaz. O epidemiopoder atua sobre os indivíduos, fazendo com que eles busquem, a qualquer preço, a vitalidade, através do consumo de práticas saudáveis e tecnologias (sustentadas por provas científicas). A questão é que estas medidas preventivas e terapêuticas acabam se confundido com a própria vida.

Dentre as estratégias de poder sobre a vida, a Estatística tem se mostrado ao longo do tempo, como uma importante ciência do Estado, que congrega diferentes informações, dimensões e fatores de poder (Traversini; Bello, 2009). Com a necessidade de gerenciar os riscos, de controlar o acaso, os cálculos probabilísticos ganharam importância e mostram-se, ainda hoje, fundamentais para o governo do Estado. Raposo (2009) aponta que a racionalidade da sociedade moderna, com seus cálculos de previsão, controle e probabilidade, deu origem ao que Lupton (apud Raposo, 2009) chama de mito da calculabilidade, onde impera a probabilidade, com técnicas sempre mais sofisticadas de mensurabilidade e categorização estatística.

Traversini e Bello (2009) discutem, no artigo *O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar*, como as medidas, os índices e as taxas adquirem importância em ações governamentais, a ponto de gerarem programas e ações para administrarem condutas individuais e coletivas:

Conduzir, regular e normalizar uma população não requer unicamente a extração de saberes sobre ela – como o vem fazendo a antropologia, a psicologia social, a demografia, entre outros. Além disso, há necessidade de se produzirem registros sobre essa população, para propor, para acompanhar e para avaliar intervenções, quantificando os seus aspectos mais característicos e de interesse, formulando saberes para depois disponibilizá – los aos governos e à sociedade. Os saberes construídos por diferentes instituições e experts, com base em dados coletados, em registros, em comparações, subsidiam decisões administrativas para manter e otimizar as características desejáveis da população. (Traversini, Bello, 2009, p.137)

Na área da saúde, encontramos facilmente esta tecnologia de governo – da quantificação, mensuração – como, por exemplo, na Atenção Básica, onde encontramos uma série de fichas e protocolos que são utilizados para construir bancos de dados que, geralmente, não são utilizados como fonte de informação pelas mesmas pessoas que fornecem/produzem os dados. Tais dados, quando muito, são utilizados pelos gestores e cientistas que, a partir dos registros, das

medidas e da Estatística, falam de como foi o cuidado, se houve cuidado e se este foi resolutivo.

Em um banco de dados nacional como o que encontramos no site do DATASUS²², ou em sites das Secretarias de Saúde, se pesquisarmos sobre algum município, o que encontramos são os mesmos indicadores – quando os encontramos –, seguindo as metas do Ministério da Saúde. Não vou me estender nesta reflexão agora, já que o meu tema de pesquisa é a área de Saúde Mental, mas seria interessante que pesquisas fossem realizadas com o intuito de avaliar se o registro das informações e as estatísticas que surgem, a partir dos registros sobre o perfil epidemiológico do território, tem sido utilizados pelos trabalhadores para o planejamento de ações, de acordo com a necessidade local e da população adscrita.

Bello cria o neologismo numeramentalidade (2012a; 2012b; 2012c), numa perspectiva pós-estruturalista, para indicar como os números, utilizados na contemporaneidade, são “uma expressão que design[e] a combinação entre artes de governar e as práticas de numerar, medir, contabilizar, seriar e que, num viés normativo, orientariam a produção enunciativa de práticas sociais contemporâneas” (Bello, 2012a, p. 90). Como práticas discursivas, os números que surgem para medir, contabilizar, seriar são os mesmos que forjam, inventam, produzem realidades (Bello, 2012a).

Na saúde, assim como em muitas outras áreas do conhecimento, estamos subjetivados pelas práticas discursivas da numeramentalização e, por consequência, até mesmo profissionais que se posicionam de uma forma crítica ao modelo produtivista, se subjetivam pelos números e buscam indicadores que qualifiquem seu trabalho.

²² O DATASUS (Departamento de Informática do SUS), disponibiliza informações da situação sanitária do país. Uma das seções é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que disponibiliza informações sobre equipamentos, serviços e profissionais, tanto do sistema público como do privado (Brasil, 2014).

Não podemos ser ingênuos e não perceber que as informações solicitadas nas fichas de registros de procedimentos instituem verdades. Verdades que serão buscadas pelos profissionais dos serviços de saúde, como, por exemplo: quando se define a taxa de cobertura da vacina da gripe em idosos, ou uma meta de realização de exames citopatológicos preventivos para câncer de colo de útero em uma determinada faixa etária. Os profissionais de saúde incorporam a lógica neoliberal, da produtividade máxima e buscam atingir estes números, atender as metas, mesmo quando a necessidade de atenção em saúde, no seu território, não tenha relação com os indicadores instituídos.

Na Saúde Mental, no final de 2012, houve uma alteração de registro de procedimentos para faturamento dos CAPS, onde passou-se a especificar que tipo de ação é feita, qual categoria profissional realiza, a quem se destina e se a ação foi realizada dentro ou fora do CAPS. Esta nova regulação é uma prática discursiva que forja uma forma de se estruturar um CAPS, definindo, em âmbito nacional, que ações serão oferecidas e quais profissionais irão compor as equipes.

Então, é possível analisar este fenômeno através da perspectiva da numeramentalidade, que investiga a maneira como os números são utilizados no governo da vida. Assim, é possível analisar como se dá o uso dos números como detentores de verdades, e quais as relações de poder existentes no uso e nos modos de registro. Enfim, como os números produzem discursos nas “verdades” que expressam?

Através da norma (como mecanismo biopolítico), a sociedade se molda em busca de atingir os parâmetros, as medidas, os resultados considerados satisfatórios ou desejáveis. Dessa forma, vamos criando um ranking dos que seguem as normas, colocando-os como destaques, como modelos a serem seguidos e, os que não seguem, sentem-se culpados pela sua ineficiência em seguir a norma.

As avaliações de serviços de saúde seguem esta lógica e uma série de fatores são escolhidos como os fundamentais para um tipo de serviço, estabelecendo-se,

assim, uma norma de como este deve ser. Ao realizar a avaliação, os serviços que seguem a norma e apresentam tudo o que ela exige são valorizados, enquanto os outros são punidos e responsabilizados por não terem seguido/alcançado o preconizado. Neste jogo de poder, não há espaço para que outras subjetividades se manifestem. A norma é para todos, independentemente da singularidade do serviço, e deve ser seguida a qualquer custo.

Na próxima sessão abordo a avaliação de serviços no Brasil e no mundo, em particular sobre a avaliação de serviços de Saúde Mental, afim de explorar e melhor compreender como os processos normativos estão sendo instituídos e constituindo status de verdades nas diretrizes de atenção à saúde.



A AVALIAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE

Como se conta o que se faz?

O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental

A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Escrever sobre um dos temas centrais desta pesquisa, a avaliação, é um desafio. Sinto como se eu precisasse definir o que não acredito ser definível, pois significa delimitar o que acontece entre duas pessoas, durante a relação de cuidado, o qual não tem como ser nominado.

Para explicar melhor, conto a história de Pati, uma menina de doze anos, que estava há quase dois anos internada em uma ala infanto-juvenil de um hospital psiquiátrico. Ela era o “terror” da unidade e muitos tinham medo dela: os trabalhadores, os residentes e os outros pacientes. Ela estava se constituindo em uma lenda dentro do hospital e todos já tinham ouvido falar da Pati.

Eu estava iniciando meu estágio da Residência na unidade infanto-juvenil, sentia-me ansiosa depois de tudo que eu já havia escutado sobre a Pati, mas, junto com meus colegas, acreditava que tínhamos o dever de pensar outras possibilidades para essa menina. Três residentes iniciaram um trabalho de acompanhamento terapêutico, tentando fazer com que a Pati pudesse circular em outros espaços do hospital e também facilitar sua adaptação em um abrigo.

Entre bons e maus momentos com a Pati, entre cuspe, tentativas de mordidas, beliscões, mas também risos, abraços e diversão, combinamos que eu a acompanharia nas atividades recreativas oferecidas aos adolescentes na unidade do hospital. Acordei que participaríamos das atividades recreativas durante o tempo que ela conseguisse se controlar, sem agredir ninguém. Uma tarde estávamos nos dirigindo à sala onde haveriam as atividades recreativas, caminhávamos de mãos dadas, eu um pouco à frente da Pati, de repente ela me chama, olho para trás e recebo um tapa no rosto, o barulho assusta os que nos acompanhavam!

Olho para ela tranquilamente e informo que teríamos que voltar, já que ela não tinha conseguido se controlar. Ela chora, pede para irmos para a recreação e eu respondo que na próxima semana nós iríamos de novo e que, se ela conseguisse se controlar, ficaríamos lá durante toda a atividade. Voltamos para a unidade de internação, informei as técnicas de enfermagem o que tinha acontecido. Mal viro as costas e uma delas passa a brigar com a Pati, chamando-a de mal-agraçada, que eu fazia o favor de acompanhá-la e ela me agredia, Pati chora muito e a profissional encerra dizendo que eu devia estar brava com ela e não a levaria mais para as atividades recreativas.

Indigno-me com a situação, me sinto agredida e desrespeitada pela técnica de enfermagem, pela postura que teve sem conversar comigo. Retorno para sala, fico sozinha com a Pati e digo a ela que não estava brava, que entendia que ela não tinha conseguido se controlar, mas que acreditava que ela conseguiria no outro dia e que continuaríamos tentando. Ela, aos prantos, me olha e diz: “não desiste de tentar me ajudar”.

Com lágrimas nos olhos, respondo que não desistiria!

Este momento foi um divisor de águas na vida da Pati (e na minha), ela diminuiu sua agressividade e começou a lidar melhor com a adaptação para o abrigo que a receberia. Meses depois, ela saiu do hospital, foi morar no abrigo e os relatos que ouvi, passados alguns meses, foram que ela estava convivendo bem com as colegas do abrigo.

Não há como definir o que aconteceu naquele atendimento, qualquer palavra que eu tente usar, não mostrará a dimensão do que nos ocorreu. No entanto, nós duas fomos afectadas²³ e, a partir daquele momento, criamos novas possibilidades de

²³ Utilizo o conceito de afecção de acordo com a interpretação de Deleuze sobre Spinoza apresentada na Aula de Cours Vincennes de 24 de janeiro de 1978, onde ele define que afecção é um tipo de ideia, na qual um corpo sofre a ação de outro corpo. Para Spinoza, nesta relação, sempre deverá haver um contato, pois não há uma afecção a distância. Na afecção, indica-se mais do corpo modificado do corpo que modifica sem que seja necessário saber o que é o corpo

estar na vida: eu, como uma profissional que podia lidar com “um dos piores casos do hospital” e fazer diferença na vida dela, e, ela, ressignificando suas vivências de violência e abandono.

Retornando ao tema dessa seção, a avaliação e o como se conta o que se faz, percebo a complexidade em estabelecer indicadores avaliativos quando se pensa no cuidado em Saúde Mental. Sendo assim, como um ponto de partida, opto em me aventurar pelo conceito de avaliação na área da educação, em um desejo de aproximação com uma avaliação que possa considerar a singularidade dos sujeitos.

O tema da avaliação é bastante discutido na área da Educação. Perrenoud (1999) nos conta que a avaliação surgiu no século XVII, mas foi amplamente difundida com a educação obrigatória no século XIX, constituindo-se com significâncias individuais: sendo um terror para uns e uma bonança para outros. Estes significados se dão a partir das experiências que cada um teve na infância, mas, independente disto, por muito tempo, as avaliações serviram para estigmatizar alguns e celebrar a excelência de outros (Perrenoud, 1999).

Hoffmann (1991, 1994) conceitua avaliação como o momento em que se reorganizaria a questão do saber, um processo em movimento entre ação e provocação, uma troca de ideias entre os envolvidos para reorganização destas ideias, se opondo ao paradigma transmitir-verificar-registrar.

Por mais que sejam teorias educacionais, percebo uma relação muito próxima com a área da saúde. A avaliação em saúde também deveria ter o papel de provocar os trabalhadores para reorganizar as suas ideias e, assim, transformar seu processo de trabalho. No entanto, pelo que tenho pesquisado, a avaliação em saúde pouco supera o transmitir-verificar-registrar.

modificado, o que é o corpo que modifica e as causas que produzem a modificação.

Para Perrenoud (1999), avaliar, como tem acontecido nas escolas, é priorizar um modo de estar em aula e no mundo, reconhecer formas e normas de excelência, estabelecendo um aluno modelo. Este modelo não tem consenso, ele é definido a partir das relações de poder e das produções de verdade da sociedade. O autor também afirma que a avaliação pode ser um instrumento de aprendizagem para o aluno e que a pedagogia tem buscado colocar a avaliação mais a serviço do aluno que do sistema (Perrenoud, 1999).

E na saúde, as avaliações tem servido mais ao sistema ou aos usuários?

Sem a intenção de responder esta pergunta (não ao menos neste texto), abordo os conceitos, concepções e a evolução histórica dos modelos avaliativos na área da saúde.

Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault (1997) afirmam que cada avaliador constrói o seu próprio conceito sobre avaliação. Alguns autores aparecem como referência nestas conceituações. Na busca de classificar os tipos de avaliação, segundo Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault (1997), Guba e Lincoln classificam a avaliação em quatro gerações; Patton divide em seis grandes famílias e cada uma dessas famílias em seis categorias e, Chen diferencia as avaliações em: a) baseadas em método; e, b) em discussão teóricas, sobre a relação entre a intervenção e o contexto que estão inseridas e os resultados obtidos. Estes são apenas alguns exemplos para mostrar a pluralidade de concepções, tipos e modelos de avaliação que podemos encontrar nesse campo.

A avaliação na área da saúde surge para testar a utilidade das intervenções, vinculada à Epidemiologia e à Estatística (Hartz, 2009). Contudo, a concepção de avaliação e avaliador foram mudando e sofrendo influências de outras áreas, como das Ciências Sociais. Porém, sendo reducionista ao extremo, pode-se dizer que avaliar é julgar, emitir um parecer sobre uma intervenção. Através de ferramentas instituídas, fornecer informações científicas e socialmente legítimas sobre algo. Este julgamento pode ser a partir da aplicação de alguns preceitos,

chamando-se de avaliação normativa, ou a partir de um método científico, caracterizando a pesquisa avaliativa (Contandriopoulos, 2006).

Segundo Hartz (2009), a avaliação é um processo antigo. Na China, data de mais de quatro mil anos. No entanto, sua utilização no Ocidente inicia no século XIX com a chamada avaliação de primeira geração (Hartz, 2009). Na primeira geração (1800-1930), a avaliação teve o papel de verificar se as mudanças propostas por governos causavam transformações na melhoria da qualidade de vida das populações. Fundamenta-se basicamente em medir. Os conhecimentos estatísticos e epidemiológicos compõem os métodos, fazendo da avaliação um instrumento para classificar e encontrar os desvios em relação à norma.

Na década de 1930, este tipo de avaliação é questionada e propõe-se uma avaliação formativa (segunda geração), onde se determina até que ponto o programa atingiu seus objetivos e se indica a forma de aprimorar o mesmo. Nesta fase, também surge a pesquisa-intervenção, onde o avaliador sai do papel de mero coletador e passa a avaliar através da descrição, compreensão da estrutura e conteúdo do programa. Nesta geração, o conceito de medida e avaliação se distinguem.

Na terceira geração (final da década de 1950), a avaliação passa a questionar os objetivos dos programas avaliados. Além disso, ela analisa os fatores que auxiliam na compreensão de como os objetivos são atingidos, buscando aumentar a eficácia dos programas. Neste período, percebe-se um descompasso entre a avaliação que é realizada, com base no conhecimento científico, e a necessidade dos gestores, tanto no que se refere ao tipo de informação gerada pela avaliação, como no tempo de publicação dos dados.

No período de 1973 a 1989, vê-se a institucionalização da avaliação associada ao crescente número de publicações, à profissionalização e à normatização. O salto tecnológico na área da informática permitiu uma melhor exploração dos dados. Como explicam Dubois, Champagne e Bilodeau (2011), até este momento

(1989), a avaliação segue um modelo positivista de produção de conhecimento, sendo realizada por especialistas, que, se espera, dominem o método científico.

A partir de 1990, surge a quarta geração da avaliação, apresentada por Guba e Lincoln (Hartz, 2009; Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011). Nesta geração, a avaliação passa a ser relativizada. Questiona-se o seu papel político e a presunção da objetividade, já que a pluralidade de valores do momento histórico e das pessoas direcionam as ações, as questões e o método avaliativo. Com o advento da quarta geração da avaliação, buscou-se uma forma inclusiva e participativa, onde há espaço para um processo de negociação entre os atores envolvidos, sendo que o avaliador faz parte do processo (Hartz, 2009).

Hartz (2009) ainda apresenta a quinta geração da avaliação. Nela, considera que a implicação dos atores envolvidos na intervenção influencia não somente os resultados, mas também gera um aprendizado para os atores que participam da intervenção. Na quinta geração, propõe-se que a sociedade participe de todas as etapas avaliativas e o avaliador exerça um papel pedagógico na mediação e análise do processo avaliativo.

Na tentativa de relacionar os conceitos apresentados com a realidade de avaliação em saúde no Brasil, percebo que as diferentes gerações coexistem no sistema de saúde brasileiro. Se explorarmos os sistemas de informação, tendo como exemplo os dados²⁴ encontrados no DATASUS, ali há uma quantificação de produtividade, de diagnósticos, de coberturas, a partir de registros feitos em serviços de saúde, por trabalhadores que, muitas vezes, não sabem o que será gerado a partir daqueles dados, resultando, para alguns, um trabalho alienado e sem comprometimento.

A avaliação de dados é um fenômeno complexo que acontece a partir de vários

²⁴ O dado é um número bruto, uma quantidade. É importante que seja definido de acordo com a informação que se deseja obter. A decisão de se utilizar um dado ou outro demonstra os valores, a ideologia e a concepção de avaliação que se tem (Brasil, 2005a; Ferreira, 1999). A partir da combinação dos dados e da interpretação por parte do sujeito, obtemos a informação.

fatores e a qualidade em descrever uma realidade dependerá de uma “boa” escolha dos dados, da “competência” para transformar os dados em informação e dos “interesses” envolvidos no estabelecimento de indicadores.

Ferla, Ceccim e Alba (2012) defendem que se precisa mais que bons e confiáveis bancos de dados para produzir um modelo de gestão para a implementação das políticas de saúde. Utilizam Contandriopoulus (apud Ferla, Ceccim e Alba, 2012) para explicar que, para o uso da avaliação como ferramenta de qualificação do SUS, há a necessidade de um julgamento avaliativo crítico, questionador para que a avaliação implique em processos de aprendizado cotidianos. Para eles:

o ciclo de compreensão mais adequado para o processo informacional não será mais restrito ao intervalo dado-informação ou mesmo dado-conhecimento (...) O intervalo para a compreensão mais adequada (...) é: dado/informação-inteligência coletiva, ou seja, para além do caráter instrumental da informação como variável técnica no processo decisório. (Ferla; Ceccim; Alba, 2012, p.5-6)

Seguindo estes autores, deve-se perceber e utilizar o cotidiano de trabalho como um espaço de produção de conhecimento, importante para reordenar saberes e práticas. Nesta situação, a informação não tem um caráter somente instrumental, pois ela daria visibilidade para descontinuidades e tensionamentos nos processos de trabalho e nos modelos de gestão (Ferla; Ceccim; Alba, 2012).

Como a informação, o indicador²⁵ também possui, além da relevância técnica, uma relevância política. Ele é utilizado como uma ferramenta que estabelece sentidos a sujeitos e ao cuidado em saúde. Na área de Saúde Mental, não temos institucionalizados indicadores, o que se verifica são pesquisas que ocorrem em diferentes instituições acadêmicas e que utilizam protocolos e métodos diferenciados. Quando pesquisamos no site do MS, o que encontramos são dados

²⁵ O indicador é um parâmetro através do qual se estabelece uma distinção entre o desejável ou não. O indicador objetiva criar a parametrização do fenômeno que está sendo analisado (Franco, s/d; Ferreira 1999)

de cobertura dos diferentes níveis de atenção.

No documento Saúde Mental em Dados – 10 (Brasil, 2012c), podemos ver a mudança de cenário que houve no Brasil, nos últimos anos, em relação ao investimento e ao modelo de Rede de Atenção em Saúde Mental. No ano de 1998, tínhamos 148 CAPS cadastrados no Brasil, sendo que, em 2011, este número passou para 1742 (crescimento de 1077%). Se compararmos ao número de leitos em hospitais psiquiátricos, encontramos, no ano de 2002, um total de 51.393, enquanto que, em 2011, este número foi reduzido para 32.284 (decréscimo de 37,18%).

Outro dado apresentado no documento é a cobertura de CAPS, sendo que, no ano de 2001, atingiu-se a taxa de 0,21% (considerada uma cobertura baixa) e, no ano de 2011, um valor de 0,72% (considerada uma cobertura muito boa). No entanto, há uma disparidade grande entre as taxas de coberturas dos Estados e Regiões nesse ano (2011): a taxa de cobertura de CAPS do Distrito Federal (0,25%) e do Acre (0,27%) diferem muito daquele do Estado da Paraíba (1,27%) e do Rio Grande do Sul (1,07%).

Outros equipamentos da Rede de Atenção ampliaram sua cobertura. No ano de 2011, havia 625 pessoas morando em SRT, um crescimento expressivo se compararmos com o ano de 2002, quando eram apenas 85 pessoas (crescimento de 635%).

Porém, estes números não dimensionam como está o cuidado em saúde mental no país. A ampliação de serviços substitutivos não garante a ampliação de acesso, já que sabemos que o acesso muitas vezes é burocratizado e os serviços não são estruturados a partir do perfil dos usuários, mas sim que o usuário se adapta ao serviço oferecido.

Mensurar a qualidade do cuidado é complexo e deve-se tomar uma série de cuidados. Donabedian (apud Ferreira, 1991) definiu qualidade de cuidados como

“o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todos seus componentes” (p.98). Ao refletir sobre este conceito, algumas cenas me veem à mente e me deixam apreensiva, porque se a qualidade está baseada no equilíbrio entre ganhos e perdas esperadas em relação ao caso, qualquer intervenção com usuários (ditos) crônicos já será qualidade.

Vou apresentar a história de Ammar, uma das situações não exitosas que encontrei em minha trajetória profissional. Ammar era um refugiado da Faixa de Gaza que chega ao Brasil através de uma Agência da ONU para refugiados. Quando conheci Ammar, ele já vivia aqui há mais de dois anos. Eu estava iniciando em um CAPS AD e o caso estava sendo discutido na reunião de equipe. A descrição era de um homem jovem que não entendia português, tinha um uso prejudicial de álcool e, por isto, ficava muito exposto. Ele não sabia localizar-se na cidade, nem deslocar-se com transporte coletivo, apenas andava pela cercanias da sua casa e de outros refugiados que eram seus amigos. Ele vivia sozinho, sem renda, mantendo-se com uma bolsa destinada aos refugiados nos primeiros anos que estão no Brasil. No seu caso, ela já deveria ter sido cortada, mas ele não tinha condições nenhuma de se manter sem ela. A Técnica de Referência (TR) do Ammar era muito vinculada a ele e, para atendê-lo, costumava ir na sua casa. Muitos conflitos culturais, muitas vulnerabilidades estavam envolvidas neste caso, pois faltava a Ammar projetos, sonhos, compreensão e até comunicar-se e, de fato, ser entendido. Na reunião de equipe, define-se que eu realizaria o Acompanhamento Terapêutico (AT) com Ammar. Então, comecei a visitá-lo junto com sua TR.

Ele morava só em um apartamento e nós, éramos duas mulheres que visitavam sozinhas a casa de um palestino. Aí já tem um choque cultural, pois qual era o papel da mulher na cultura dele? Para resolver isto, ele mesmo começou a nos chamar de mãe (TR) e irmã (eu), nos dando um papel onde as visitas eram

aceitáveis. Esta foi a interpretação que tivemos, mas como tínhamos o problema da língua e da cultura, nunca saberemos o que era isto realmente significava para ele. A questão da língua era algo muito importante, Ammar, embora tivesse estudado português, não aprendeu a língua e mantinha-se arriscando algumas palavras em português ou falando em inglês ou até francês e, quando estava muito agitado, falava em árabe.

Foram muitos atendimentos, momentos mais estáveis e momentos de muita preocupação. O problema de Ammar era beber e sair pelas ruas da cidade, desprotegido. Situações em que ele era agredido e roubavam-lhe coisas, inclusive no apartamento em que vivia. No cuidado a Ammar, várias tentativas foram realizadas, desde descobrir formas que ele tomasse as medicações sozinho, vinculação com a comunidade mulçumana do município, até internações hospitalares e em CT. A equipe, apesar de usar as ferramentas que estavam ao seu alcance, sentia-se frustrada por não oferecer um cuidado que diminuísse o sofrimento de Ammar.

Chega um dia que tiram o Ammar do apartamento, justificando que o aluguel estava muito alto, que devira reduzir os custos e que vizinhos reclamavam dele. Colocaram ele em uma casa, em um bairro afastado. Nosso vínculo com o Ammar foi enfraquecendo, a correria do serviço e as múltiplas atividades que tínhamos, junto à falta de veículo para fazer visita, fez com que elas diminuíssem. Além disso, era raro encontrá-lo em casa, pois ele não aceitava a mudança.

Os cuidados dispensados a Ammar eram realizados pelo CAPS e pela Organização responsável pelos refugiados na cidade. Eles assessoravam nas questões financeiras e na sua manutenção na cidade. Encontrávamos muitos conflitos nessa relação, pois Ammar não confiava neles e nós não entendíamos claramente quem e como era o financiamento dele no país. Eles pagavam o aluguel, providenciavam alimentos e outras necessidades que ele pudesse ter. Enfim, talvez sem perceber, eles que determinavam onde ele iria morar, o que devia

comer e o que poderia fazer. Ammar se contrapunha bebendo e ficando na rua, passando dias sem retornar para casa.

A situação só piorava, até que realizamos uma internação mais prolongada, na tentativa de evitar que morresse em decorrência das agressões que sofria, por desnutrição ou até por algum acidente, quando estivesse embriagado. A internação foi mais uma terapêutica fracassada, pois em uma saída do hospital, na tentativa de adaptação para retornar à casa, logo depois que chega na cidade, bebe muito e vai para o CAPS. O conduzimos de volta para a internação, mas com a constatação de que a internação serviu, apenas, para fortalece-lo fisicamente, mas não havia adiantado em nada para a melhorar sua relação com a bebida.

Uma outra tentativa terapêutica foi um encaminhamento para um SRT em outro município (divisa com o do CAPS). Pelo que lembro, foi seu melhor período. Houve resistências no início, mas com o tempo foi se adaptando e construindo vínculos com os outros moradores.

Mas um dia ele resolve pegar a estrada e voltar para o município de origem!

Afastei do serviço e não tive mais detalhes do caso, a última informação que tive foi que em 2014 ele faleceu.

De que qualidade estamos falando para avaliar o cuidado em um caso destes? Como profissional que atendeu Ammar, sinto que fomos falhos, não de forma intencional, muito menos individual, mas pela falta de uma Rede que seja integrada. Ammar não via nenhuma pessoa da sua família há anos, pedia para fazer ligações telefônicas, mas não eram realizadas. Ele tinha muita dificuldade com a língua, passados os dois anos de adaptação. Ele não teve um intérprete que pudesse nos auxiliar na comunicação. Como construir um projeto de vida om alguém nesta condição? Como entender do que lhe causa sofrimento quando não há uma língua comum.

Não pretendo responder tais questões e nem aprofundar a discussão, mas acredito

que cada leitor, ao conhecer o caso de Ammar e as intervenções realizadas, avaliaria de forma diferente a qualidade do cuidado dispensado!

Donabedian afirma que é desastroso realizar uma mensuração da qualidade do cuidado em saúde, sem que este conceito esteja bem definido. (1997). Não há como negar que conceitos de cuidado e qualidade são subjetivos, na sociedade ocidental, e estão pautados nas verdades instituídas e amparadas pelas pesquisas científicas. No entanto, avaliar o cuidado em saúde, não é o mesmo que pesar um saco de batatas, como afirmou Donabedian (1997), minimizar a avaliação desta forma é um risco que pode ocorrer quando quem pensa a avaliação está distante da prática clínica. Outra questão é que elementos que parecem fáceis de mensurar podem causar ilusões e não devemos menosprezá-los, sendo possível, para Donabedian (1997), definir qualidade tendo consciência das várias formulações possíveis e legítimas que estão relacionadas com o lugar de onde estamos, da nossa função e abrangência das nossas responsabilidades.



COMO CONTA-SE A SAÚDE

COMO CONTA-SE A SAÚDE

Avaliação da Atenção Básica

A partir de 2003, práticas avaliativas, no contexto do SUS, ganham relevância no cenário brasileiro. Em 2005, é instituída a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, onde o MS coloca-se como indutor do exercício de avaliação nos serviços de saúde. O documento Avaliação na Atenção Básica em Saúde – Caminhos da Institucionalização (Brasil, 2005a) apresenta a necessidade da avaliação se tornar uma conduta cotidiana dos serviços, como práticas integradas ao processo de trabalho das equipes de saúde. A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica buscou influenciar os comportamentos dos trabalhadores gerando mudanças no modelo de atenção no SUS (Hartz, 2002).

A implantação dessa Política Nacional (Brasil, 2005a) está baseada em seis componentes: o monitoramento e a avaliação; o desenvolvimento da capacidade avaliativa; a articulação sistemática e a integração das ações; a cooperação técnica e a articulação interinstitucional; a indução e a gestão de estudos e pesquisas; e, a produção de informação e comunicação. Para cada componente, foram propostos projetos estratégicos para a efetivação, a descentralização e a institucionalização da cultura avaliativa.

Entendo que, embora meu tema principal seja a Saúde Mental, é importante analisar como a avaliação vai se naturalizando (ou não) na AB e que modelos avaliativos são utilizados, pois tais elementos me dão pistas das relações de poder e dos interesses envolvidos no processo histórico, fundamentais para a leitura e a análise de documentos referentes à avaliação em Saúde Mental.

Em consonância com a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, surge como proposta a Avaliação para Melhoria da Qualidade

(AMQ) da ESF, como uma forma de consolidar a Política e descrita como importante estratégia de qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

A AMQ caracterizava-se como uma auto-avaliação, a partir de instrumentos pré-estabelecidos direcionados a cada perfil: gestores, coordenação e trabalhadores. Seu objetivo era oferecer ferramentas para um diagnóstico situacional e planejamento de intervenção, identificar áreas críticas, sendo suporte para gestores locais desenvolverem planos de ação que qualifiquem a atenção da ESF. Além disso, visava contribuir para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, tanto em nível local, quanto na gestão estadual e municipal (Brasil, 2005b).

Segundo o Documento Técnico (Brasil, 2005b), a metodologia utilizada na realização da AMQ era de natureza interna, sendo conduzida, em todas as etapas, pelos atores envolvidos. Caracterizava-se por um processo participativo que envolvia gestores e profissionais, identificava o estágio de desenvolvimento da ESF e a implementação da cultura avaliativa, desencadeando um processo de melhoria contínua da qualidade.

A AMQ segue o modelo baseado na teoria de sistemas proposta por Donabedian (Brasil, 2005b), que considera os elementos de estrutura, processo e resultado para a avaliação, como mostra a figura a seguir:

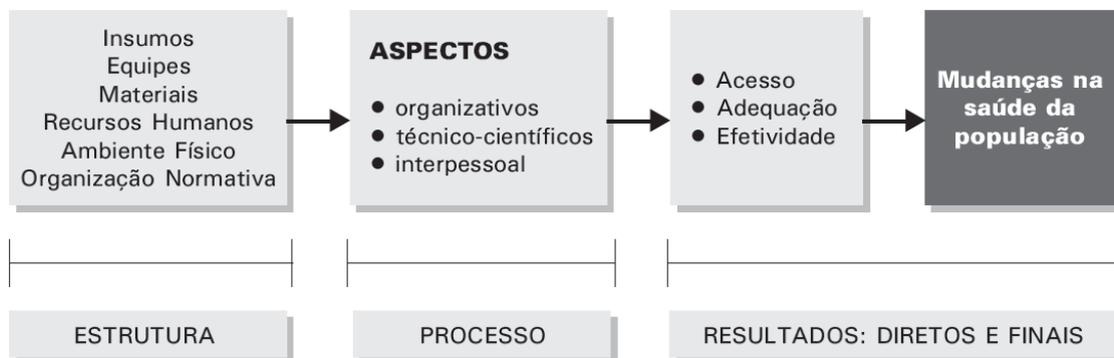


Figura – Elementos de avaliação das Equipes de Saúde da Família

Fonte: Brasil, 2005b

Na proposta da AMQ, foram escolhidos dois elementos para serem avaliados: a gestão e a equipe. Cada elemento tem dimensões construídas a partir das atividades que realiza. Há também subdimensões onde verifica-se o padrão de qualidade que a gestão ou equipe está. No Quadro 1, a seguir, apresento os componentes da AMQ da ESF:

Quadro 1- Componente da Avaliação para Melhoria da Qualidade

Unidades de Análise	Dimensão	Subdimensões
Gestão	Desenvolvimento da ESF	Implantação/implementação da saúde da família no município
		Integração da Rede de Serviços
		Gestão do trabalho
		Fortalecimento da Coordenação
	Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração
		Acompanhamento das Equipes
		Gestão da Educação Permanente
		Gestão da Avaliação
		Normatização
	Unidade de Saúde da Família (USF)	Infraestrutura e Equipamentos da USF
Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos		
Equipes	Consolidação do modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família
		Acolhimento, Humanização e Responsabilidade
		Promoção de Saúde
		Participação Comunitária e Controle social
		Vigilância à Saúde I: Ações gerais da ESF
		Saúde da Criança
	Atenção à Saúde	Saúde do Adolescente
		Saúde de Mulheres e Homens Adultos
		Saúde de Idosos
		Vigilância à Saúde I: Doenças Transmissíveis
		Vigilância à Saúde I: Agravos com prevalência regionalizada
		Padrões loco regionais

Fonte: Brasil (2005b)

São cinco formulários (um para cada dimensão) e as questões estão divididas em padrões de qualidade seguindo o estágio que a unidade de Saúde da Família, está sendo: Estágio E – Qualidade Elementar; Estágio D – Qualidade em Desenvolvimento; Estágio C – Qualidade Consolidada; Estágio B – Qualidade Boa; e, Estágio A – Qualidade Avançada. A resposta para cada questão é sim ou não.

A seguir, apresento o Quadro 2 com as dimensões a serem avaliadas, a quem é direcionado o instrumento e o número de questões.

Quadro 2 – Caracterização dos formulários da Avaliação para Melhoria da Qualidade

Dimensão	Ator que responde	Nº de questões
Desenvolvimento da ESF	Gestão	60
Coordenação Técnica das Equipes	Gestão	40
Unidade de Saúde da Família (USF)	Equipe	40
Consolidação do modelo de Atenção	Equipe	70
Atenção à Saúde	Equipe	90

Fonte: Brasil (2005b)

Ao analisar os instrumentos, busquei questões que referissem o tema da Saúde Mental e encontrei duas questões voltadas à gestão, ambas de padrão de Estágio A (Avançado). Uma questão refere-se à integração da equipe e outra se havia protocolo nas unidades para atendimento de urgências em Saúde Mental. Ainda referente à gestão, também encontrei outras duas questões que incluíam as diversas áreas programáticas. Em uma delas, verificavam se haviam formações aos trabalhadores nas diferentes áreas (Saúde Mental, AIDS, tuberculose, etc.) considerando a necessidade do grupo de trabalhadores (Estágio B) e a outra questão verificava se havia, na gestão, integração entre as diversas áreas programáticas (Estágio A).

Direcionado às equipes, encontrei seis questões que abordavam o tema da Saúde Mental: uma na dimensão Consolidação do Modelo de Atenção, de Estágio B, que questionava se eram realizadas atividades coletivas regulares com portadores de

transtornos mentais. As restantes eram da dimensão Atenção à Saúde, nos Estágios A, B, C e D, para avaliar os registros dos casos, as internações psiquiátricas no território, o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas e portadores de transtorno mental e as ações de reabilitação psicossocial.

Em 2011, a Portaria nº 1.654, de 19 de julho, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (Brasil, 2011d), com o objetivo de “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável” (p.1). Dessa forma, propõe-se a construção de parâmetros de comparação, melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade, tanto na gestão, quanto no processo de trabalho e nos resultados alcançados.

O PMAQ é composto por quatro fases: Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. Neste estudo, me focarei nas fases de desenvolvimento e avaliação externa, em que são aplicados instrumentos avaliativos. A Fase 2 – Desenvolvimento é composta pela auto-avaliação (AMAQ), o monitoramento de indicadores contratualizados na adesão, a educação permanente e o apoio institucional. Na Fase 3 – Avaliação Externa, há uma certificação das equipes de saúde, baseadas na avaliação da rede local, na satisfação do usuário e em estudos de base populacional referentes a acesso, utilização e qualidade da ATB.

Baseado na certificação, ocorre a classificação, através de um comparativo das outras equipes do seu estrato, assim como da evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ – AB. A equipe poderá ter desempenho insatisfatório, mediano ou abaixo da média, acima da média e muito acima da média. Tal classificação incidirá no valor do repasse do Piso de Atenção Básica Variável, recebendo um valor maior para um desempenho melhor.

A AMAQ foi construída a partir da adaptação da AMQ e de outros questionários

internacionais de avaliação de serviços de saúde. Como o AMQ:

Quadro 3 – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipe	Equipe Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L - Atenção integral à Saúde
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: Brasil (2005b)

Na AMAQ, se atribuem notas aos padrões que correspondem a uma escala de muito insatisfeito até muito satisfeito. Além da avaliação dos padrões de cada subdimensão, a AMAQ é composta por momentos de sensibilização dos gestores e equipes, discussão sobre a participação de todos os atores para ações de enfrentamento, a construção de uma matriz de intervenção com planos estratégicos e a avaliação dos resultados obtidos (Brasil, 2012d).

Na fase Desenvolvimento, percebe-se a tentativa de criar espaços de diálogo e planejamento nas equipes e das equipes com a gestão. Pinto, Souza e Florêncio (2012) apontam que provocar os espaços de diálogo, negociação e gestão tem o intuito de garantir as mudanças que foram contratualizadas na Fase 1 do PMAQ.

Em relação à Saúde Mental, seis padrões relacionam-se com o tema, todos pertencentes à dimensão “Equipe Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde”. Em três padrões, avaliam-se ações educativas e preventivas ao uso de álcool e outras drogas em relação à saúde do homem, do adolescente e saúde na escola, outros dois padrões referentes a acompanhamento a pessoas em sofrimento psíquico e uso de álcool e outras drogas e, também, um padrão referente a ações de inclusão social a portadores de sofrimento psíquico.

Uma outra Fase do PMAQ, como já citei anteriormente, é a Avaliação Externa. Ela consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes da ATB participantes do Programa. Esta fase é realizada em parceria com instituições de ensino e pesquis, para a realização dos trabalhos de campo.

A avaliação é dividida em quatro módulos, conforme a coleta das informações: no “Módulo I - Observação na unidade”, são avaliadas as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; no “Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde”, se verifica o processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado com o usuário, além disso, verificam-se documentos comprobatórios das ações; no “Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde”, verificar-se a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde; no “Módulo IV - Módulo on line”, gestores e equipes repondem, complementando os Módulos I, II e III (Brasil, 2012).

O instrumento de Avaliação Externa sofreu alterações no 1º Ciclo (2011/2012) e no 2º Ciclo (2013/2014). Nos dois ciclos, houve uma seção específica referente

à Atenção em Saúde Mental. No 1º Ciclo, denominada Atenção ao Usuário com Transtorno Mental e, no 2º Ciclo, Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico. Comparando os dois ciclos, nesta seção, não ocorreram mudanças relevantes. No 2º ciclo, as questões foram mais amplas e se referiam à Atenção a Pessoas com Transtornos Mentais/Sofrimento Psíquico, como, por exemplo, sobre os atendimentos prestados pela equipe, se há estratégias especiais para este público, tempo de primeira consulta, preparação da equipe para atender este público, registros de casos, assim como registros de casos de pessoas com problemas com o uso de crack, álcool e drogas e de pessoas com uso crônico de benzodiazepínicos (no 2º Ciclo, foi ampliada para antipsicóticos, anti-depressivos, estabilizador de humor, etc.).

Ademais, outras questões das entrevistas também se referem à Atenção à Saúde Mental e ao uso de crack, álcool e drogas. Questiona-se se há sinalização no mapa da unidade de grupos de agravos específicos, contemplando a Saúde Mental, se há diretrizes terapêuticas específicas, se realizam acolhimento espontâneo e se ofertam consultas. No 1º Ciclo, ao abordar questões educativas e de promoção de saúde, elas eram específicas para prevenção do uso de crack, álcool e drogas. No entanto, no 2º Ciclo, foi incluída a Saúde Mental quando se pergunta se são realizadas atividades educativas e de promoção de saúde. Além disto, foram incluídas questões de estratificação de risco, busca ativa e registro de encaminhamento para outros serviços.

A breve descrição que realizei dos instrumentos de avaliação utilizados, não teve por objetivo aprofundar uma análise sobre o PMAQ. Pesquisadores, trabalhadores, gestores e usuários apontam diversas questões polêmicas em relação ao Programa, assim como os atores que respondem o questionário. O repasse financeiro de maior valor para as unidades que atingem uma melhor certificação, as manipulações realizadas por gestores e trabalhadores no intuito de ter uma melhor nota, são algumas das críticas feitas. Cabe ressaltar que a verba que o município recebe pelo PMAQ pode ser acrescida no salário dos

trabalhadores, criando mais uma situação delicada, pois relatar a situação real ou não preparar a unidade para a avaliação do PMAQ – e assim receber uma nota baixa – poderá significar uma diminuição no salário do trabalhador e dos colegas.

Conforme escrevi anteriormente (1999), alerta que a avaliação desencadeia a busca por um modelo estabelecido, ocasionando a condecoração de alguns, como excelência. Os condecorados são os que seguem as normas e modelos que foram instituídos na avaliação. Programas de avaliação de serviços de saúde, como o PMAQ, podem reproduzir esta relação nas ESF e unidades parametrizadas, favorecendo quem se prepara para responder melhor o instrumento avaliativo. Então, percebo que uma avaliação com questionamentos e recompensas financeiras (como no caso do PMAQ) captura o trabalhador e gestores para que organizem o serviço de acordo com aquilo que o instrumento avalia e valoriza, deixando em segundo plano questões que podem ter emergido do próprio território ou da própria população. Com isso, os trabalhadores passam a trabalhar para atingir uma nota e, assim, conquistar uma recompensa (que pode ser um adicional no seu salário).

Por um outro lado, experiências como o PMAQ criam parâmetros que conduzem à execução de um mínimo de ações, registros, equipamentos e insumos que devem compor a Atenção Básica. No ano de 2013, participei da gestão de um Curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde voltado a avaliadores e supervisores do PMAQ, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nesta ocasião, orientei Trabalhos de Conclusão de Curso, além de participar de bancas em diferentes locais. Não tenho como não relacionar minhas reflexões teóricas ao que li e escutei nestas situações. A seguir, exploro experiências que foram relatadas e que me fazem atribuir uma ambivalência à avaliação externa do PMAQ.

Início contando um eufemismo criado entre avaliadores e supervisores do PMAQ,

a PMAQuiagem,²⁶ ou seja, as alterações realizadas nas unidades apenas para o momento da avaliação. Como exemplo, houve o relato de avaliadores sobre os equipamentos que eram levados de uma unidade para outra, até que um dos avaliadores percebeu que era o mesmo número de patrimônio; de informarem carga horária maior dos profissionais e, em outra situação, o avaliador ver o profissional em outro município.

Além disso, escutamos o relato sobre materiais e medicamentos que chegavam junto com as equipes de avaliação. Enfim, a PMAQuiagem é uma forma de maquiagem as condições reais dos serviços, no intuito de ser melhor avaliado.

Por outro lado, houve relatos emocionantes de avaliações em unidades de difícil acesso, localizadas em lugares tão distantes que nem os gestores da secretaria municipal de saúde costumavam ir. A visita da equipe de avaliadores, realizada nestas unidades, tinha um significado maior, pois era como se o próprio MS estivesse visitando o local. Isto pode parecer banal, mas se considerarmos a solidão que estes trabalhadores enfrentam no cotidiano, em locais onde o acesso é somente fluvial ou aéreo, que atendem em locais improvisados com recursos escassos e que o secretário de saúde vai apenas uma vez por ano, ter uma pessoa externa que visita, conhece e avalia o que vem sendo realizado significa ser reconhecido.

A partir do relatado, pontuo a relevância do papel do avaliador como um dispositivo de mudança no processo de trabalho da equipe da ESF. Podemos, para isto, pensar em dois perfis de avaliador, um que realiza um censo, chega na ESF, aplica o questionário sem qualquer compromisso com a realidade observada. E um outro perfil de avaliador que, ao aplicar o questionário, verifica também a situação da ESF, compartilha experiências, problematiza e, inclusive, orienta a ESF em relação a questões que eles estão tendo dificuldades em superar. Nesta

²⁶ PMAQuiagem foi um termo utilizado nas bancas de Trabalhos de Conclusão de Curso. Não tenho a fonte do termo, mas reproduzo o mesmo por descrever a forma com que muitos gestores agem para atingir melhores notas.

situação, ele exerce um papel pedagógico e a avaliação passa a ser um momento de reflexão que poderá criar novas possibilidades.

Dessa forma, avaliadores que foram, em uma mesma cidade, no primeiro e segundo ciclo do PMAQ, no posterior, contaram como é prazeroso verificar as mudanças que aconteceram na unidade e sentem-se agentes deste processo de mudança.

Todavia, as PMAQuiagens e as mudanças que partem da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica estão apoiadas em uma avaliação de dados objetivos da ESF, que visa verificar equipamentos, insumos, carga horária de profissionais, registro de ações realizadas na ESF (por exemplo, o acompanhamento de usuários com transtorno mental). Então, poderíamos afirmar que elas verificam ações, procedimentos, processos, mas, ainda não avaliam o cuidado.

Na Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, ainda que não tenha sido estabelecido um modelo de avaliação na Área de Saúde Mental, o MS vem estimulando e instituindo práticas avaliativas sobre o tema, através do lançamento de editais de fomento a pesquisas avaliativas, onde as instituições apresentam projetos e realizam-os, publicando os resultados em artigos científicos ou através de teses e dissertações.

Durante a escrita desta pesquisa, procurei os relatórios das pesquisas avaliativas em Saúde Mental, fomentadas por editais do MS, mas não obtive sucesso. Trago isto aqui, porque acredito ser um dado importante e um analisador sobre como as pesquisas avaliativas são feitas e como seus resultados, na integra, são de difícil acesso.

O Caderno de Diretrizes (Brasil, 2013) apresenta os objetivos, as metas e os indicadores de saúde do período de 2013–2015. Voltado aos gestores, apresenta indicadores em diversas áreas, propondo um planejamento integrado para o

SUS. A diretriz quatro é referente à Saúde Mental: “Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. ” O objetivo desta diretriz é ampliar o acesso aos cuidados de Saúde Mental e, também, a articulação da rede intra e intersetorial. Para atingir a meta, se propõe a ampliação do número de CAPS e, como indicador, o aumento da cobertura de CAPS.

Este tipo de documento reforça a importância de pesquisas que problematizem o dado e o indicador numérico como uma garantia de cuidado integral ao usuário.

No Encontro Nacional de RAPS²⁷, realizado em dezembro de 2013, o MS, através da Coordenação de Saúde Mental, publicizou que estava sendo implantado um modelo de avaliação de serviços de Saúde Mental, o QualityRigth. Eu estava presente no Encontro e pude assistir as manifestações contrárias e preocupadas com a utilização de questionários que não estejam adequados com os objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mais recentemente, em 2014, foi realizada uma oficina com trabalhadores e gestores de alguns municípios do Rio Grande do Sul para apresentar o instrumento e organizar o projeto piloto da sua aplicação. Em maio de 2015, no Mental Tchê²⁸, o coordenador da Saúde mental teve uma atividade que apresentou o cenário atual do QualityRight, informando que ainda não tinha sido aplicado nos municípios, mas que está traduzido para o português, com adaptações da culturais e que será realizado o piloto em alguns

²⁷ Nos dias 4, 5 e 6 de dezembro de 2013, foi realizado na região metropolitana de Curitiba/PR, o I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial do SUS, promovido pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, com a colaboração da Coordenação Municipal de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e o apoio da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Prefeitura de Curitiba e da Secretaria de Saúde do Paraná. O objetivo foi a troca de experiências, o aprofundamento da discussão e a elaboração coletiva de proposições sobre o trabalho em rede. Participaram do encontro: trabalhadores, usuários, familiares, gestores, docentes, pesquisadores, participantes dos movimentos sociais. Está prevista também a presença de autoridades nacionais e internacionais de diferentes países que compartilharam experiências e reflexões relacionadas às Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

municípios.

Avaliação de Serviços de Saúde Mental em uma perspectiva mundial

Em meados de 2004, no município que eu trabalhava, as casas asilares para idosos foram vistoriadas por equipes de saúde e assistência social do município em pactuação com o Ministério Público. Esta ação era vinculada à então recente Lei do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e à necessidade de adequação dos estabelecimentos para o cumprimento dessa lei. Eu participei de uma destas vistorias, em uma casa, onde se sabia: havia muitas irregularidades. Chegamos pela manhã, sem aviso prévio, buscando encontrar a realidade do local e não uma situação camuflada para a vistoria.

Quando chegamos lá, não encontramos nenhum responsável, tinha um funcionário que deveria atender todos os idosos. A casa se localizava no interior do município, em um grande terreno, onde havia um prédio de alvenaria com vários quartos, refeitório, sala de estar. Além deste prédio, havia outras casas em madeira distribuídas no terreno, que nos informaram que não abrigava nenhum dos moradores.

Enquanto o funcionário tentava localizar os responsáveis pela casa, a equipe de vistoria entrou e foi conversar com os moradores e conhecer as instalações. O que encontramos era preocupante: um espaço que deveria ser para idosos, tinha um número maior de pessoas com menos de sessenta anos e muitas eram portadoras de transtorno mental. Era como se estivéssemos dentro de uma unidade de um hospital psiquiátrico. Além disso, encontramos adultos jovens acamados e com escaras por falta de cuidados adequados. Já era quase meio dia e as pessoas acamadas não tinham recebido cuidados de higiene. Além disso, não havia comida sendo feita para os moradores. E isto não parecia ser algo fora da rotina.

Não pudemos fazer a vistoria naquele momento, já que nenhum responsável foi encontrado. Fomos embora para retornar à tarde.

À tarde, retornamos e pudemos realizar a vistoria.

As condições estavam melhores, as pessoas acamadas tinham recebido cuidado e parecia que todos tinham sido alimentados. Alguns moradores vinham nos contar histórias, outros se agitavam e, tinha ainda, os que sentiam muito medo, sem entender o que estava acontecendo. No meio de uma dessas conversas, um dos moradores nos contou que tinha outra pessoa que estava trancada em uma das casas que havia no pátio. Os responsáveis disseram que era delírio, que não havia ninguém ali, insistimos que abrissem, que gostaríamos de conferir. Depois de muita demora para “encontrar” a chave, a porta foi aberta e realmente tinha um homem ali. O próprio homem e outros moradores disseram que ele havia brigado no dia anterior e estava de castigo.

Registramos tudo o que vimos e, além do relatado aqui, anotamos também as medicações vencidas, a comida insuficiente para o número de pessoas, os relatos de agressões e, inclusive, a informação de pessoas que haviam desaparecido. Fomos embora, com muito pesar e um sentimento de impotência e preocupação, pensando qual seria o destino do morador que nos contou sobre o outro que estava preso. Além disso, sabíamos que naquele momento, não podíamos fazer nada.

Meses depois esta casa foi interditada pelo Ministério Público, pois não havia condições mínimas de manter pessoas morando ali. Isto fez com que o município abrisse seu primeiro SRT, de caráter emergencial, sem equipe preparada, mas acreditando que qualquer cuidado seria melhor do que aquele que tínhamos vivenciado naquela casa asilar.

Em um primeiro momento, a retirada dos moradores da casa asilar e sua transferência para o SRT foi um caos, com muitos usuários agitando-se, entrando

em crise e necessitando de atenção a todo tempo. Mas, com o passar dos dias, tudo foi se organizando e os usuários entraram em uma rotina de alimentação, higiene, medicação, lazer. Eles tinham atendimento com diversos profissionais para avaliar as necessidades de saúde, identificar as morbidades, confeccionar documentos (certidão de nascimento, carteira de identidade, entre outros) e a busca de seus familiares. Aos poucos, eles se acostumaram com a casa nova, com as pessoas da equipe e as histórias do que viveram naquela casa asilar foram reveladas. O que eles tinham vivido lá era uma negação total dos seus direitos, além de uma violência física e institucional. Foram relatadas situações de estupro às mulheres, por parte dos donos da casa, histórias de utilização de moradores mais jovens que furtavam material de construção na vizinhança, do desaparecimento repentino de pessoas sem que os familiares fossem buscar, além de outras situações de maus-tratos, violência e negligência.

Eu adoraria poder afirmar que o relato acima fosse uma situação pontual na nossa sociedade, no entanto, ao pesquisar como está o panorama da Saúde Mental em uma perspectiva mundial, percebi que, tristemente, a minha vivência é uma situação comum em todo o mundo, ou melhor, a experiência de encontrar espaços de institucionalização onde os direitos básicos não são respeitados e espaços com práticas de violência, negligência e abusos contra portadores de transtornos mentais, é uma realidade no mundo até hoje. A mudança da realidade, na qual pessoas com transtornos mentais não serão encaminhadas ou tenham que viver em instituições violentas tem sido discreta. Ainda é são poucos os países que priorizem o cuidado na comunidade, em espaços que pareçam com uma casa, que promovam autonomia e cidadania (OMS, 2015).

Ainda hoje, a Saúde Mental é um tema frágil no campo da saúde nos diversos países. Mesmo países, com bons índices de saúde da população, no que se refere à Saúde Mental, o cuidado que prestam ainda é insatisfatório. Percebe-se que as dificuldades encontradas ultrapassam ao cuidado clínico de qualidade, necessitando estratégias que garantam o direito de viver, sem preconceitos, às

pessoas portadoras de transtornos mentais. Por exemplo, posso citar minha experiência em Cuba, um país que apresenta índices de saúde comparáveis a países de alta renda, no entanto, o que vi, quando fui conhecer o Sistema de Saúde do cubano, foram espaços com práticas de isolamento, classificação e treinamento, considerados (por eles próprios) como referência na qualidade da atenção.

Buscando compreender o cenário mundial da atenção em Saúde mental, busquei na homepage da OMS informações sobre o tema. Com isto encontrei uma série de publicações, a partir dos anos 2000, nas quais a OMS constituiu uma série de medidas para reverter o descaso com a Atenção em Saúde Mental. Em 2001, chamou a atenção da opinião pública, de gestores e dos trabalhadores de saúde sobre o tema da Saúde Mental. No mesmo ano, o lema do Dia Mundial da Saúde foi alusivo à Saúde Mental. Tratar sim, excluir não, além disso, outros espaços como a Assembleia Mundial da Saúde e o Relatório sobre a Saúde no Mundo foram fóruns de discussão entre países membros da OMS, assumiram o compromisso de estabelecer uma estratégia coerente para corrigir a defasagem existente em relação às Políticas de Saúde Mental (OMS, 2002).

Assim, foi instituído, em 2001, o Programa Mundial de Ação em Saúde Mental, que teve como missão fomentar estratégias para melhorar a situação dos serviços de Saúde Mental e facilitar que as recomendações do Relatório A Saúde no Mundo 2001 (OMS, 2002) se traduzissem em ações concretas em âmbito mundial, regional e nacional. Além disso, definiu quatro grandes áreas estratégicas: informação; formulação e desenvolvimento de políticas e serviços; direitos e pesquisas em Saúde Mental. O Programa Mundial de Ação em Saúde Mental tem como meta substituir o modelo asilar por um planejamento programático e integrado em todos os níveis de atenção (OMS, 2002).

O Programa Mundial de Ação em Saúde Mental (OMS, 2002), baseado em dados de 2001, aponta que 25% da população, em algum momento da sua vida, terá um transtorno mental. Ademais, os problemas de Saúde Mental seriam cinco das dez causas de incapacidade no mundo, o que trará uma grande carga de

sofrimento, incapacidade e perdas econômicas a população mundial. Com o envelhecimento da população, este quadro tende a se agravar, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (OMS,2002).

O Programa indica a urgência em qualificar a Atenção em Saúde Mental, demonstra os prejuízos que o adoecimento psíquico gera à economia mundial, além das perdas sociais ocasionadas pelo preconceito, estigma e negligência sofrida pelos portadores de transtorno mental. Outra constatação é que nem a evolução tecnológica na área e a descoberta de novas medicações tem atenuado as perdas causadas pelo adoecimento psíquico (OMS, 2002).

Uma série de documentos foram lançados no ano de 2001, utilizados como ferramentas da OMS de qualificar a Saúde Mental nos países membros. Por exemplo, a OMS lança o projeto Atlas de Saúde Mental do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, projetado para coletar, compilar e difundir dados sobre recursos de Saúde Mental no mundo. Os recursos incluem políticas, planos, financiamentos, prestação de cuid, recursos humanos, medicamentos e sistemas de informação. Esses recursos, segundo a OMS (2002), são necessários para fornecer serviços e cuidados para pessoas com transtornos mentais e foram atualizados nos anos seguintes.

Ainda nesse ano, outros documentos foram publicados neste período, com intenção de alcançar as metas do Programa (OMS, 2002), tais como:

Atlas – Recurso em Saúde Mental no Mundo 2001 (OMS, 2002) – uma publicação com os recursos dos países no âmbito da Saúde Mental reunindo informação de 185 países. O Atlas de 2001 foi construído a partir de dados fornecidos pelo governo de cada país;

Informe de Saúde Mental 2001 (OMS, 2002) – baseado em dados científicos e técnicos sobre os procedimentos que se tem demonstrado eficazes, se recomendam dez soluções como respostas as necessidades atuais na Saúde Mental;

Atlas – Perfil de Saúde Mental dos Países 2001 (OMS, 2002) – disponibilizar informações de qualidade para a tomada de decisões, tanto pela OMS, quanto pelos Países membros.

Projeto de Política de Saúde Mental (OMS, 2002) – apoiar os governantes a fim de construir e aplicar políticas para qualificar os serviços e assim, eles atenderem as necessidades em Saúde Mental;

Saúde Mental – um chamado para a ação (OMS, 2002) – publicação que relata a construção de um movimento significativo para a Saúde Mental, que nos permitirá buscando que os gestores dediquem sua atenção para Saúde Mental.

Em 2005, é lançado uma nova edição do Atlas, o Atlas de Saúde Mental 2005 (OMS, 2005), ele apresenta uma comparação dos dados de 2001 e 2004, considerando apenas os países de baixa e média renda²⁹. O Atlas 2005 utilizou informações disponíveis na literatura, dados epidemiológicos, relatórios e os dados do projeto piloto do Instrumento de Avaliação dos Sistemas de Saúde Mental da OMS (OMS, 2005).

Em síntese, baseado no Atlas de Saúde Mental de 2005 (OMS, 2005), pode-se assegurar que não houve alterações substanciais na disponibilização de recursos em Saúde Mental, mas outras modestas mudanças aconteceram em relação à constituição de políticas, programas, legislação, lista de medicamentos essenciais, serviços comunitários e benefícios para pessoas incapacitadas. Houve também, de acordo com o Atlas (OMS, 2005) um aumento no número de profissionais, principalmente de psicólogos e assistentes sociais nos serviços de Saúde Mental.

No ano de 2008, a OMS lança o mhGAP³⁰ – Programa de Ação para Superação da Saúde Mental: melhoria e ampliação da atenção aos transtornos mentais, neurológicos e por abuso de substâncias, que tem por objetivo reforçar o

²⁹ Os países de baixa e média renda são definidos pelo Banco Mundial (OMS, 2005).

³⁰ Também no Brasil se utiliza a sigla mhGAP como em inglês.

compromisso de governos, organizações internacionais e demais interessados para ampliação de alocação de recursos financeiros e humanos, aumentando a cobertura da atenção e implementação de intervenções prioritárias, especialmente nos países de baixa e média renda (OMS, 2008). Para a construção do documento, a OMS utilizou dados epidemiológicos de mortalidade, morbidade e incapacidade causados pelos transtornos mentais, neurológicos e por abuso de substâncias, que causam custos econômicos associados a violação de direitos humanos.

O Atlas de Saúde Mental de 2011, apresenta mais indicadores quantitativos, considerado pela OMS, como mais consistente que os Atlas dos anos anteriores. Nele, foi utilizado um instrumento de avaliação voltado aos sistemas de Saúde Mental, aplicado em cada país membro. O Instrumento do Atlas de 2005, permite uma avaliação mais aprofundada do sistema de um país, permitindo o acompanhamento da área de Saúde Mental ao longo do tempo (OMS, 2011).

Os resultados do Atlas de Saúde Mental de 2011 confirmam os achados das edições anteriores, ou seja, que são insuficientes os recursos para atender a crescente carga de distúrbios neuropsiquiátricos. Aponta também que a escassez de recursos não é igual em todos os países, sendo muito maior em países de baixa renda em comparação com países de alta renda.

Também, segundo o Atlas (OMS, 2011), os números de leitos em hospitais psiquiátricos parecem estar diminuindo na maioria dos países. Ao que parece, os países estão reduzindo cuidados institucionais em favor de cuidados comunitários, como é recomendado pela OMS (OMS, 2011).

No ano de 2012 é lançado o Kit de Ferramentas QualityRights pela OMS, embora já tivesse sido aplicado, anteriormente, em países de baixa e média renda (OMS, 2012). Segundo Castro (2014), ele foi publicado em 2006, sendo validado em diferentes serviços. O QualityRights, não tem valor prescritivo, a proposta é de um instrumento de avaliações sistemáticas. Tem como objetivo “apoiar os países

na avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e assistência social” (OMS, 2012, p.3), podendo ser utilizado para avaliar serviços onde estão os portadores de transtorno mental, independentemente de ser um serviço de saúde ou de assistência social.

O QualityRights (QR) é baseado na Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD) da ONU, de 2008, e aborda cinco temas:

1. O direito a um padrão de vida e proteção social adequado (Artigo 28 da CDPD) (...)
2. O direito usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da CDPD) (...)
3. O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigo 12 e 14 da CDPD) (...)
4. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigo 15 e 16 da CDPD) (...)
5. O direito de viver de forma independente e a ser incluído na comunidade (Artigo 19 da CDPD). (OMS, 2012, p.3-5)

Na estrutura do QR, os temas são divididos em padrões e cada padrão é dividido em uma série de critérios. As avaliações são baseadas em critérios a partir da observação, de entrevistas e de revisões documentais. O Manual Instrutivo (uma das publicações do KIT) também apresenta orientações de como deve ser a observação, a análise dos registros e a entrevista com usuários, familiares e profissionais dos serviços. A definição de quantas pessoas serão avaliadas, se avaliarão todos os temas ou somente algum dos temas é uma decisão do Comitê de Gerenciamento Local do QR.

O QR faz parte das estratégias para o cumprimento do segundo objetivo do Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020³¹(OMS, 2013), na proposta de Atenção integral, a proposta do QR surge para avaliar a qualidade da atenção e respeito aos direitos humanos nos serviços de Saúde Mental, Assistência Social tanto para pacientes hospitalizados quanto para as pessoas tratadas em ambulatórios e, assim, melhor a Atenção em Saúde Mental

Em busca de maiores informações sobre o QR, não localizei relatórios dos achados

³¹ O Plano de Ação em Saúde Mental 2013 – 2020 será abordado no decorrer desta seção.

nos países que já realizaram sua aplicação. Nos poucos artigos científicos que abordam o tema, geralmente ele é citado, mas não analisado (Knifton, 2013; Drew, Funk, 2013; Basu, 2014). Também, não constam na base de dados da OMS, os resultados encontrados nos países que já avaliaram seus serviços de saúde com o QR, assim como não foi possível encontrar nem a lista de países que o utilizaram.

O QR é uma ferramenta para avaliar a situação dos serviços de saúde e assistência social voltados a pessoas com deficiência, na CDPD conceituou-se como pessoas com deficiência todas aquelas que apresentarem alguma incapacidade de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de caráter prolongado que geram entraves à sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os demais (ONU, 2008). A partir dessa conceituação, o portador de transtorno mental grave pode ser considerado uma pessoa com deficiência.

A OMS lançou em 2013 o Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013–2020 que demarca a necessidade de uma política sólida que favoreça respostas adequadas em Saúde Mental, especialmente em países de baixa e média renda. O Plano estabelece parâmetros básicos para implementação de melhorias em Saúde Mental buscando valorizar e incentivar ações qualificadas. Ao mesmo tempo, busca prevenir e proteger os usuários de Saúde Mental, em relação à garantia dos seus direitos e diminuição do estigma (OMS, 2013). O documento apresenta quatro objetivos, com ações específicas para o cumprimento por parte dos países membros da OMS, entidades internacionais e Secretaria Geral:

- 1- Reforçar a liderança e governança eficaz no âmbito da Saúde Mental;
- 2- Proporcionar, em âmbito comunitário, serviços de assistência social e de saúde mental completos, integrados e com capacidade de resposta;
- 3- Pôr em prática estratégias de promoção e prevenção no campo da Saúde Mental;
- 4- Fortalecer os sistemas de informação, os dados científicos e investigações sobre Saúde Mental. (OMS, 2013, p.10)³²

³² Tradução livre da autora, baseada na versão em espanhol da OMS (2013): *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*.

Este Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013–2020 pauta as publicações, instrumentos avaliativos que foram produzidos posteriormente.

Em julho de 2015, foi lançada uma nova edição do Atlas, o Atlas de Saúde Mental de 2014 (OMS, 2015), com informações referentes ao ano de 2014. O Atlas apresenta informações atualizadas sobre a disponibilidade de recursos e serviços de saúde mental em todo o mundo, incluindo os investimentos financeiros, recursos humanos e instalações especializadas. Nesta edição, as informações foram obtidas através de um questionário enviado aos países membros da OMS.

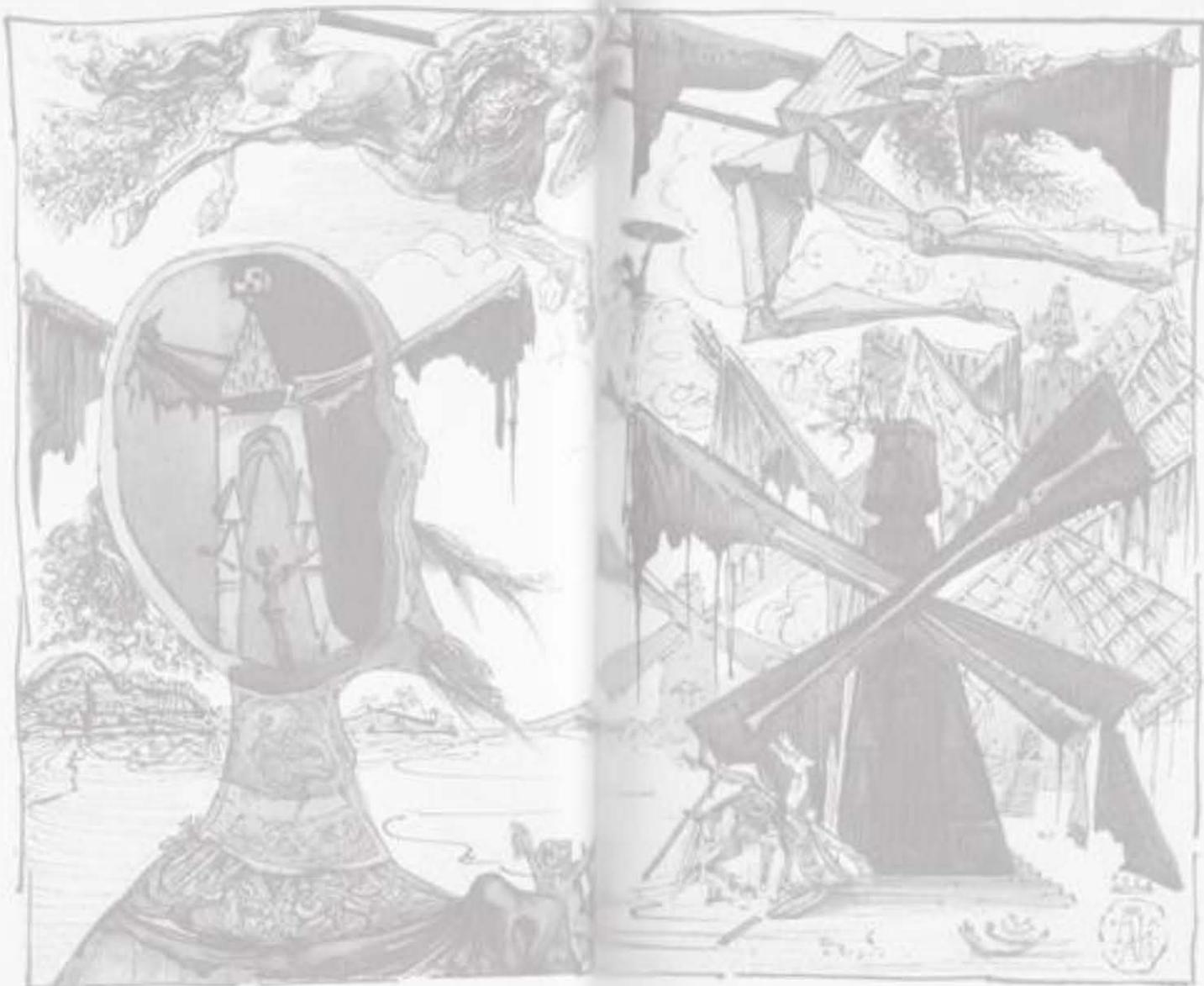
O Atlas de Saúde Mental de 2014 é utilizado para acompanhar o progresso na implementação do Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013–2020, fornecendo parâmetros para as metas acordadas. Segundo a OMS, nas próximas edições, o Atlas permitirá o acompanhamento do progresso dos países no cumprimento das metas até 2020. O quadro a seguir apresenta as metas, objetivos e parâmetros globais para a Saúde Mental:

Objetivos do Plano de Ação 2013–2020	Meta do Plano de Ação 2013–2020	Valores de referência em 2013
OBJETIVO 1: Reforçar a liderança eficaz e governança para a Saúde Mental	Meta 1.1: 80% dos países desenvolverá ou atualizará suas políticas ou planos em Saúde Mental, em consonância com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos (até 2020).	88 países, equivalente a 56% dos países participantes ou 45% dos países membros da OMS. O valor baseia-se em uma lista de verificação de classificação (ponto 2.1 do relatório).
	Meta 1.2: 50% dos países desenvolverá ou atualizará suas políticas ou planos em Saúde Mental, em consonância com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos (até 2020).	65 países, equivalente a 42% dos países participantes ou 34% dos países membros da OMS. O valor baseia-se em uma listagem de auto-classificação (secção 2.2 do relatório).

<p>OBJETIVO 2: Fornecer serviços de Saúde Mental e Assistência Social abrangente, integral e receptivos às demandas da comunidade</p>	<p>Meta 2: Cobertura de serviço para transtornos mentais graves aumentará em 20% (até 2020).</p>	<p>Dado não computável para o Atlas 2014, mas o esperado é que seja inferior a 25%, com base em estudos similares sobre a falta de serviços para tratamento.</p>
<p>OBJETIVO 3: Implementar estratégias de promoção e prevenção em Saúde Mental.</p>	<p>Meta 3.1: 80% dos países terão pelo menos dois programas multisetoriais de promoção e prevenção em Saúde Mental em nível nacional (até 2020).</p>	<p>80 países, equivalente a 48% dos países participantes ou 41% dos países membros da OMS. O valor é baseado em um inventário de auto-aplicável dos programas em curso (secção 4 do relatório).</p>
	<p>Meta 3.2: A taxa de suicídio em países será reduzida em 10% (até 2020).</p>	<p>11.4 por 100.000 habitantes. O valor é baseado na estimativa global padronizado por idade.</p>
<p>OBJETIVO 4: Fortalecer os sistemas de informação, evidência e de investigação em saúde mental</p>	<p>Meta 4: 80% dos países serão rotineiramente coletando e relatando pelo menos um conjunto de indicadores de saúde mental a cada dois anos através de seus sistemas de informação social e nacional de saúde (até 2020).</p>	<p>64 países, equivalentes a 42% dos países participantes ou 33% dos países membros da OMS. O valor baseia-se em uma auto avaliação em relação a compilação regular, de dados da saúde mental, que abrange, pelo menos, o setor público (secção 1 do relatório).</p>

Fonte: OMS (2015)

O Atlas de Saúde Mental de 2014 informa que há uma grande porcentagem de países que já atingiram os parâmetros estabelecidos, sugerindo que as metas globais, descritas anteriormente, poderão ser alcançadas em relação às políticas, leis, programas e sistemas de informação. No entanto, o Atlas 2014 não fornece dados suficientes para avaliar a cobertura de oferta dos serviços. A OMS, sugere que a taxa atual de cobertura de serviço para transtornos mentais graves permanece baixa, o que indica que será necessário um grande esforço para atingir esta meta do Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013–2020.



LONGE DO FIM,
UMA PAUSA PARA OUTROS CONTOS

Como se conta o que se faz?

O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental

LONGE DO FIM, UMA PAUSA PARA OUTROS CONTOS

Sonhar o sonho impossível,
Sofrer a angustia implacável,
Pisar onde os bravos não ousam,
Reparar o mal irreparável,
Amar um amor casto à distância,
Enfrentar o inimigo invencível,
Tentar quando as forças se esvaem,
Alcançar a estrela inatingível.
Essa é minha busca.
(Cervantes, 1605)

Chega a hora de colocar um ponto final, embora o desejo seja por uma vírgula e até reticências. Mas esta pesquisa precisa ser encerrada para que outros contos possam surgir...

Como se conta o que se faz? foi uma questão que acompanhou a minha escrita desde o começo, ela se apresenta no título e vai percorrendo cada seção através das histórias que compartilhei e, também, pela problematização sobre a numeramentalização da vida e dos processos de trabalho nos cuidados em Saúde Mental. Em nenhum momento me proponho a afirmar verdades ou descobrir o que é certo, apenas apresento minhas reflexões sobre o assunto, amparada por concepções teóricas que permitem analisar as questões postas. Tão pouco minhas histórias são citações literais dos casos, as descrevo, usando nomes fictícios, a partir de um resgate da memória, onde certamente há influência do que me afetou, de como eu senti e percebi aquela vivência. Elas foram um recurso para aproximar o leitor do meu olhar, com o objetivo de apresentar o filtro que uso para analisar as minhas questões de pesquisa.

Aproveito para contar uma última cena, que até hoje me interroga:

Uma senhora de sessenta anos chega ao CAPS AD, pedindo internação para seu filho de aproximadamente 25 anos que estava fazendo uso de crack. Acolhemos sua demanda e combinamos uma visita domiciliar, caso ela não conseguisse trazê-lo ao CAPS. Tivemos que realizar a visita e percebemos que o jovem, chamado Lunelli, não tinha nenhum interesse de mudar sua situação de vida. Tentamos vinculá-lo, no entanto, ele estava satisfeito com sua rotina de uso, onde havia uma pessoa que provia sua alimentação e organização da casa.

Sua mãe, sim, demonstrava um grande sofrimento por ver seu filho assim!

Como ela era idosa, chamamos outros familiares e passamos a discutir quem sofria naquela situação. Além disso, quem gostaria de mudar, pois não suportava mais viver daquela forma. Todos perceberam que era apenas a mãe. Sendo assim, como possibilidade de proteção desta mãe, outro filho, levou-a para morar com ele. Foram feitas reuniões com todos e combinou-se que a família levaria mantimentos para o Lunelli. No entanto, a cada semana, era uma surpresa, desde os pedidos de mantimento que ele fazia, até seu incômodo em receber a família e algumas tentativas do CAPS de se vincular a ele.

Foi um longo período de acompanhamento, com diferentes intervenções e tentativas de construir possibilidades de uma melhor qualidade de vida para todos da família. Em dado momento, Lunelli estava mais fragilizado, a casa já estava destruída, pois ele ia vendendo partes dela para manter o consumo de drogas, foi quando ele pediu para internar-se em uma CT. Como outros recursos já haviam sido usados sem sucesso, apoiamos sua decisão e o encaminhamos para uma CT.

Foi o momento que a família pode-se reorganizar. Eles iam nas visitas da CT, colocaram a casa à venda e mostravam-se empenhados para auxiliá-lo na alta. A família também pôde entender que não tinha como (e nem deviam) impedir

que Lunelli fizesse suas escolhas e assumisse a responsabilidade delas. Porém, Lunelli foi expulso da CT antes do tempo previsto para conclusão de sua internação, pois teve o que eles chamaram de “problema de conduta”. Com este fato, retornou ao seu município, mas manteve-se afastado da família.

Para resumir, o percurso de Lunelli, na última vez que o vi, ele andava com um saco onde recolhia material reciclável para vender. Dizia que estava na rua, mas que estava se mantendo bem. Perguntei se gostaria que a equipe do CAPS AD o auxiliasse em alguma coisa, ele disse que iria pensar e retornaria se quisesse algo. Mas não voltou!

Sei que agora ele mora nas ruas da cidade em que trabalhei, organizou-se de um jeito que pode viver a vida que ele quer, por mais, que para muitos, pareça estranho e inaceitável.

Enquanto isto, nós – a equipe do CAPS AD – ficamos nos questionando se este foi o melhor desfecho para a situação de Lunelli. Será que conduzimos da melhor forma? O que teria acontecido se tivéssemos tido outras condutas? Nunca saberemos, mas a responsabilidade como profissional de saúde tem que considerar estes pressupostos a cada ação.

Casos assim nos colocam à prova, expõem a necessidade de ampliar o olhar, abandonar valores que estão colados em nós. Precisamos da irracionalidade, de despirmos-nos de mecanismos externos e internos de controle, entender que criamos tecnologias para prever o que pode acontecer, mas ninguém tem o controle do que vai acontecer de fato.

Por questões como estas que me faço é que escolhi Dom Quixote para me acompanhar na minha dissertação.

Utilizo as ilustrações de Salvador Dalí para o livro Dom Quixote, não apenas pela estética das imagens. Elas estão aqui pela relação do personagem principal com a Saúde Mental e, também, pela representação de cuidado que vejo em Sancho

Pança .

Dom Quixote, sabemos, é um alienado, um idealista, um sonhador e, ao seu lado, segue seu companheiro, Sancho Pança, que é sério e realista. Ele fica junto a Dom Quixote em suas aventuras (que alguns chamam de delírios), como fiel escudeiro. O trabalhador de Saúde Mental é um pouco Sancho Pança, pois, ao mesmo tempo que representa um elo do usuário com a realidade, aventura-se com a pessoa que acompanha, na singularidade da sua forma de ver/estar no mundo.

Isto para mim é cuidado em Saúde Mental!

Para escrever esta Dissertação utilizei três pilares para construir meus argumentos: o cuidado em Saúde Mental, a Avaliação de Serviço de Saúde e a Numeramentalização. Penso estes conceitos através de suas convergências e contradições.

Convergências quando pensamos na numeramentalização e a relevância que o, os números, os indicadores, os coeficientes tem no mundo. Ao final, ao que parece, para que algo tenha valor, ele deve ser quantificado. Sendo assim, a construção de indicadores e sistemas avaliativos no campo da Saúde Mental é de extrema importância para a garantia de efetivação das leis vigentes. Por outro lado, quando o centro é o cuidado em Saúde Mental, que indicadores são sensíveis e podem ser aplicados em ampla escala, representando o que realmente foi uma relação de cuidado e, principalmente, o que o cuidado produziu?

Não ousou responder uma questão complexa como esta, mas o que consegui perceber, nesta pesquisa, foi que o Rio Grande do Sul foi precursor na Reforma Psiquiátrica, sendo um dos poucos locais (do mundo) com uma legislação própria em Saúde Mental desde 1992. No Brasil, a Lei Federal 10.216 (2001) acompanha a tendência mundial de implementar políticas ou programas em Saúde Mental, todavia, a Lei tem mostrado-se branda, não estabelece metas para o país, permitindo brechas para que a Reforma Psiquiátrica não ocorra de fato no Brasil.

Na busca por indicadores que abordassem a qualidade dos serviços de Saúde Mental, o que se destacou, ao meu olhar, foi a singularidade do cuidado em saúde, especialmente em Saúde Mental. Por exemplo, podemos afirmar que um CAPS é cuidador quando ele realiza grupos, oficinas, atendimentos aos familiares, etc.? Na minha visão, não!

O cuidado preconizado pelo Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica é diferente disso, nesse cuidado, o primordial é colocar o usuário no centro, esclarecendo sobre a sua condição e permitindo que o portador de transtorno mental faça suas escolhas (mesmo quando esta não agrada os profissionais). Nessa perspectiva surge outra questão: apenas aceitar as escolhas do usuário não é negligência?

Mas pistas da complexidade com cuidado em Saúde Mental!

Na sutileza do trabalho no campo de Saúde Mental, vamos encontrar diversas formas de (não) cuidar: o controle disfarçado de organização, a negligência disfarçada de respeito, a institucionalização disfarçada de atenção, enfim, quando pensamos em indicadores que avaliem produtividade ou encaminhamentos, eles não são capazes de captar os pressupostos que estão pautando aquele ato de cuidado. Na minha opinião, estes pressupostos são o que marcam a diferença de um tipo de cuidado e outro.

Ao mesmo tempo, que percebo esta dificuldade, também tenho um olhar otimista sobre a institucionalização da avaliação, pensando no PMAQ como modelo. Apesar das críticas, que já apresentei neste trabalho, o PMAQ tem possibilitado as equipes da ATB um “sair da invisibilidade”, pois, independente da dificuldade do acesso, das condições de trabalho da equipe da ESF, do quanto eles estão sozinhos no território, há um grupo de avaliadores que vai ir lá e conhecerá suas condições de trabalho. As questões do instrumento permitem que conceitos importantes sejam pautados, mesmo que a unidade se prepare para a avaliação (PMAQuiagem), ela precisa de alguma forma saber o que devia ter sido feito.

Da mesma forma, o registro de atendimento ambulatorial utilizado pelos CAPS, desde 2013, os procedimentos descritos, também sinalizam para os serviços, que ações que devem ocorrer no CAPS.

No entanto, os registros, os questionários e as pesquisas, não tem sido potente para resolverem os problemas da Atenção em Saúde Mental.

A informação tem sido uma das estratégias utilizada pela OMS para qualificar a Saúde Mental no mundo. Ela aparece de duas formas: como meta, propondo que os países tenham sistemas de informação e relatórios sobre as condições de Saúde Mental no seu país e, também, através do Atlas de Saúde Mental, compilados de dados dos países membros da OMS. No entanto, o Atlas ainda não foi amplamente divulgados, ao menos no Brasil. Embora sejam públicos, não são acessíveis, pois a maior parte dos textos estão disponíveis somente em inglês, restringindo sua leitura e compreensão. Além disso, estas publicações estão disponíveis somente na versão em inglês no site da OMS, fazendo com que um trabalhador que busque informações no site em espanhol, não encontre este material.

O QR também surge como uma tentativa mundial de avaliar os serviços de Saúde Mental, em uma perspectiva dos direitos humanos. Sobre ele, tal como escrito antes, não encontrei artigos que apresentem os dados encontrados em países que já o aplicaram.

Nos documentos da OMS, não encontramos indicadores qualitativos ou que possam representar qualidade do cuidado. O Atlas de Saúde Mental 2011 é apontado, pela OMS, como mais consistente, por ter ampliado os indicadores quantitativos. De acordo com as informações contidas nos Atlas, pode-se dizer que países implementaram políticas de Saúde Mental, o quanto tem sido investido financeiramente, quantos leitos psiquiátricos tem no país, se há serviços comunitários, porém, como é o cuidado, a qualidade da atenção e se os serviços de Saúde Mental produzem autonomia e qualidade de vida, não é verificado.

Para finalizar, foi uma surpresa encontrar as publicações da OMS sobre Saúde Mental e acredito que muitos profissionais do campo da Saúde Mental não tem a dimensão que existe relatórios com perfil de países e um Plano de Ação com metas acordadas, inclusive pelo Brasil, demonstrando a fragilidade da avaliação de serviços de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.(ccord.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.735-759.
- AMARANTE, P. et al Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In JACÓ-VILELA, A.M.; CERREZZO, A.C.; RODRIGUES H.B.C. Fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Clio-psyque. Rio de Janeiro, 2012, p 44-59.
- BARBOSA, G. C; COSTA, T. G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.4, n.8, p. 45-50, 2012.
- BELLO, S. E. L. Numeramentalização: o estudo das práticas e do governo em educação (e) matemática na contemporaneidade. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, v.20, n2, p.88-114, jul./dez.2012a.
- BELLO, S. E. L. As práticas curriculares em Matemática que se produzem pelo governo do IDEB. Horizontes, v. 30, n. 2, p. 19-30, jul./dez.2012b.
- BELLO, S. E. L. Numeramentality: A research program in Mathematics Education. Quaderni di Ricerca in Didattica (Mathematics), Palermo, n. 22, Sup. 1, jul. 2012c, p.114-117.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 626, de 1o de abril de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 817, de 30 de abril de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, 2002c.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. Saúde Mental no SUS: o centro de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília: Diário Oficial da União, 2004c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília : Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Fica instituído o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, Brasília: Diário Oficial da União, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.. Diário Oficial da União, Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a

rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. ano VII, nº 10. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/WebDestaque/Saude_Mental_em_dados_2010.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>> acesso em 10 de maio de 2014.

BARROS, Manuel de. Memórias Inventadas: A segunda infância. São Paulo: Planeta do Brasil Ltda, 2006. 52 p. Disponível em: <[http://baixar-download.jegueajato.com/Manoel de Barros/Memorias Inventadas – A segunda inf \(890\)/Memorias Inventadas – A segunda – Manoel de Barros.pdf](http://baixar-download.jegueajato.com/Manoel%20de%20Barros/Memorias%20Inventadas%20-%20A%20segunda%20inf%20(890)/Memorias%20Inventadas%20-%20Manoel%20de%20Barros.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2015.

BASU, D. WHO QualityRights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Indian J Med, Res 139, January 2014, pp 182-184.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.18, nº10, p.2797-2805, out. 2013.

CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTIEL, L. D. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, Roberto Passos

(Org.). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 161-179.

CASTIEL, L. D; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 168 p.

CASTIEL, L. D. Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco Editora, 1996. 176 p.

CASTRO, V. C. Análise da Atenção Psicossocial dispensada às mulheres com diagnóstico de esquizofrenia internadas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. Brasília, 2014. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CECCIM, R. B; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em Saúde Para Debate, Londrina, v. 23, p.30-56, dez. 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 469- 478, 1997.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA RENASCER. Doze Passos de Recuperação. Disponível em: <<http://www.fazendarenascer.org.br/novo/12passos.asp>>. Acesso em: 8 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-712, jul/set. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A; Champagne, F; Denis, J; Pineault, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Org.). Avaliação em Saúde:

dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DUBOIS, C; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DREW, N. J.; FUNK, M. K.. Introductory commentary on WHO QualityRights, *Journal of Public Mental Health*, 2013 Vol. 12 Iss: 4

FERLA, A. A. Clínica em Movimento: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul: Educs, 2007.

FERLA, A. A; CECCIM, R. B; ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

FERREIRA, P. L. Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Coimbra, n.33, Outubro 1991

FIMYAR, O. Governamentalidade como Ferramenta Conceitual na Pesquisa de Políticas Educacionais. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 35–55, 2009.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo: Fundação Carlos Chagas/ Autores Associados, n. 114, p. 197– 223, novembro, 2001

FOUCAULT, M.. *A História da Loucura na Idade Clássica*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 20ª edição. Rio de Janeiro. Editora Vozes 1999a

FOUCAULT, M *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1999b.

FOUCAULT, M. *Os anormais: curso dado no College de France (1974–1975)* São Paulo: Martins Fontes, 2001.

- FOUCAULT, M. Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978) São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. Conversa com Michel Foucault. In: FOUCAULT, M. Repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, (Ditos & escritos VI). p. 289-347.
- FRANCO, T. B; FRANCO, C. M. Linha de Cuidado Integral. In: PESSÔA, L. P; SANTOS, E. H. A; TORRES, K. R. B. O. (Org.) Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, v. 1, p. 60-75.
- FOSSI, L. B. Os doze passos do governo das vidas nas Comunidades Terapêuticas. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- FRANCO, T.B; Magalhães Jr., H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003
- GUARESCHI, N. M. F.; LARA, L.; ADEGAS, M. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o Homo Oeconomicus. *Psico*. V41, n.3, jul/set. 2010.
- Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7: 419-21
- HARTZ, Z.M. De A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 50-55.
- HOFFMANN, J. M.L. Avaliação: mito e desafio-uma perspectiva construtivista. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1991.
- HOFFMANN, J. M. L. Avaliação do rendimento escolar. São Paulo: FDE, 1994.
- ITÁLIA. Lei 180 13 de Maio de 1978. Define os Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Itália, 1978.
- KNIFTON, L. Mental health and human rights. *Journal of Public Mental Health*.

2013. Vol. 12 Iss: 4

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Rev. Bras. Educ. [online]. 2002, n.19, pp. 20-28.

MATEUS, Mário Dinis. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: MATEUS, Mário Dinis. Políticas de saúde mental. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 56-73.

MATEUS, Mário Dinis; MARI, Jair de Jesus. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, Mário Dinis (Org.). Políticas de saúde mental. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 20-43.

MATURANA, H. Prefácio In Vaz, N M. , Faria AMC Guia Incompleto de imunobiologia: umonologia como se o organismo importasse, belo horizonte, coopmed, 1993.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?. 1999.

Disponível em:

<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf>.

Acesso em: 07 set. 2015.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY E. E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). Drogas e cidadania: em debate. Brasília: CFP; p. 9-18, 2012.

MERHY, E. E. Cuidado com o Cuidado em Saúde. Saiba Explorar seus Paradoxos para Defender a Vida. Campinas, 2004. Disponível em

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>>. Acesso em 5 de maio de 2014.

MERHY, E.E; CECÍLIO, L.C.O; A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão hospitalar. Campinas, 2003. Disponível

<<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>> Acessado em: 10 de maio de 2014.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS, V.; FRANCO, T.B. (org) *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec 2010

OBSEVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>, acesso em 20 de junho de 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990. Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Programa Mundial de Acción en Salud Mental: mhGAP. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mental health atlas 2005. Genebra, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). MhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mental health atlas 2011. Genebra, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). WHO QualityRights Tool Kit. Genebra, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Genebra, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mental health atlas 2014. Genebra, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, Nova York, 2008

PARAISO, M. A. Metodologias de Pesquisas Pós-críticas em educação e currículo: trajetória, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, D. E; PARAISO, M. A. Metodologia de Pesquisa Pós-críticas em Educação. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde Soc., Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>.

PELBART, P. P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: GUATARI, F. Et al. Saúde e Loucura 2, São Paulo: Hucitec, 1991.

PERRENOUD, P. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens. Porto Alegre: Artmídia, 1999.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. 2010. Disponível em: <<http://denispetuco.blogspot.com.br/2010/12/outras-palavras-sobre-o-cuidado-de.html>>. Acesso em: 07 set. 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Sup., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p. 253-271, 2014

RAPOSO, H. Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna. Análise Social, Lisboa, n.193, out. 2009.

RIGHI, Liane Beatriz. Poder Local e Inovação no SUS: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul.

2003. 259 f. Tese (Doutorado) – Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/righilianebeatriz.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.

RIO GRANDE DO SUL, Lei nº 9.716 de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. Diário Oficial, Porto Alegre, 1992.

RIO GRANDE DO SUL, Defensoria Pública. 2014b. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.gov.br/conteudo/20000/quem-pode-ser-atendido?>. Acesso em: 10 de março de 2014b.

ROCHA, C. M. F. A escola na mídia: nada fora do controle. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Tese de Doutorado em Educação – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROSA, S. D; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós- Graduação Lato Sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

ROSSINI, E; FARIAS, E. R. O processo de ensino-aprendizagem da Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175-176, 2002.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. Petrópolis: Vozes, 1998, p.30-45.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Revista Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Disponível em: http://oriundi.net/files/istitutuz.invent_po.pdf. Acesso em: 15 de abril de 2014

SABINO, Nathali Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de

substâncias psicoativas. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>.

SANTOS, L. H. S. Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Tese de Doutorado em Educação – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SARACENO, B Reabilitação Psicossocial: uma prática a espera de teoria. In: PITTA, A. M. (Org), Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001^a

SARACENO, B Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: In: PITTA, A. M. (Org), Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001b

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 92 p.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 16, n. 8, p.20-45, jul/dez, 2006.

SOUZA, C. D. Educação, geografia e saúde: geobiopolíticos nos discursos da Organização Mundial de Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças. Porto Alegre: UFRGS, 2014. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TRAVERSINI, Clarice S.; BELLO, Samuel E. L., O numerável, o mensurável e o audível: estatística como tecnologia de governo. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p.135-152, mai/ago.2009.

UEBEL, A. C.; ROCHA, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo – CSEM. *Boletim de Saúde*, v.17, n.1, p.117-23, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura. uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional.

2010. Disponível em:

<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/desafios_politicos.pdf>. Acesso em: 07 set. 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e Educação: há algo de novo sob o sol?. In: Alfredo José da Veiga Neto. (Org.). Crítica pós-estruturalista e educação. 1ed. PortoAlegre: Sulina, p. 9-56. 1995.

VEIGA-NETO, A. Biopoder e dispositivos de normalização: implicações educacionais. XI Simpósio Internacional IHU – O (des)governo biopolítico da vida humana, Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2010.

VEIGA-NETO, A. Foucault & a Educação. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.



APÊNDICE I.

Legislação em Saúde Mental

APÊNDICE 1

Tabela de Legislações em Saúde Mental			
	Lei	Data	Dispões sobre:
S A	Portaria SNAS n° 189	19 de novembro de 1991	Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.
SAS	Portaria SNAS n° 224	29 de janeiro de 1992	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental e incorpora novos procedimentos à tabela do SUS. Esta portaria tornou-se fundamental para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que tinham (e alguns ainda tem) práticas de exclusão e silêncio.
SAS	Portaria SAS n° 407	30 de junho de 1992	Cria o procedimento transitório para hospitais psiquiátricos que ainda não cumpriram integralmente a Portaria SNAS/MS no 224/92, estabelece exigências mínimas e mecanismos para habilitação neste procedimento.
Estadual	Lei n° 9.716	7 de agosto de 1992	Determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.
SAS	Portaria SAS n° 408	30 de dezembro de 1992	Incluir no SIH-SUS os grupos de procedimentos para Tratamento em Psiquiatria realizados em hospitais previamente autorizados pelo INAMPS, mediante proposição da Secretaria Estadual de Saúde (SES).
SAS	Portaria SAS n° 88	21 de julho de 1993	O Grupo de Procedimento 63.100.03-7 – Internação em Psiquiatria III fica mantido, por prazo indeterminado.

³³ SAS – Secretaria de Assistência a Saúde

CNS ³⁴	Resolução n° 93	2 de dezembro de 1993	Constituir, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento do processo de reforma psiquiátrica no País.
SAS	Portaria SAS n° 145	25 de agosto de 1994	Criar um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor
SAS	Portaria SAS n° 147	25 de agosto de 1994	A exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma susceptível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica
GM ³⁵	Portaria GM n° 1.720	4 de outubro de 1994	Proclama a adesão do Brasil à celebração do 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental.
CNS	Resolução n° 298	2 de dezembro 1999	Constituir a Comissão de Saúde Mental, com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de Saúde Mental.
GM	Portaria GM n° 1.077	24 de agosto de 1999	Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS
Federal	Lei n° 9.867	10 de novembro de 1999	A criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica.
GM	Portaria GM n° 106	11 de fevereiro de 2000	Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
GM	Portaria GM n° 799	19 de julho de 2000	Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
GM	Portaria GM n° 1.220	7 de novembro de 2000	Criar nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS.
GM	Portaria GM n° 175	7 de fevereiro de 2001	Alterar o artigo 7o da Portaria GM/MS no 106, de 11 de fevereiro de 2000. Define a equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental que deve atuar na assistência e

³⁴ CNS – Resoluções ou recomendações do Conselho Nacional de Saúde

³⁵ GM – Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde

			supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
SAS	Portaria SAS no 111	3 de abril de 2001	Alterar, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH de identificação 5, para internação de longa permanência.
Federal	Lei n° 10.216	6 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
GM	Portaria GM n° 251	31 de janeiro de 2002	Estabelecer as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS. Institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental.
SAS	Portaria SAS no 77, de	1o de fevereiro de 2002	Exclui os procedimentos do Grupo Internação Psiquiátrica IV da Tabela do SIHSUS, criando novos procedimentos a partir da publicação da Portaria GM no 251, de 31 de janeiro de 2002, que institui o PNASH-Psiquiatria.
GM	Portaria GM n° 336	19 de fevereiro de 2002	Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.
SAS	Portaria SAS/MS n° 189	20 de março de 2002	Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento de acolhimento/observação/repouso de pacientes em acompanhamento nos Centros de Atendimento Psicossocial.
GM	Portaria GM n° 626	1o de abril de 2002	Determinar que a totalidade dos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos constantes da Portaria SAS/MS no 189 seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC
Interministerial	Portaria Interministerial n° 628	2 de abril de 2002	Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

GM	Portaria GM nº 816	30 de abril de 2002	Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.
GM	Portaria GM nº 817	30 de abril de 2002	Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento referentes a internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas.
SAS	Portaria SAS no 305	3 de maio de 2002	Aprovar as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas.
GM	Portaria GM nº 1.467	14 de agosto de 2002	Constituir, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar.
GM	Portaria GM nº 1.635	12 de setembro de 2002	Incluir, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, o procedimento que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas
SAS	Portaria SAS no 728	10 de outubro de 2002	A portaria redefine os procedimentos de atendimento em oficinas terapêuticas, distinguindo aqueles voltados aos portadores de deficiência mental daqueles destinados aos portadores de transtornos mentais.
SAS	Portaria SAS no 1.001	20 de dezembro de 2002	Homologar os resultados das vistorias realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria, no período de maio a julho de 2002.
GM	Portaria GM nº 2.391	26 de dezembro de 2002	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei no 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

GM	Portaria GM n° 457	16 de abril de 2003	Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde alocado na área técnica de SM/SAS, Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.
CNS	Recomendação no 008	8 de maio de 2003	Recomendar ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde o apoio e a aprovação ao “Programa De Volta Para Casa”, ressaltando a necessidade de se garantir que os recursos oriundos das AIHs de pacientes com alta sejam mantidos no financiamento de ações de saúde mental.
Federal	Decreto de 28 de maio de 2003	28 de maio de 2003	Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para, no prazo de noventa dias contados a partir de sua instalação, avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional
	Portaria SAS no 150	18 de junho de 2003	Homologar os resultados das reavaliações realizadas, no período de janeiro a março de 2003, nos hospitais que não haviam obtido percentual mínimo de 61% da pontuação exigida pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria 2002.
GM	Lei n° 10.708	31 de julho de 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
GM	Portaria GM n° 1.455	31 de julho de 2003	Definir incentivo financeiro da ordem de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPS II, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPS III e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPSi habilitados pelo Ministério da Saúde no Distrito Federal, estados e municípios, no exercício de 2002 para realizar os procedimentos definidos pela Portaria no 189/SAS de 20 de março de 2002.
GM	Portaria GM n° 1.947	10 de outubro de 2003	Aprovar o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, constante do anexo, a qual prevê a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até dezembro de 2004.
GM	Portaria GM n° 2.077	31 de outubro de 2003	A regulamentação da Lei no 10.708, considerando egressos e possíveis beneficiários todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa “De Volta Para Casa”.

GM	Portaria GM nº 2.078	31 de outubro de 2003	Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.
GM	Portaria GM nº 52	20 de janeiro de 2004	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. A mudança do modelo assistencial deve ser conduzida de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.
GM	Portaria GM nº 53	20 de janeiro de 2004	Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências.
GM	Portaria GM Nº 358	9 de março de 2004	Estabelecer recursos no montante de R\$ 44.175.224,04 (quarenta e quatro milhões, cento e setenta e cinco mil, duzentos e vinte e quatro reais e quatro centavos) a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) dos Estados, Distrito Federal e Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme distribuição constante dos Anexos I e II desta Portaria.
GM	Portaria Nº 595/GM Em	8 de abril de 2004	Habilitar os 7 Municípios relacionados abaixo a integrarem o Programa “De Volta Para Casa” por serem sede de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico
CNPCP ³⁶	Resolução Nº 3	4 de maio de 2004	Reconhecimento e a recomendação pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – o primeiro dos órgãos da execução penal – do Programa de Volta para Casa. É direito do egresso de longa internação em manicômio judiciário ser um beneficiário do Programa
CNPCP	Resolução Nº 5	4 de maio de 2004	Aprovar as Diretrizes Anexas à presente Resolução, visando adequar as Medidas de Segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001

³⁶ CNPCP – Resoluções do Conselho nacional de Política Criminal e Penitenciária.

GM	Portaria GM nº 1174	15 de junho de 2004	Destinar incentivo financeiro, da ordem de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), para cada CAPS I, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), para cada CAPS II, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), para cada CAPS III, e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPSi, habilitado pelo Ministério da Saúde no Distrito Federal, nos Estados e nos municípios, no exercício de 2004, para realizar os procedimentos definidos pela Portaria nº 189/SAS, de 20 de março de 2002.
GM	Portaria Nº 1608	3 de agosto de 2004	Constituir Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude
SAS	Portaria Nº 442	13 de agosto de 2004	Considerando a necessidade de regulamentar a Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo
GM	Portaria Nº 1935	16 de setembro de 2004	Destinar incentivo financeiro antecipado para o Distrito Federal, estados e municípios que estiverem dando curso ao processo de implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, observadas as diretrizes da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002
GM	Portaria Nº 2.068	24 de setembro de 2004	Destinar incentivo financeiro para os municípios, os estados e o Distrito Federal que estiverem dando curso ao processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000.
GM	Portaria Nº 2.069	24 de setembro de 2004	Habilitar 14 (quatorze) municípios abaixo relacionados a integrarem o Programa “De Volta Para Casa”, por serem municípios que realizam ações de reintegração social para pessoas acometidas por transtornos mentais e têm possibilidade de acolher pacientes egressos de hospitais localizados em outros municípios.
GM	Portaria Nº 2.197	14 de outubro de 2004	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, instituir o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

FNSMI ³⁷	Recomendação 01 de 2005	10 de fevereiro de 2005	A implementação imediata de ações que visem a reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, sejam, no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça
GM	Portaria Nº 245	17 de fevereiro de 2005	Destinar ao Distrito Federal, aos Estados, e aos Municípios, incentivo financeiro, para implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, observadas as diretrizes da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.
GM	Portaria Nº 246	17 de fevereiro de 2005	Destinar para o Distrito Federal, os estados e os municípios, incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000.
Interministerial	Portaria Nº 353	7 de março de 2005	Fica instituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, a ser composto por representantes (um titular e um suplente) das instituições e instâncias abaixo
GM	Portaria Nº 429	22 de março de 2005.	Instituir o Comitê Técnico Assessor para a Política do Álcool e de Outras Drogas do Ministério da Saúde, de caráter consultivo sobre os aspectos técnicos e científicos necessários ao aprimoramento das políticas sobre o álcool e outras drogas da Área Técnica de Saúde Mental, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, visando à inserção de suas diretrizes e prioridades no contexto e na organização do Sistema Único de Saúde - SUS.
GM	Portaria nº 1.028	1º de julho de 2005	Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria
GM	Portaria Nº 1.059	4 de julho de 2005	Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.
GM	Portaria Nº 384	05 de julho de 2005	Autorizar os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, caracterizados pelos códigos diagnósticos F10 até F19 do CID-10

³⁷ FNSMI – Recomendações do fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-

GM	Portaria Nº 395	07 de julho de 2005	Determinar que os hospitais psiquiátricos dos grupos II a IV (classes III a XIII), constantes do Anexo I, que não aderiram ao Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, por meio da assinatura de um Termo de Compromisso e Ajustamento para redução de leitos na 1ª etapa do Programa (ajuste/retificação a módulos de 40 leitos), voltem a ser remunerados conforme os valores definidos na Portaria nº 77/SAS, de 1º de fevereiro de 2002.
SAS	Portaria nº 396	07 de julho de 2005	Aprovar as seguintes diretrizes gerais para o programa de centros de convivência e cultura na rede de atenção em saúde mental do sus.
GM	Portaria Nº 1.169	7 de julho de 2005	Destinar incentivo financeiro para os municípios que se habilitarem junto ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades de inclusão social pelo trabalho destinadas a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
GM	Portaria nº 1174	7 de julho de 2005.	Destinar incentivo financeiro para o Distrito Federal, os estados e os municípios, em caráter emergencial e temporário, para que os municípios desenvolvam Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS
GM	Portaria Nº 1.612	9 de setembro de 2005.	Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR-ad.
GM	Portaria Nº 2.542	22 de dezembro de 2005	Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio
GM	Portaria Nº 678	30 de março de 2006.	Instituir a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da rede pública de saúde mental.
Interministerial	Portaria Nº 1.055	17 de maio de 2006	Instituir Grupo de Trabalho destinado a viabilizar a constituição de um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.

GM	Portaria N° 1.097	22 de maio de 2006	Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde
GM	PORTARIA N° 1.876	14 de agosto de 2006	Instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Federal	Lei N° 11.343	23 de agosto de 2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas -SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
Federal	Decreto N° 5.912	27 de setembro de 2006	Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.
GM	Portaria N° 748	10 de outubro de 2006	Excluir o Serviço Especializado 050-Residencial Terapêutico em Saúde Mental e sua classificação 128-Assistência Domiciliar a Pacientes de Hospitais Psiquiátricos. Art.2° - Incluir no serviço 014 - Atenção Psicossocial, a classificação Residencial Terapêutica em Saúde Mental.
Inter minis	Portaria N° 3.347	29 de dezembro de 2006	Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental
GM	Portaria n° 204	29 de janeiro de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Federal	Decreto n° 6.117	22 de maio de 2007	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

GM	Portaria Nº 2.488	2 de outubro de 2007	Conceder reajuste, em caráter emergencial, alterando os valores de procedimentos ambulatoriais e hospitalares constantes das Tabelas dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar – SIA e SIH/SUS, redefinidos conforme os Anexos I e II desta Portaria.
GM	Portaria Nº 2.759	25 de outubro de 2007	Estabelecer como diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas
GM	Portaria Nº 3.211	20 de dezembro de 2007	Institui Grupo de Trabalho sobre a atenção aos portadores de autismo na rede pública de saúde, que deve apresentar o diagnóstico da situação atual da atenção ao autismo e uma proposta contendo medidas para ampliação do acesso e qualificação da atenção.
GM	Portaria Nº 3.237	24 de dezembro de 2007	Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, como parte da Política de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde
GM	Portaria Nº 154 DE	24 de janeiro de 2008.	Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.
GM	Portaria Nº 1.899	11 de setembro de 2008	Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais
GM	Portaria Nº 1.954	18 de setembro de 2008.	Reajustar, para R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais), o valor do auxílio-reabilitação psicossocial.
GM	Portaria Nº 2.867	27 de novembro de 2008	Estabelecer recursos, no montante de R\$ 1.091.475.490,73, a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios,
SAS/SVS	Portaria Nº 02	16 de abril de 2009	Torna público o Concurso para Seleção de Projetos de Redução de Danos

GM	Portaria nº 837	23 de abril de 2009	Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
GM	Portaria Nº 1.190	4 de junho de 2009	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
GM	Portaria nº 1.191	4 de junho de 2009	Concede reajuste nos valores dos procedimentos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad)
GM	Portaria nº 1.195	4 de junho de 2009	Estabelecer recursos, no montante de R\$ 8.070.745,14 (oito milhões, setenta mil setecentos e quarenta e cinco reais e quatorze centavos), a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios.
GM	Portaria nº 1.196, de	4 de junho de 2009	Estabelecer recursos, no montante de R\$ 6.060.000,00, a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios
GM	Portaria nº 1.197	4 de junho de 2009	Estabelecer recursos, no montante de R\$ 4.972.253,40, a serem incorpora - dos ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios
GM	Portaria nº 1.198	4 de junho de 2009	Estabelecer recursos, no montante de R\$ 645.648,00, a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios
GM	Portaria 2.198	17 de setembro de 2009	Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados.
GM	Portaria nº 2.629	28 de outubro de 2009	Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração

GM	Portaria MS/GM Nº 2.644	28 de outubro de 2009	Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências.
GM	Portaria nº 2.647	28 de outubro de 2009	Estabelecer recursos financeiros no montante de R\$ 81.372.101,85, a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade, dos Estados, Distrito Federal e Municípios
GM	Portaria nº 404	19 de novembro de 2009	Reclassifica os Hospitais Psiquiátricos nas Classes N I, N II, N III e N IV
GM	Portaria nº 426	3 de dezembro de 2009	Estabelecer que os hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria permaneçam nas classes em que se encontravam em outubro de 2009, conforme Anexo desta Portaria, seguindo classificação prevista na Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004 (Classes de I a XIV) até o seu descredenciamento.
GM	Decreto nº 7.179	20 de maio de 2010.	Fica instituído o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas
CNCP	Resolução nº 4	30 de julho de 2010	O CNCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança
Interministeria	Portaria Nº 6	17 de setembro de 2010	Instituir, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, como parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, o PET-Saúde no âmbito da Atenção em Saúde Mental (PET-Saúde/Saúde Mental), destinado a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na área da Atenção em Saúde Mental, álcool e outras drogas.
GM	Portaria nº 2.841	20 de setembro de 2010	Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas - 24 horas - CAPS AD III

GM	Portaria Nº 2.842	20 de setembro de 2010	Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad.
GM	Portaria Nº 2.843	20 de setembro de 2010	Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
GM	Portaria nº 4.279	30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS)
GM	Portaria Nº 1.473	24 de junho de 2011	Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.
GM	Decreto nº 7.508	28 de junho de 2011	Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências
RDC	Resolução - RDC Nº 29	30 de junho de 2011	Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
GM	Portaria nº 3.088	23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
GM	Portaria nº 3.089	23 de dezembro de 2011	Fica instituído recurso financeiro fixo para os centros de atenção psicossocial (caps) credenciados pelo ministério da saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas

GM	Portaria nº 3.090	23 de dezembro de 2011	Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.
SAS	Portaria nº 1.002	29 de dezembro de 2011	Habilitar os centros de atenção psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002.
GM	Portaria Nº 122	25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
GM	Portaria nº 123	25 de janeiro de 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na rua (ECR) por município.
GM	Portaria nº 130	26 de janeiro de 2012	Redefine o centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros
GM	Portaria nº 131	26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
GM	Portaria Nº 132	26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
GM	Portaria Nº 148	31 de janeiro de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

GM	Portaria nº 349	29 de fevereiro de 2012	Altera e acresce dispositivo à portaria nº 148/gm/ms, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio
GM	Portaria Nº 1.306	27 de junho de 2012	Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.
GM	Portaria nº 856	22 de agosto de 2012	Fica incluído na tabela de tipos de estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - Unidade de Atenção em Regime Residencial, que se entende como o estabelecimento de saúde que presta serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, incluída a comunidade terapêutica, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
SAS	Portaria Nº 857	22 de agosto de 2012	Fica habilitada na Tabela de Incentivos Redes do SCNES dos Centros de Atenção
GM	Portaria nº 3.124	28 de dezembro de 2012	Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências
GM	Portaria nº 615	15 de abril de 2013	Fica instituído incentivo financeiro de investimento para construção de centro de atenção psicossocial (CAPS) e unidades de acolhimento, em conformidade com a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

GM	Portaria Nº 94	14 de janeiro de 2014	Fica Instituído No Âmbito Do Sistema Único De Saúde (Sus), O Serviço De Avaliação E Acompanhamento De Medidas Terapêuticas Aplicáveis À Pessoa Com Transtorno Mental Em Conflito Com A Lei, Vinculado À Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Das Pessoas Privadas De Liberdade No Sistema Prisional (Pnaisp).
----	----------------	-----------------------	--



APÊNDICE II:
QualityRight

Actuar, unir y empoderar para la Salud Mental



QualityRights

Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social

Herramienta de entrevista

Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2012 con el título WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Interview tool

© Organización Mundial de la Salud 2012

La Organización Mundial de la Salud ha cedido los derechos de traducción y publicación de una edición en español a la Universidad de Chile, responsable única de la calidad y fidelidad de la versión en español. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.

Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Herramienta de entrevista.

© Organización Mundial de la Salud 2015

Nombre de la editorial o del editor

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, al correo electrónico: permissions@who.int.

Contenido

TEMA 1. EL DERECHO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO (ARTÍCULO 28 DE LA CDPD).....	8
Estándar 1.1. La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas.....	9
Estándar 1.2. Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios. .	12
Estándar 1.3. El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.....	14
Estándar 1.4. A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.	16
Estándar 1.5. Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad.	18
Estándar 1.6. El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.....	20
Estándar 1.7. Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.	23
TEMA 2. EL DERECHO AL GOCE DE UNA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE (ARTÍCULO 25 DE LA CDPD).....	25
Estándar 2.1. Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.	25
Estándar 2.2. El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.	27
Estándar 2.3. El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación” conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.....	30
Estándar 2.4. La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente.....	33
Estándar 2.5. Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.....	35
TEMA 3. EL DERECHO AL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA Y EL DERECHO A LA LIBERTAD PERSONAL Y LA SEGURIDAD DE LA PERSONA (ARTÍCULOS 12 Y 14 DE LA CDPD).....	38
Estándar 3.1. Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad.....	38
Estándar 3.2. Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.	40
Estándar 3.3. Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se les da el apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica.....	43
Estándar 3.4. Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal.	46

TEMA 4. PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANAS O DEGRADANTES, COMO TAMBIÉN CONTRA LA EXPLOTACIÓN, LA VIOLENCIA Y EL ABUSO (ARTÍCULOS 15 Y 16 DE LA CDPD)	48
Estándar 4.1. Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional.....	48
Estándar 4.2. Alternativos al aislamiento y contención para “atenuar el escalamiento” de crisis potenciales.	51
Estándar 4.3. No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referido a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.	53
Estándar 4.4. No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado.....	56
Estándar 4.5. Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.	58
TEMA 5. EL DERECHO A VIVIR EN FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD (ARTÍCULO 19 DE LA CDPD)	61
Estándar 5.1. Se apoya a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.	61
Estándar 5.2. Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo.	63
Estándar 5.3. Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.	65
Estándar 5.4. Se apoya a los usuarios en la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.	67

Reconocimientos

Los autores principales del instrumento fueron Michelle Funk y Natalie Drew, Desarrollo de Políticas y Servicios en Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza.

La orientación técnica y las revisiones fueron proporcionadas por:

- Melvyn Freeman, Departamento Nacional de Salud, Sudáfrica
- Achmat Moosa Salie, Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría, Centro Ubuntu Sudáfrica, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
- Anne Marie Robb, Centro Ubuntu Sudáfrica, Sudáfrica
- Judith Cohen, Comisión de Derechos Humanos Sudafricano, Sudáfrica
- Christine Ogaranko, Canada
- J. Ramón Quirós, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Gobierno del Principado de Asturias, España
- Japheth Ogamba Makana, MindFreedom, Kenya
- Sawsan Najir, MindFreedom, Kenya
- Charlene Sunkel, Movimiento de Defensa del Consumidor de Gauteng; Presidente del Movimiento Sudafricano de Defensa de la Salud Mental, Sudáfrica
- Sylvester Katontoka, Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia
- Tomás López Corominas, Hierbabuena, Asociación Oviedo de Salud Mental, España
- Helena Nygren Krug, OMS, Ginebra, Suiza
- Gemma Griffin, Salud Mental y Adicción, Consejo de Salud del Distrito Sur, Nueva Zelanda
- Shekhar Saxena, OMS, Ginebra, Suiza
- David Crepaz-Keay, Fundación de Salud Mental, Reino Unido
- Javier Vásquez, Oficina Regional de las Américas de OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Jose Miguel Caldas de Almeida, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nova de Lisboa, Portugal
- Soumitra Pathare, Clínica Ruby Hall, Pune, India
- Benedetto Saraceno, Universidad Nova de Lisboa, Portugal; Iniciativa Global en Psiquiatría, Países Bajos

También deseamos agradecer a las siguientes personas por su opinión experta y su aporte técnico:

- Víctor Aparicio, Oficina Subregional de OMS, Panamá
- Gunilla Backman, Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical, Reino Unido
- Laurent Benedetti, Escuela de Medicina Universidad de Massachusetts, Estados Unidos
- Laura Bennett, Escuela Severn Deanery de Psiquiatría, Reino Unido
- Benjamin E. Berkman, Departamento de Bioética, Institutos Nacionales de Salud, Estados Unidos
- Sra. Barbara Bernath, Asociación de Prevención de Tortura, Suiza
- Andrea Bruni, Oficina País de la OMS, Etiopía
- Judith Bueno de Mesquita, Escuela de Leyes Universidad de Essex, Colchester, Reino Unido
- Vijay Chandra, Oficina Regional del Sureste de Asia de la OMS, Nueva Delhi, India
- Hugo Cohen, Oficina Subregional de OMS, Argentina
- Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de África de OMS, Brazzaville, República Democrática del Congo
- Julian Eaton, Oficina Regional de CBM de África del Oeste, Togo
- Marta Ferraz, Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud, Portugal
- Lance Gable, Escuela de Derecho Universidad Wayne State, Detroit, Michigan, Estados Unidos
- Amelia Concepción González López, Salud Pública y Participación, Principado de Asturias, España

- Lawrence Gostin, Instituto O'Neill de Derecho en Salud Nacional y Global, Universidad de Georgetown, Washington DC, Estados Unidos
- Paul Hunt, Centro de Derechos Humanos Universidad de Essex, Colchester, Reino Unido
- ShadiJaber, Sociedad de Familias y Amigos en Salud Mental, West Bank y Gaza Strip
- Jan Paul Kwasik, Salud Juvenil de Orygen, Melbourne, Australia
- Caroline Fei-Yeng Kwok, Canada
- Oliver Lewis, Centro de Defensa de la Discapacidad Mental, Budapest, Hungría
- Aiysha Malik, Universidad de Oxford, Reino Unido
- Angelica Monreal, Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, Chile
- Maristela Monteiro, Oficina Regional de las Américas de OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Matthijs Muijen, Oficina Regional de Europa de OMS, Copenhague, Dinamarca
- Jamil Nassif, Centro Comunitario de Salud Mental Salfit, Ministerio de Salud, West Bank y Gaza Strip
- Alana Officer, OMS, Ginebra, Suiza
- Ionela Petrea, Instituto Trimbos, Centro de Colaboración de OMS, Países Bajos
- Matt Pollard, Asociación de Prevención de Tortura, Ginebra, Suiza
- Jorge Rodríguez, Oficina Regional de OMS de las Américas, Washington DC, Estados Unidos
- Diana Rose, Instituto de Psiquiatría, King's College Londres, Reino Unido
- Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS del Mediterráneo Oriental, Cairo, Egipto
- Tom Shakespeare, OMS, Ginebra, Suiza
- Jessica Sinclair, Maxwell Stamp PLC, Reino Unido
- Sarah Skeen, OMS, Ginebra, Suiza
- Peter Stastny, Programa de Salud Mental Global/RedeAmericas, Universidad de Columbia, Ciudad de Nueva York, Estados Unidos
- Kanna Sugiura, OMS, Ginebra, Suiza
- Ezra Susser, Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos
- Stephan Tang, Universidad Nacional Australiana, Canberra, Australia
- Graham Thornicroft, Instituto de Psiquiatría, King's College Londres, Reino Unido
- Anil Vartak, Asociación de Sensibilización sobre Esquizofrenia (Schizophrenia Awareness Association), Pune, India
- Henrik Wahlberg, Consejo del Condado de Estocolmo, Centro de Psiquiatría Transcultural, Estocolmo, Suecia
- Simon Walker, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, Ginebra, Suiza
- Xiangdong Wang, OMS Oficina Regional del Pacífico Occidental, Manila, Filipinas
- Narelle Wickham, Justicia Sanitaria, Canberra, Australia
- Moody Zaky, Hospital General Comet, Egipto

Apoyo administrativo y secretarial: Patricia Robertson

Se agradece el apoyo financiero brindado por el Gobierno de España y de Portugal.

VERSIÓN EN ESPAÑOL

Coordinador de la versión en español

Dr. Alberto Minoletti, Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Edición

Braulio Andrés Manríquez.

Traducción

Marissa Minoletti, Proyecto FONIS: SA12I2073, Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Comité de asesoría técnica a la traducción

- Cristian R. Montenegro (Coordinador del Comité), Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile
- Daniela Alburquerque, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
- Jorge Chuaqui, Asociación Nacional de Usuarios de Salud Mental y Escuela de Sociología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile
- Dr. Mauricio Gómez, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Buin, Santiago, Chile
- Bert Kaempfe, Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago, Chile
- Pablo Monares, Fundación Rostros Nuevos, Hogar de Cristo, Santiago, Chile
- Daniel Núñez, Escuela de Psicología, Universidad de Talca, Talca, Chile
- Dr. Marco Ochoa, Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago, Chile
- Dr. Nelson Pérez, Servicio de Salud Concepción, Concepción, Chile
- Miguel Rojas, Coordinadora de Agrupaciones de Familiares y Usuarios de Personas con Afección en Salud Mental, Santiago, Chile
- Gloria Silva, Comunidad Terapéutica Peñalolén y Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
- Jonah Kreniske (retrotraducción), Programa de Salud Mental Global RedeAmericas, Universidad de Columbia, Ciudad de Nueva York, Estados Unidos

La versión en español se pudo realizar gracias al apoyo institucional de la Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y contó con financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile, a través del Proyecto FONIS: SA12I2073.

Instrucciones para el uso de la herramienta de entrevista

La herramienta de entrevista de Calidad y Derechos de la OMS proporciona orientación sobre la realización de entrevistas con los usuarios¹, integrantes de la familia² y personal del establecimiento que está siendo evaluado. La herramienta establece las preguntas que se harán en relación con

cada criterio, con el fin de obtener información relevante para la evaluación. Bajo cada pregunta principal se encuentra una serie de “preguntas de apoyo” que se pueden utilizar para obtener información adicional o más específica, si fuera necesario. Si se ha obtenido suficiente información a partir de solamente las respuestas a las preguntas principales, es posible que no sea necesario utilizar las preguntas de apoyo. Véase el Manual de Aplicación del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS para obtener mayor información sobre la realización de las entrevistas.

Nota

Tema 1 del Instrumento, *El derecho a un nivel de vida adecuado*, se refiere específicamente a las condiciones de vida en los establecimientos residenciales y por lo tanto no es aplicable a los servicios ambulatorios. Sin embargo, sí se aplica a los establecimientos de atención de día, los cuales cuentan con un componente residencial durante algunas horas del día. Todos los demás temas se aplican tanto a establecimientos residenciales como ambulatorios.

Tema 4 del Instrumento, *Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes*, como también contra la explotación, la violencia y el abuso, aborda asuntos críticos que pueden ser difíciles de discutir para muchos usuarios. Por lo tanto, se requiere de una especial sensibilidad por parte de los entrevistadores cuando realicen preguntas a los usuarios sobre aspectos relacionados a este tema.

- Se deben hacer todos los esfuerzos por minimizar cualquier molestia que el entrevistado pueda sentir al revivir experiencias pasadas.
- El entrevistado debe tener en cuenta que él o ella puede detener en cualquier momento la entrevista para descansar.
- Permita al entrevistado contar con la presencia de una persona de su confianza durante la entrevista, si es que es útil para él o ella.
- Si el entrevistado considera que la entrevista es demasiado dolorosa, esta debe detenerse.

Los entrevistadores también deben tener en cuenta que los usuarios, familiares y el personal pueden no estar seguros de discutir asuntos relacionados con este tema por miedo a posibles repercusiones ante la divulgación de información sobre este tema. Los entrevistadores deben explicar que la información se recoge de forma anónima y que la entrevista es estrictamente confidencial. (Véase el formato de consentimiento informado en el Anexo 6 del Manual de Aplicación del Instrumento para obtener mayor orientación al respecto).

Información administrativa del establecimiento

Por favor complete la siguiente información y marque (✓) la respuesta apropiada:
Nombre y región del establecimiento:
Tipo de establecimiento (<i>marque la casilla correspondiente</i>):

¹ Para esta traducción al español se utiliza el término “usuario” con el significado de usuario del respectivo establecimiento (“service user” en inglés). Al mismo tiempo, la palabra “usuario” se utiliza en forma general para ambos géneros, implicando tanto usuarias como usuarios.

² A lo largo de este documento, se utiliza el término “integrantes de la familia” incluyendo también a amigos y cuidadores.

Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>
Unidad psiquiátrica en hospital general	<input type="checkbox"/>
Servicio ambulatorio (incluyendo centros de salud mental comunitario o de abuso de sustancias, clínicas de atención primaria y atención ambulatoria en hospitales generales)	<input type="checkbox"/>
Hogar de apoyo social (incluyendo orfanatos, hogares para adultos mayores, hogares para niños con discapacidades intelectuales y de otro tipo, y otros tipos de hogares para "grupos" de personas)	<input type="checkbox"/>
Centro de rehabilitación	<input type="checkbox"/>
Centro de atención día	<input type="checkbox"/>
Establecimiento de salud general (<i>por favor especifique el tipo</i>)	<input type="checkbox"/>
Otros (<i>por favor especifique el tipo</i>).....	<input type="checkbox"/>
El establecimiento presta servicios para: (<i>marque una o más según corresponda</i>):	
Adultos	<input type="checkbox"/>
Niños	<input type="checkbox"/>
Adulto mayor	<input type="checkbox"/>
Trastornos por consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>
Trastornos por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>
Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>
Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/>
Discapacidades intelectuales	<input type="checkbox"/>
Otros (<i>por favor especifique</i>).....	<input type="checkbox"/>
¿Visita anunciada?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Individuo entrevistado:	
Usuario <input type="checkbox"/>	Integrante de la familia, amigo o cuidador <input type="checkbox"/>
	Miembro del personal <input type="checkbox"/>
¿Dio consentimiento el entrevistado?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre del entrevistador:	
Fecha:	

TEMA 1
EL DERECHO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO
(ARTÍCULO 28 DE LA CDPD)³

Estándar 1.1.

La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas.

Criterios

- 1.1.1. La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación (por ejemplo, las ventanas no están rotas, la pintura no se está descascarando de las paredes).
- 1.1.2. La infraestructura permite acceso a personas con discapacidad física.
- 1.1.3. La iluminación del edificio (natural y artificial), la calefacción y la ventilación proporcionan un ambiente confortable para vivir.
- 1.1.4. Se dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas contra incendios.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede usted comentar sobre la condición física de este establecimiento? ¿Cree usted que el nivel de mantenimiento es adecuado?

Preguntas de apoyo: ¿Hay algo que esté roto o que no funcione correctamente? ¿Se está descascarando la pintura de las paredes? ¿Han habido quejas sobre algo que necesite reparación, y fueron ellas atendidas rápidamente?

Pregunta principal 2: ¿Es accesible el establecimiento para personas con discapacidades físicas?

Preguntas de apoyo: ¿Es la entrada al edificio accesible, es decir, sin escaleras? ¿Son accesibles las áreas del inodoro y de la sala de baño, es decir, son suficientemente anchas las puertas como para acomodar sillas de ruedas, hay barras de apoyo cerca de los inodoros y de las tinas? ¿Hay ascensores como alternativa a las escaleras?

Pregunta principal 3: ¿Puede describir las condiciones de calefacción, iluminación y ventilación del establecimiento? ¿Funcionan eficazmente para crear un ambiente confortable?

Preguntas de apoyo: ¿Es confortable la temperatura durante todo el año en todas las partes del establecimiento? ¿Hay estufas y ventiladores (o aire acondicionado)? ¿Las estufas cuentan con dispositivos de seguridad para evitar quemaduras? ¿Está el edificio bien iluminado? ¿Hay algunas zonas del edificio que no estén suficientemente iluminadas? ¿Hay un sistema de ventilación adecuado, que permita la entrada de aire fresco al edificio (por ejemplo, se pueden abrir las ventanas, o hay un sistema de ventilación mecánica)?

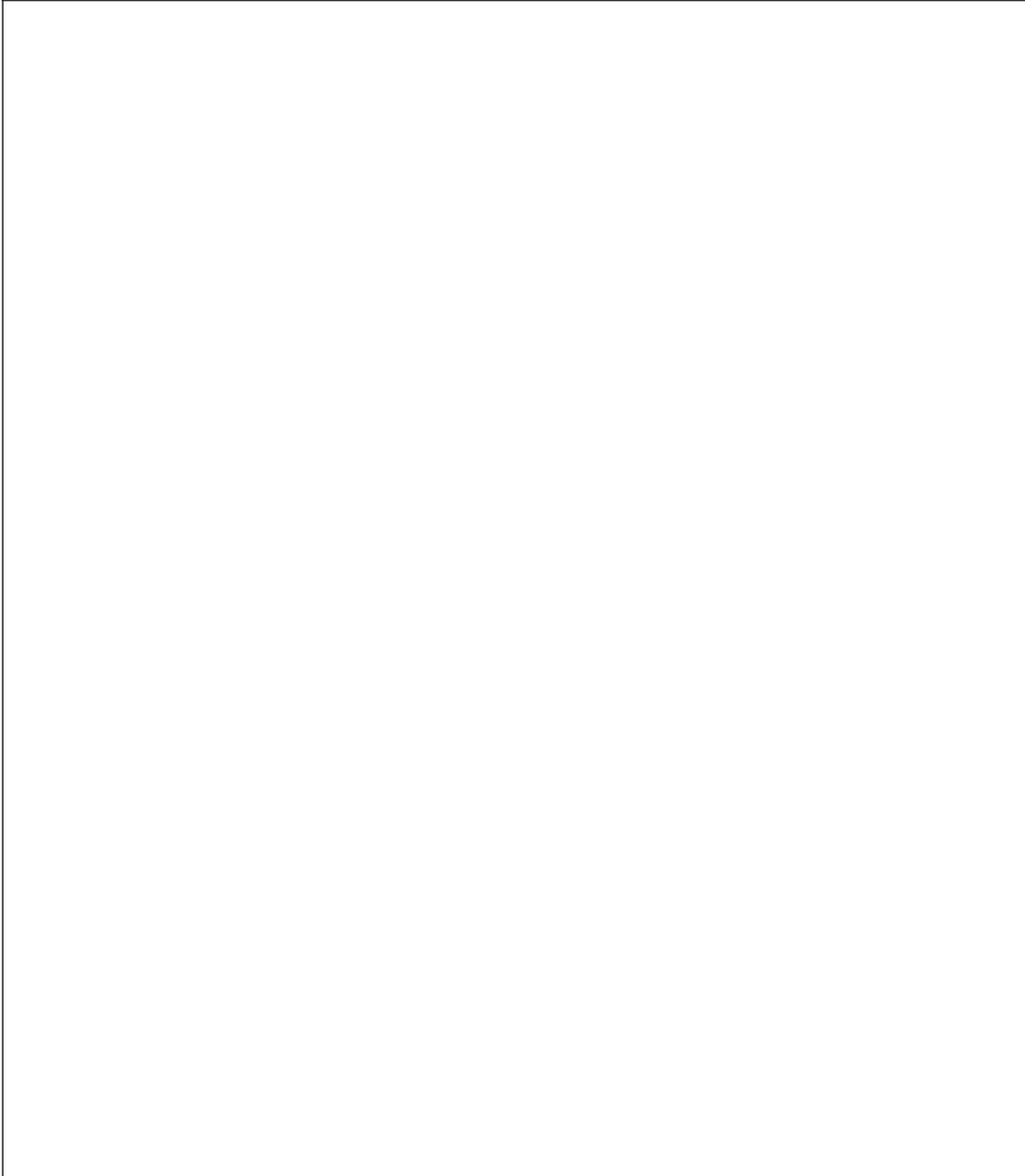
Pregunta principal 4: ¿Cree que usted y las otras personas en el establecimiento están suficientemente protegidos en caso de incendio? ¿Hay medidas adecuadas que garanticen la seguridad de usted y de otras personas en caso de incendio?

Preguntas de apoyo: ¿Ha recibido información acerca de qué hacer en caso de incendio?

³El Tema 1 se refiere específicamente a las condiciones de vida en los establecimientos residenciales y por lo tanto no se aplica a los establecimientos ambulatorios; sin embargo, sí se aplica a los de atención de día.

¿Hay salidas de emergencia y extintores? ¿Hay detectores de humo? ¿Pueden abrirse fácilmente las salidas de emergencia? ¿Existen simulacros de incendio? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ¿Existe la ayuda adecuada para las personas que serían incapaces de rescatarse a sí mismas, como por ejemplo las personas que están sedadas, contenidas o que están encerradas con llave, como es el caso de las salas de aislamiento?

Estándar 1.1. Respuestas



Tema 1

Estándar 1.2.
Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios.

Crterios

- 1.2.1. Los dormitorios ofrecen suficiente espacio para cada usuario y sin hacinamiento.
- 1.2.2. Los hombres y las mujeres, así como los niños y las personas mayores, disponen de dormitorios separados.
- 1.2.3. Los usuarios son libres de elegir cuándo levantarse y cuándo ir a la cama.
- 1.2.4. Los dormitorios permiten la privacidad de los usuarios.
- 1.2.5. Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente, disponible para los usuarios.
- 1.2.6. Los usuarios pueden mantener pertenencias personales y disponen de suficiente espacio para guardarlas con llave.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Tienen los usuarios sus propios dormitorios o comparten habitaciones con otros?

Preguntas de apoyo: ¿Cuál es la cantidad mínima y máxima de personas que comparten un dormitorio dentro del establecimiento? ¿Hay camas suficientes para que cada usuario tenga su propia cama? ¿Algún usuario ha tenido que dormir en el suelo? ¿Hay espacio suficiente en los dormitorios, o parece congestionado?

Pregunta principal 2: ¿Disponen los hombres, mujeres, niños y las personas mayores de dormitorios separados?

Preguntas de apoyo: ¿Comparten el mismo dormitorio hombres, mujeres, niños y personas mayores, o hay dormitorios separados para cada grupo?

Pregunta principal 3: ¿Pueden los usuarios decidir por sí mismos cuándo levantarse por la mañana y cuándo ir a la cama por la noche?⁴

Preguntas de apoyo: ¿Se obliga a los usuarios a levantarse a una hora determinada en la mañana porque es conveniente para el personal? ¿Están obligados a ir a la cama a una hora específica porque es conveniente para el personal? ¿Se dejan abiertas las puertas de las áreas para dormir para que las personas puedan descansar durante el día si así lo desean?

Pregunta principal 4: ¿Los dormitorios permiten privacidad?

Preguntas de apoyo: ¿Pueden las puertas de los dormitorios ser cerradas con llave desde adentro? ¿Hay ventanas en la puerta, y si es así, están tapadas? Si la habitación es compartida, con más de un usuario, ¿hay alguna área de la habitación para cambiarse de ropa en privado?

Pregunta principal 5: ¿Considera que la ropa de cama es cómoda, limpia y abriga lo suficiente?

Preguntas de apoyo: ¿Hay suficientes colchones, sábanas, frazadas y almohadas disponibles para los usuarios, y se encuentran en un estado limpio y aceptable? ¿Con qué frecuencia se lava la ropa de cama (fundas de almohada, sábanas, frazadas)?

⁴ Personas con ciertas condiciones de salud mental, como el trastorno bipolar, pueden requerir un tiempo suficiente y horarios regulares para dormir.

Pregunta principal 6: ¿Hay disponible para cada persona un armario cerrado con llave para que pueda guardar sus pertenencias y para el cual él o ella tiene la llave? ¿Se confiscan a veces las pertenencias de los usuarios? Si es así, ¿bajo qué circunstancias?

Preguntas de apoyo: ¿Se puede acceder fácilmente a los armarios? Si no hay disponibles armarios individuales cerrados con llave, ¿hay algún otro lugar de almacenamiento seguro para las pertenencias de un individuo al que sólo él o ella tengan acceso? ¿Se registran o documentan en algún lugar los objetos confiscados?

Estándar 1.2. Respuestas

Tema 1

Estándar 1.3.

El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.

Crterios

- 1.3.1. La infraestructura de la sala de baño e inodoros está limpia y funciona adecuadamente.
- 1.3.2. La infraestructura de la sala de baño e inodoros otorga privacidad y separación para hombres y mujeres.
- 1.3.3. Los usuarios tienen acceso regular a la sala de baño e inodoro.
- 1.3.4. Existen medidas para las necesidades de aseo e ir al baño de los usuarios que se encuentran postrados en cama, o que tienen una movilidad reducida u otras discapacidades físicas.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede describir la limpieza y condiciones generales de la infraestructura de la sala de baño e inodoros?

Preguntas de apoyo: ¿Se limpian con regularidad y frecuencia los baños y los inodoros? ¿Funcionan los inodoros, lavatorios, tinas y/o duchas? ¿Hay suficiente agua caliente en la infraestructura de la sala de baño para dar cabida a todos los usuarios, y, si es así, se dispone de ella durante todo el día o sólo en ciertos momentos del día? ¿Hay suficiente papel higiénico o agua disponible? ¿Hay receptáculos para la eliminación de productos sanitarios?

Pregunta principal 2: ¿Hay suficiente privacidad para las personas que utilizan la sala de baño e inodoro? ¿Comparten hombres y mujeres estas salas?

Preguntas de apoyo: ¿Funcionan los pestillos de las puertas del baño e inodoro? ¿Hay áreas privadas en las cuales poder secarse o cambiarse la ropa? ¿Hay salas de baño y de inodoro separadas para hombres y mujeres?

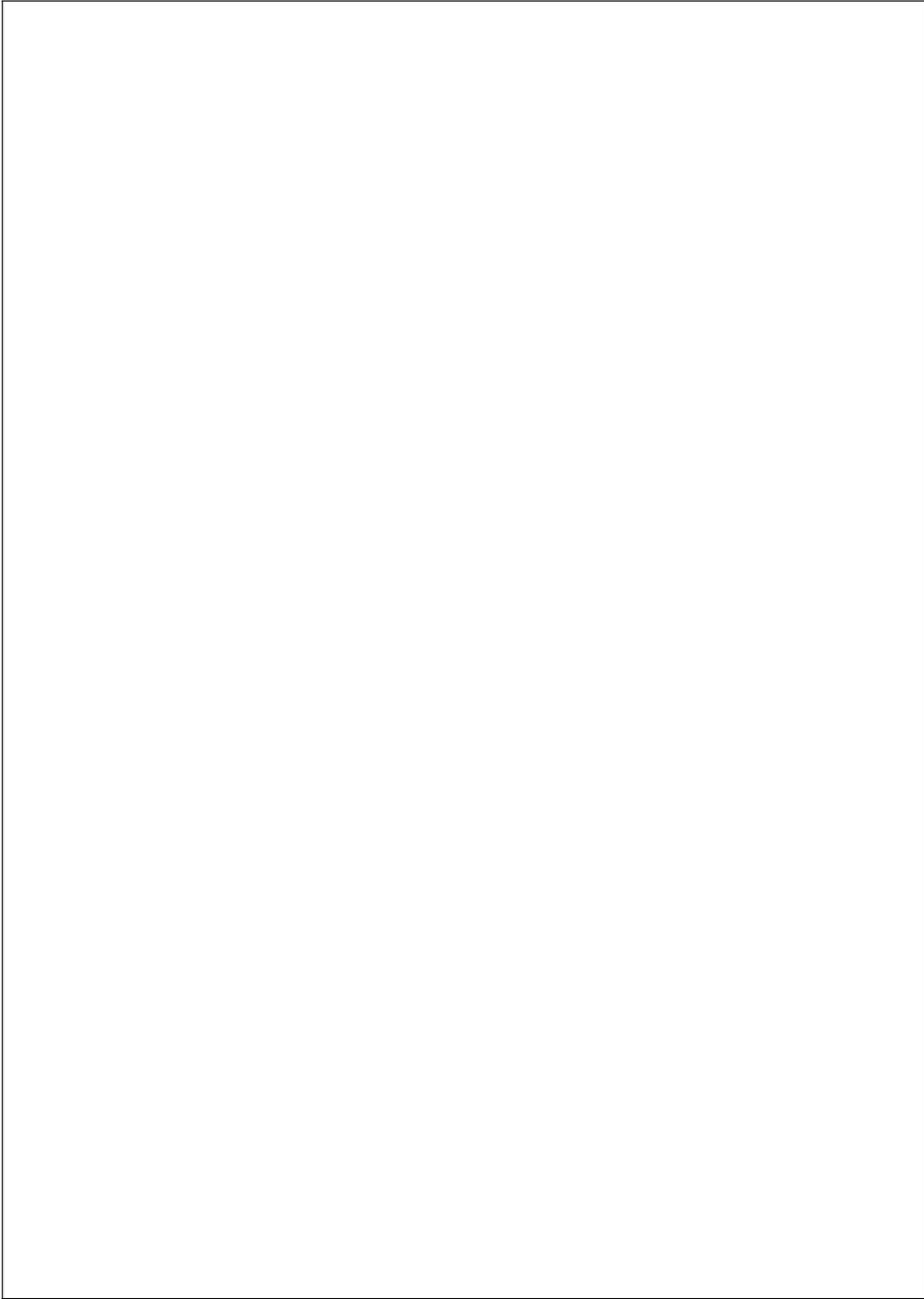
Pregunta principal 3: ¿Tienen todos los usuarios acceso regular a las salas de baño e inodoro? ¿Se facilita a los usuarios los artículos de aseo necesarios?

Preguntas de apoyo: ¿Hay restricciones respecto a cuándo un usuario puede acceder a las áreas de baño e inodoro? En caso afirmativo, ¿cuáles son las restricciones? ¿Se facilita a los usuarios suficiente jabón, champú, pasta de dientes, cepillos de dientes y otros artículos de aseo? ¿Están provistos de toallas limpias? ¿Pueden acceder las mujeres a suficientes productos sanitarios (por ejemplo, toallas sanitarias, tampones)?

Pregunta principal 4: ¿Se facilita apoyo a los usuarios para acceder y usar las salas de baño e inodoros cuando sea necesario?

Preguntas de apoyo: ¿Las salas de baño e inodoros resultan accesibles para personas en sillas de ruedas o que tienen otras discapacidades físicas? ¿Qué tipo de apoyo proporciona el personal para ayudar a los usuarios con su higiene personal y aseo? ¿El personal proporciona este apoyo de una manera que preserve la dignidad de los usuarios y respete su privacidad en la mayor medida posible?

Estándar 1.3. Respuestas



Tema 1

Estándar 1.4.

A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.

Crterios

- 1.4.1. Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, los que son de buena calidad y satisfacen las preferencias culturales de los usuarios y las necesidades de su salud física.
- 1.4.2. La comida es preparada y servida en condiciones satisfactorias, y las zonas para comer son culturalmente apropiadas y reflejan las costumbres alimentarias de la comunidad.
- 1.4.3. Los usuarios pueden usar su propia ropa y zapatos (ropa para el día y la noche).
- 1.4.4. Cuando los usuarios no tienen su propia ropa, se les facilita ropa de buena calidad que cumple con sus preferencias culturales y es adecuada para el clima.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Hay suficiente comida y agua, y es de buena calidad? Si las personas tienen necesidades dietéticas específicas, ¿el establecimiento atiende esas necesidades?

Preguntas de apoyo: ¿Es el alimento fresco y bien variado? ¿Es nutritiva la comida y el menú bien balanceado? ¿Está bien presentada? ¿El agua es apta para el consumo? ¿Es suficientemente flexible el menú para adaptarse a las necesidades dietéticas y culturales individuales? ¿Preparan y sirven los alimentos en un entorno limpio? ¿Son las zonas para comer culturalmente apropiadas, y se parecen a los lugares donde se come en la comunidad?

Pregunta principal 2: ¿Es la comida preparada y servida en un entorno limpio, a la hora adecuada, y las zonas para comer son cómodas para los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿Existen estándares establecidos para mantener limpia el área de preparación de los alimentos, y se cumple con ellos? ¿Se limpia con regularidad la zona para comer? ¿Se sirve la comida a las horas propias de la cultura del país? ¿O, al contrario, se sirve la comida en unos horarios que resultan convenientes para el personal? ¿Se asemeja la zona para comer a la de un hogar (por ejemplo, mesas pequeñas y sillas), o tiene un diseño institucional, con largas filas de mesas y sillas?

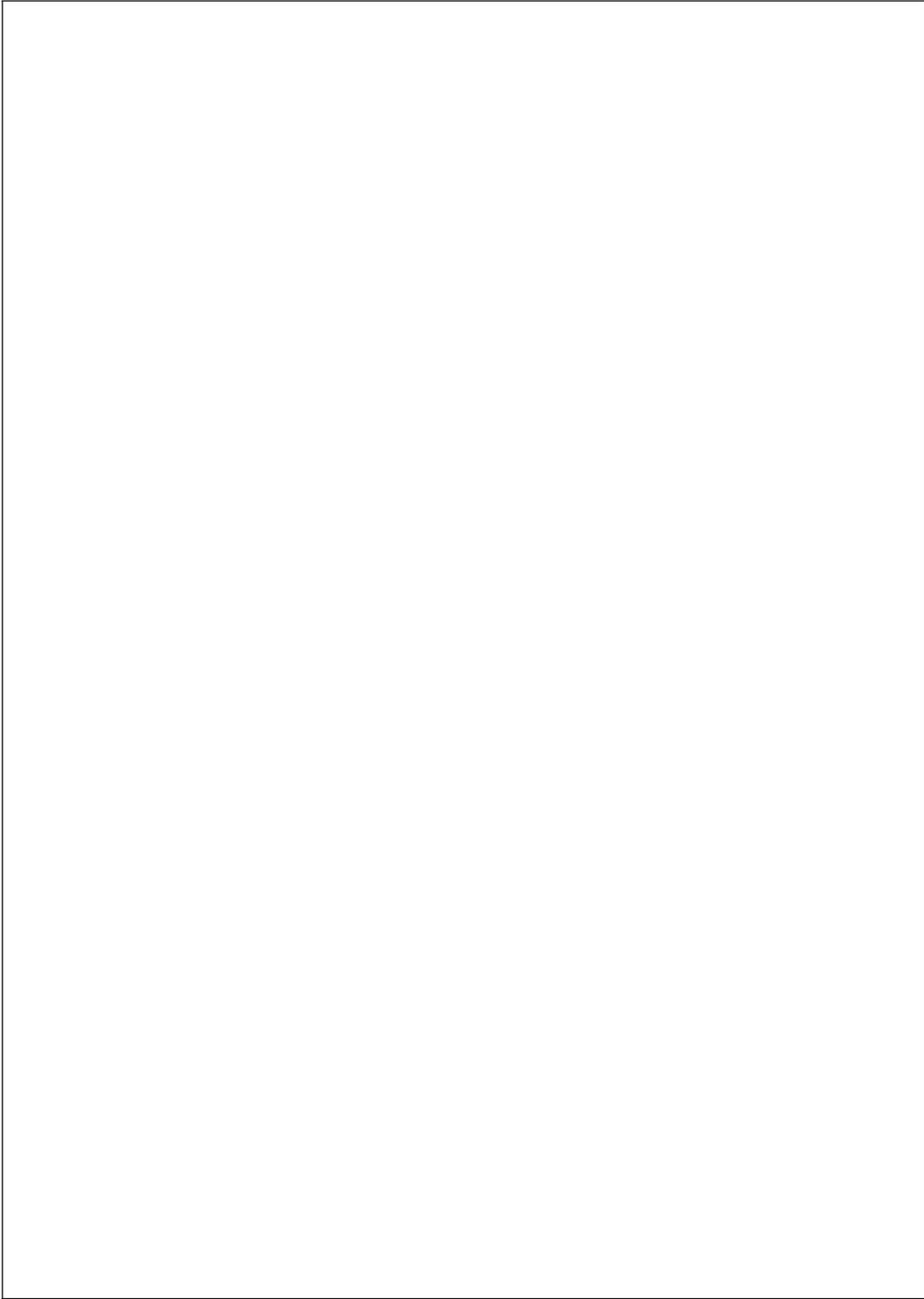
Pregunta principal 3: ¿Pueden los usuarios elegir y usar su propia ropa, o existen restricciones sobre el tipo de ropa que pueden llevar? ¿Se lava la ropa con regularidad?

Preguntas de apoyo: Si existen restricciones respecto a la ropa que pueden usar los usuarios, ¿cuáles son? Por ejemplo, ¿están obligados los usuarios a utilizar sólo camisas de dormir?

Pregunta principal 4: Si una persona no tiene ropa, ¿le facilita ropa el establecimiento y, si es así, qué tipo de ropa se le facilita? ¿Se proporciona ropa interior, zapatos, abrigos, por ejemplo?

Preguntas de apoyo: ¿Es culturalmente apropiada la ropa que se facilita? ¿Es adecuada para el clima o la estación? ¿Está en buen estado la ropa que se suministra? ¿Se lava con regularidad?

Estándar 1.4. Respuestas



Tema 1

Estándar 1.5.

Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad.

Crterios

- 1.5.1. Las comunicaciones a través de teléfono, cartas, correos electrónicos e internet están disponibles gratuitamente para los usuarios, sin censura.
- 1.5.2. Se respeta la privacidad en las comunicaciones de los usuarios.
- 1.5.3. Los usuarios pueden comunicarse en el idioma de su elección, y el establecimiento proporciona apoyo (por ejemplo, traductores) para garantizar que ellos puedan expresar sus necesidades.
- 1.5.4. Los usuarios pueden recibir visitas, elegir a quienes quieren ver y compartir con sus visitas en cualquier horario razonable.
- 1.5.5. Los usuarios pueden circular libremente por el establecimiento.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Los usuarios tienen libre acceso a una amplia gama de medios de comunicación, por ejemplo, cartas, correo electrónico, uso de internet y uso del teléfono? ¿Existen restricciones respecto a los tipos de comunicación que puede utilizar el usuario y a cómo se utilizan?

Preguntas de apoyo: ¿Pueden los usuarios utilizar el teléfono para hacer y recibir llamadas? ¿Tienen los usuarios acceso a internet para enviar y recibir correo electrónico sólo por períodos limitados de tiempo?

Pregunta principal 2: ¿Tienen los usuarios privacidad en relación con la comunicación, tales como realizar y recibir llamadas telefónicas y el envío de correspondencia?

Preguntas de apoyo: ¿Se controlan o escuchan las llamadas telefónicas? ¿Se encuentra el teléfono situado en una zona que permite conversaciones privadas? ¿Se supervisa el uso del correo electrónico e internet de los usuarios? ¿El personal lee la correspondencia dirigida a los usuarios o escrita por ellos? ¿Se censura de algún modo la correspondencia que reciben o envían los usuarios?

Pregunta principal 3: ¿Pueden los usuarios comunicar sus necesidades en el idioma de su preferencia? ¿Qué adaptaciones realiza el establecimiento para garantizar que se pueden comunicar en su idioma de preferencia?

Preguntas de apoyo: ¿Proporciona el establecimiento intérpretes para traducir las palabras habladas de los usuarios al personal? ¿Se traducen los documentos escritos, como por ejemplo información del establecimiento, a diferentes idiomas?

Pregunta principal 4: ¿Puede proporcionar información acerca de las visitas entre usuarios y sus parejas, amigos e integrantes de la familia? ¿Existen restricciones a las visitas?

Preguntas de apoyo: ¿Pueden los usuarios recibir la visita de cualquier persona que desee? ¿Con qué frecuencia pueden parejas, familia y amigos hacer visitas? ¿Se restringen las visitas a un área particular del establecimiento? ¿Son los horarios de visita suficientemente flexibles y largos, dando a los usuarios la oportunidad de pasar "tiempo de calidad" con sus parejas, familia y amigos? ¿Tienen los usuarios privacidad para interactuar solos con sus visitantes?

Pregunta principal 5: ¿Pueden los usuarios circular libremente en el

establecimiento? ¿Tanto al interior del edificio como alrededor de sus terrenos exteriores? ¿Existen restricciones sobre dónde pueden y dónde no pueden ir?

Preguntas de apoyo: ¿Están limitados los usuarios a determinados lugares del establecimiento? ¿Sus habitaciones? ¿Su unidad o sala? ¿Tienen los usuarios acceso a áreas al aire libre? ¿Existen áreas del establecimiento en las que no se permite la presencia de los usuarios? Si es así, ¿cuáles áreas y por qué?

Estándar 1.5. Respuestas

Tema 1

Estándar 1.6.

El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.

Criterios

- 1.6.1. Existe mobiliario amplio, cómodo y en buen estado.
- 1.6.2. La disposición del establecimiento es propicio para la interacción entre los usuarios, el personal y los visitantes.
- 1.6.3. El establecimiento proporciona los recursos necesarios, incluido el equipamiento, para garantizar que los usuarios tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreación.
- 1.6.4. Dentro del establecimiento hay habitaciones que están específicamente designadas como zonas de recreación para los usuarios.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Se dispone de suficiente mobiliario en buen estado para uso de los usuarios en el establecimiento? ¿Tiene el establecimiento un ambiente hogareño, o parece frío e institucional?

Preguntas de apoyo: ¿Existen escritorios y lugares para sentarse en los dormitorios? ¿Hay asientos suficientes en los espacios comunes? ¿Existen cuadros en las paredes? ¿Pueden los usuarios exhibir fotos personales en sus dormitorios? ¿Son cómodos los asientos en los espacios comunes? ¿Los accesorios y muebles proporcionan un ambiente acogedor?

Pregunta principal 2: ¿El diseño del establecimiento, en particular los espacios comunes, promueve la interacción entre los usuarios y el personal, así como entre los usuarios, y entre los usuarios y los visitantes?

Preguntas de apoyo: ¿Se ubica el puesto de trabajo del personal en cada unidad en un lugar céntrico y propicio para la comunicación entre los usuarios y el personal? ¿Hay zonas en el establecimiento que están diseñadas para promover la comunicación entre los usuarios y entre los usuarios y los visitantes? ¿Se impone alguna restricción a las interacciones entre los usuarios? ¿Se impone alguna restricción a las interacciones entre los usuarios y el personal?

Pregunta principal 3: ¿El establecimiento proporciona oportunidades de recreación a los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿Existe material de lectura adecuado disponible gratuitamente para los usuarios, incluyendo diarios y revistas? ¿Existen diferentes opciones de recreación a disposición de los usuarios, tales como música, computadores, juegos, televisión, un reproductor de DVD y DVDs, y una variedad de materiales de aprendizaje?

Pregunta principal 4: ¿Existen habitaciones en el establecimiento designadas específicamente como áreas de recreación para los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿Hay salas de lectura, salas de televisión, salas para ejercicio físico, salas de música?

Estándar 1.6. Respuestas

Tema 1

Estándar 1.7.

Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.

Crterios

- 1.7.1. Los usuarios pueden interactuar con otros usuarios, incluidos miembros del sexo opuesto.
- 1.7.2. El personal hace posible las peticiones personales, tales como asistir a bodas o funerales.
- 1.7.3. Se ofrece una serie de actividades programadas y organizadas con regularidad, tanto en el establecimiento como en la comunidad, que son pertinentes y adecuadas para la edad.
- 1.7.4. El personal proporciona información a los usuarios sobre las actividades de la comunidad y facilitan su acceso a dichas actividades.
- 1.7.5. El personal facilita a los usuarios el acceso a actividades de entretenimiento fuera del establecimiento, como también llevan actividades de entretenimiento de la comunidad al establecimiento.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede proporcionar información acerca de la libertad de los usuarios para comunicarse con otros usuarios? ¿Se impone alguna restricción a la comunicación entre los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿Se restringe a los usuarios comunicarse con personas del sexo opuesto?

Pregunta principal 2: ¿Pueden los usuarios salir del establecimiento para ocasiones especiales, tales como bodas y funerales?

Preguntas de apoyo: ¿Se impide a los usuarios asistir a eventos importantes personales fuera del establecimiento y, si es así, bajo qué circunstancias?

Pregunta principal 3: ¿Existen actividades regularmente programadas y organizadas en el establecimiento? En caso afirmativo, ¿qué tipo de actividades hay disponibles? ¿Son voluntarias?

Preguntas de apoyo: ¿Quién elige el tipo de actividades disponibles? ¿Participan los usuarios en la elección de la variedad de actividades disponibles? ¿Pueden los usuarios participar en la organización de estas actividades si así lo desean? ¿Son las actividades pertinentes y adecuadas para la edad? ¿Las personas son libres de no participar en las actividades si así lo desean?

Pregunta principal 4: ¿El personal facilita el acceso de los usuarios a actividades en la comunidad? ¿Existe información disponible para los usuarios sobre grupos sociales, clubes, y actividades de recreación y otras en la comunidad?

Preguntas de apoyo: ¿El personal ayuda a los usuarios, si así lo solicitan, a acceder a formularios de postulación, gestionar el transporte y obtener los recursos económicos para participar en actividades de recreación y de otra índole en la comunidad? ¿Existe información para los usuarios sobre las actividades en la comunidad de fácil y libre disposición y en diferentes formatos, por ejemplo, folletos, CDs?

Pregunta principal 5: ¿Se organizan y se traen actividades de entretenimiento al establecimiento?

Preguntas de apoyo: ¿El personal realiza gestiones para llevar actividades de diversión al establecimiento? ¿Participan los usuarios en la elección del tipo de diversión?

Estándar 1.7. Respuestas

TEMA 2

EL DERECHO AL GOCE DE UNA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE (ARTÍCULO 25 DE LA CDPD)

Estándar 2.1.

Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.

Crterios

- 2.1.1. A ninguna persona se le niega el acceso a los establecimientos o a tratamiento sobre la base de factores económicos o de su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.
- 2.1.2. Todos los que solicitan tratamiento de salud mental reciben atención en este establecimiento o son referidos a otros establecimientos donde se les pueda proporcionar atención.
- 2.1.3. Ningún usuario será admitido, tratado o mantenido en el establecimiento basándose en su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Tiene conocimiento de ocasiones en que una persona no haya recibido tratamiento, porque él o ella no podía costearlo? ¿Tiene conocimiento de ocasiones en que una persona que necesita tratamiento se le haya negado la atención por motivos personales (por ejemplo, su género, su nacionalidad o sus afiliaciones religiosas, culturales o políticas)? ¿Es una práctica común de los establecimientos el negar servicios a personas debido a razones personales?

Preguntas de apoyo: ¿Se les ha negado la atención en salud mental a personas porque no han podido pagar por el servicio? ¿Se ha negado servicios a personas debido a su edad, raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedades/bienes, discapacidad, lugar de nacimiento u otra condición?

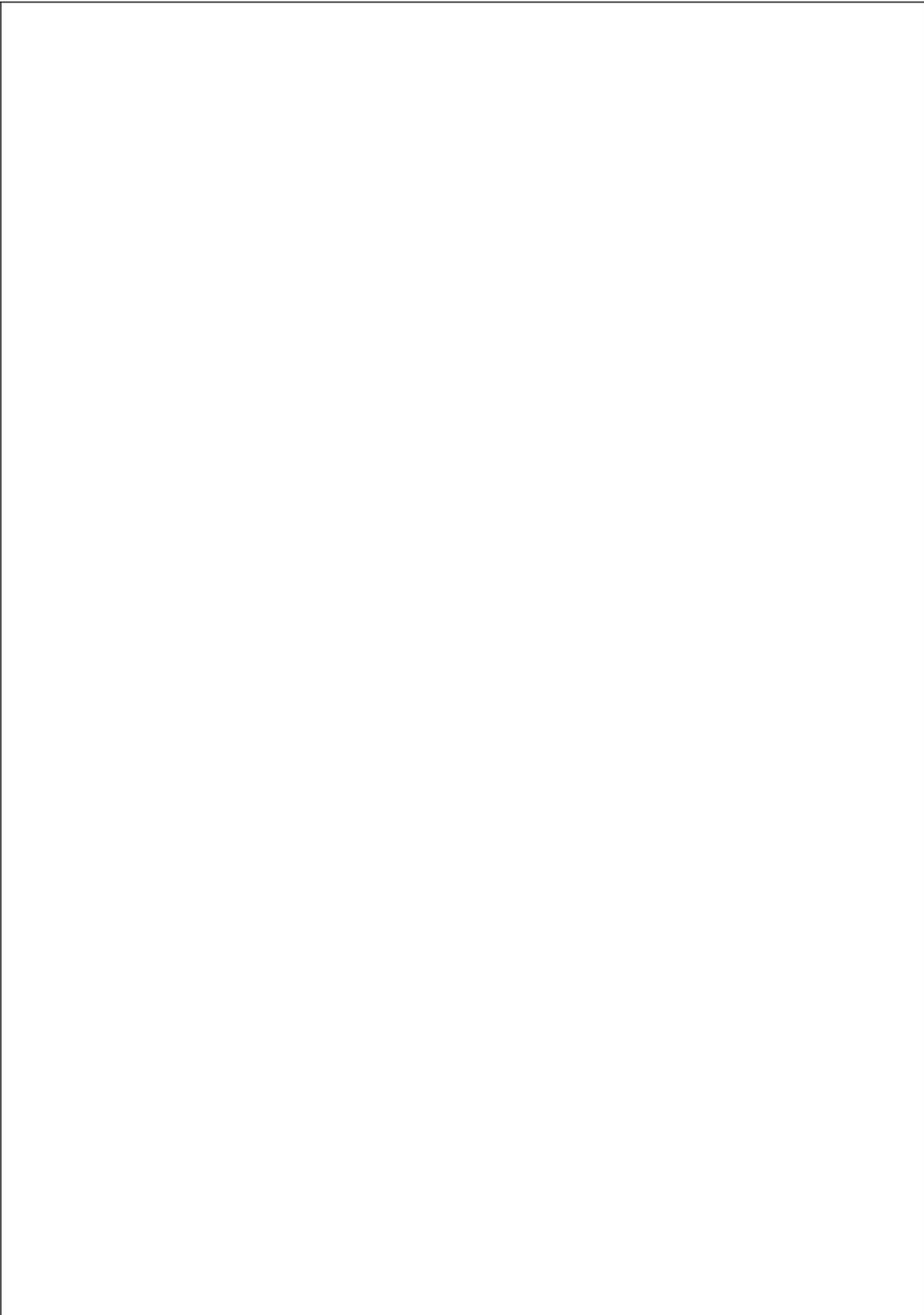
Pregunta principal 2: ¿Cuando el establecimiento no es capaz de proporcionar tratamiento, qué hace el personal para encontrar y facilitar acceso a los servicios necesarios para las personas?

Preguntas de apoyo: ¿El personal refiere a las personas a otros establecimientos y servicios disponibles?

Pregunta principal 3: ¿Recuerda una situación en que alguien que pudo haber sido dado de alta, no fue dado de alta, o que lo mantuvieron en el establecimiento durante más tiempo del necesario? ¿Por qué cree que esto sucedió? ¿Cree usted que esta es una práctica común en el establecimiento?

Preguntas de apoyo: ¿Ha habido casos en que usuarios que deberían haber sido dados de alta se mantuvieron en el establecimiento porque: su familia se negó a tener que vivir con ellos; el usuario carecía de los medios económicos para vivir independientemente en la comunidad; o no hubo apoyo basado en la comunidad, incluyendo establecimientos residenciales para vivir? ¿Hay personas que han sido ingresadas, tratadas o permanecen demasiado tiempo en el establecimiento debido a su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedades/bienes, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición?

Estándar 2.1. Respuestas



Tema 2

Estándar 2.2.

El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.

Crterios

- 2.2.1. El establecimiento cuenta con personal que posee competencias suficientemente diversas para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los usuarios y a sus familias, amigos o cuidadores, con el fin de promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- 2.2.2. El personal está bien informado acerca de la disponibilidad y el papel de los servicios y recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- 2.2.3. Los usuarios pueden consultar con un psiquiatra u otro integrante del personal de salud mental especializado cuando así lo deseen.
- 2.2.4. El personal del establecimiento está capacitado y autorizado para prescribir y revisar la medicación psicotrópica.
- 2.2.5. Al personal se le capacita y se le da información escrita sobre los derechos de las personas con discapacidades mentales y está familiarizado con las normas internacionales de derechos humanos, incluyendo la CDPD.
- 2.2.6. Los usuarios están informados sobre los mecanismos para expresar sus opiniones sobre la prestación y mejora de servicios, y tienen acceso a ellos.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede describir las diferentes profesiones del personal del establecimiento? ¿Cree usted que el personal tenga las competencias necesarias para promover la capacidad de los usuarios para vivir independientemente en la comunidad?

Preguntas de apoyo: ¿El personal del establecimiento incluye enfermeros/as psiquiátricos/as, psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales y otros? ¿Tiene el personal del establecimiento conocimientos en ofrecer consejería, en métodos de rehabilitación, y en impartir educación sobre la salud mental y el autocuidado a los usuarios e integrantes de la familia, amigos o cuidadores? ¿Hay alguna categoría profesional que falte entre el personal del establecimiento? ¿Carece el personal de competencias necesarias para prestar una atención efectiva en salud mental?

Pregunta principal 2: ¿Es el personal capaz de identificar diferentes servicios y recursos comunitarios útiles para apoyar a los usuarios a vivir independientemente en la comunidad (por ejemplo, apoyo de pares, empleo, vivienda, educación, sistemas de protección social)?

Preguntas de apoyo: ¿El personal tiene claridad acerca de los roles y funciones de los diferentes servicios? ¿Comprende la contribución que estos servicios pueden aportar a la “recuperación”?

Pregunta principal 3: ¿Los usuarios pueden consultar con un psiquiatra u otro trabajador especializado de salud mental si lo necesitan o desean hacerlo?

Preguntas de apoyo: ¿Cuánto tiempo después de solicitar una consulta podrá el usuario ver a un psiquiatra o trabajador de salud mental? ¿Dentro de horas? ¿Días? ¿Semanas? ¿Meses?

Pregunta principal 4: ¿Hay personal capacitado y autorizado para prescribir y revisar medicamentos psicotrópicos?

Preguntas de apoyo: ¿Qué profesionales del establecimiento son responsables de la prescripción y la revisión de los medicamentos psicotrópicos? ¿Están autorizados para hacerlo?

Pregunta principal 5: En su opinión, ¿el personal del establecimiento cuenta con conocimientos sobre los derechos humanos de los usuarios? ¿Están capacitados e informados sobre los derechos humanos? ¿Están conscientes de las normas internacionales de derechos humanos? ¿Están familiarizados con la CDPD?

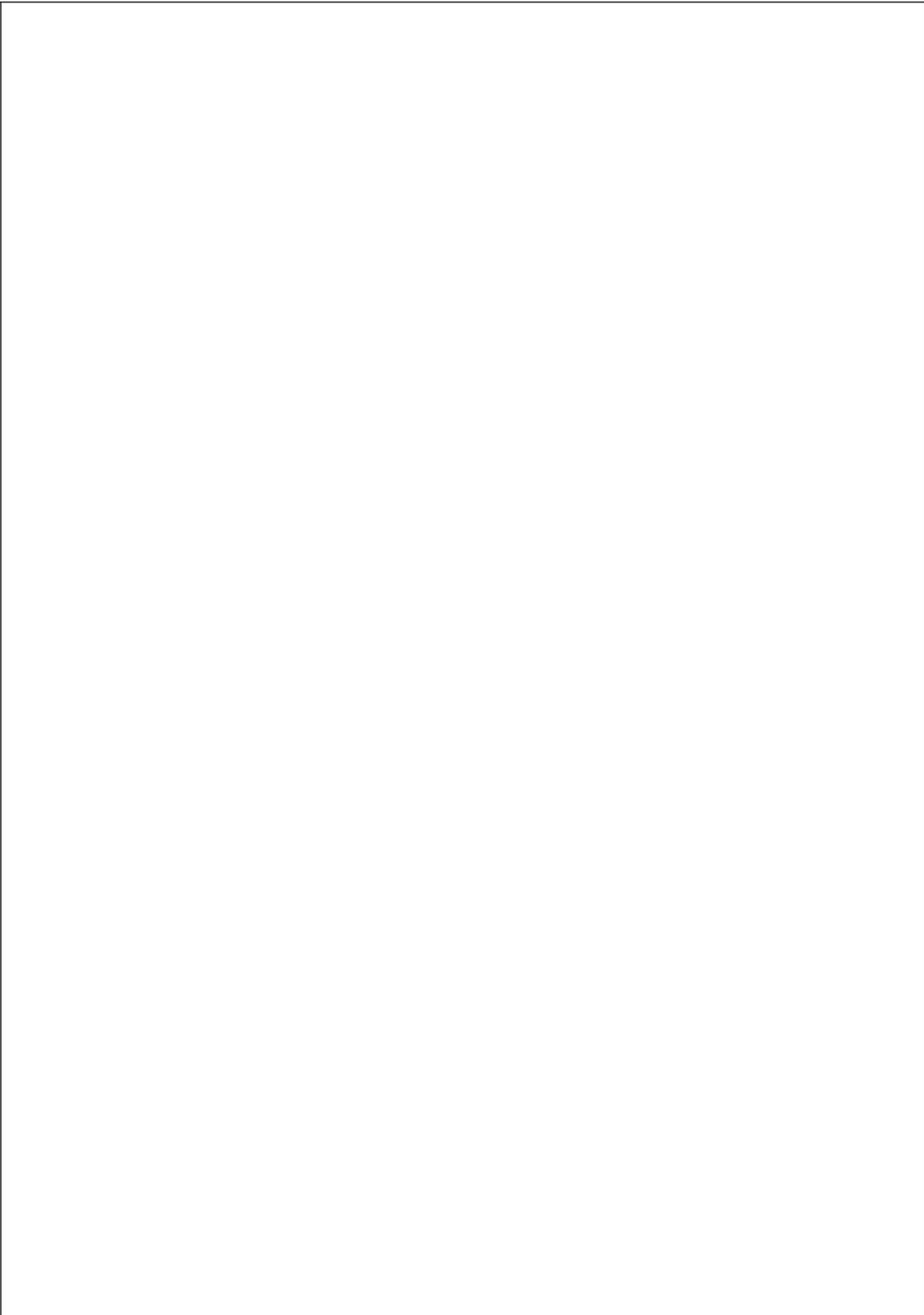
Preguntas de apoyo: ¿El personal entiende que los usuarios tienen el derecho:

- a ser tratados con dignidad y respeto;
- al consentimiento informado;
- a ser informados acerca de opciones de tratamiento;
- a participar en la preparación de su plan de “recuperación”;
- al ejercicio de su capacidad jurídica y a realizar decisiones y elecciones por sí mismos;
- a estar libres de prácticas que puedan constituir tortura o trato o pena cruel, inhumano o degradante (por ejemplo, abuso verbal, físico, sexual o mental, aislamiento, contención física y farmacológica, descuido físico o emocional, terapia electroconvulsiva sin anestesia o relajantes musculares);
- a la privacidad y confidencialidad;
- a tener acceso a información; y
- a recibir servicios y apoyo que les permita vivir independientemente y ser incluidos en la comunidad?

Pregunta principal 6: ¿Puede proporcionar información sobre mecanismos u oportunidades que tienen los usuarios para expresar sus opiniones, críticas y preocupaciones sobre el servicio prestado y para dar sus puntos de vista sobre cómo se puede mejorar el servicio? ¿Ocurre esto alguna vez en la realidad?

Preguntas de apoyo: Si los usuarios quieren hablar de sus preocupaciones y dar su opinión sobre el funcionamiento del establecimiento, ¿cómo lo pueden hacer? ¿Se organizan reuniones periódicas entre los usuarios y el personal, durante las cuales pueden tener lugar tales discusiones? ¿Los usuarios pueden reunirse con los directivos del establecimiento para discutir estos asuntos? ¿Están informados de este derecho? ¿Cómo se informa a los usuarios sobre las políticas y procedimientos del establecimiento?

Estándar 2.2. Respuestas



Tema 2

Estándar 2.3.⁵

El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación”⁶ conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.

Criterios

- 2.3.1. Cada usuario cuenta con un plan integral e individualizado de “recuperación”, el cual incluye sus metas y objetivos sociales, médicos, laborales y educacionales para la “recuperación”.
- 2.3.2. Los planes de “recuperación” son conducidos por el usuario, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica y son revisados y actualizados periódicamente por el usuario y un miembro del personal.
- 2.3.3. Como parte de sus planes de “recuperación”, se motiva a los usuarios a desarrollar instrucciones anticipadas⁷ que especifiquen las opciones de tratamiento y de “recuperación” que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitados de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro.
- 2.3.4. Cada usuario tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades necesarias para el empleo, la educación u otras áreas. El desarrollo de habilidades se adapta a las preferencias de “recuperación” de la persona y puede incluir la mejora de habilidades de vida y de autocuidado.
- 2.3.5. Se motiva a los usuarios a establecer una red de apoyo social y/o mantener el contacto con los miembros de su red para facilitar la vida independiente en la comunidad. El establecimiento proporciona asistencia para contactar a los usuarios con familiares y amigos, de acuerdo con sus deseos.
- 2.3.6. Los establecimientos vinculan a los usuarios con el sistema general de atención de salud, otros niveles de servicios de salud mental, tales como la atención secundaria, y con servicios de la comunidad, tales como apoyo económico, alojamiento, agencias de empleo, centros de día y atención residencial asistida.⁸

⁵ También véase el estándar 3.1.

⁶ Se ha utilizado la palabra “recuperación” como traducción del término inglés “recovery”, el cual se utiliza comúnmente tanto para describir las condiciones internas experimentadas por las personas que se describen a sí mismos como estar en recuperación – esperanza, sanación, empoderamiento y conexión – como las condiciones externas que facilitan la recuperación – implementación de los derechos humanos, una cultura positiva de sanación, y los servicios orientados hacia la recuperación (para mayores detalles ver anexo 1 del Manual de Aplicación del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS).

⁷ La instrucción anticipada es un documento escrito en el que una persona puede especificar por adelantado decisiones sobre la atención en salud, opciones de tratamiento o “recuperación”, en el caso de que no sea capaz de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro. Las instrucciones anticipadas pueden incluir también opciones de tratamiento y de “recuperación” que una persona no quiere tener, y como tal puede ayudar a asegurar de que no reciba ninguna intervención en contra de sus deseos.

⁸ Ver también Tema 5.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Tiene cada usuario un plan individual de “recuperación”?
¿Qué áreas cubren estos planes?

Preguntas de apoyo: ¿El plan cubre las metas y objetivos del individuo para las áreas de su vida que desea abordar? ¿El plan cubre los roles sociales que al individuo le gustaría desempeñar, por ejemplo, estudiante, dueño de casa, empleado? ¿Los usuarios participan activamente en la revisión del plan de “recuperación”?

Pregunta principal 2: ¿Son los planes de “recuperación” conducidos principalmente por los usuarios? ¿Los planes de “recuperación” son respetados y ejecutados por el personal del establecimiento? ¿Con qué frecuencia se revisan los planes y quién los revisa? ¿A los usuarios se les da tiempo para discutir y consultar acerca de diferentes opciones de tratamiento antes de finalizar sus planes de “recuperación”?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios participan activamente y desde el principio en la elaboración de sus planes de “recuperación”? ¿El plan de “recuperación” se basa en las elecciones del usuario? ¿Se motiva a los usuarios y se les da el tiempo para discutir acerca de su tratamiento, incluyendo sus preferencias, lo que no les gusta del tratamiento y los efectos secundarios que podrían estar experimentando? ¿Se les da tiempo para reflexionar y consultar con personas de su confianza (por ejemplo, un integrante de su familia, amigo, cuidador u otros miembros de su red de apoyo) acerca de sus planes?

Pregunta principal 3: ¿Se motiva a todos los usuarios a desarrollar instrucciones anticipadas con información detallada acerca de sus preferencias de tratamiento, en el caso de que no sean capaces de comunicar sus decisiones en algún momento futuro? ¿Las instrucciones anticipadas incluyen información sobre las opciones de tratamiento o de “recuperación” que no desean?

Preguntas de apoyo: ¿Las instrucciones anticipadas son impulsadas por los deseos del usuario y sin presión por parte del personal?

Pregunta principal 4: ¿El establecimiento ofrece rehabilitación psicosocial a los usuarios, incluyendo habilidades para la vida y de autocuidado? ¿Estos programas se adaptan a los deseos y necesidades específicos de la persona?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios reciben apoyo en el desarrollo de habilidades para la vida, tales como el uso de computadoras, hacer trámites bancarios, cocinar, higiene personal y realizar compras? ¿El establecimiento trabaja con el individuo para desarrollar las competencias relacionadas con las funciones sociales de su elección, por ejemplo, empleado, estudiante, inquilino? ¿Los usuarios reciben orientación sobre la forma de manejar su condición (por ejemplo, información sobre su salud mental, cuándo buscar apoyo y atención, cómo manejar la medicación)?

Pregunta principal 5: ¿El personal del establecimiento motiva a los usuarios a establecer y mantener el contacto con su red de apoyo, es decir, familia y amigos?

Preguntas de apoyo: ¿Cómo motiva el personal a los usuarios a establecer o restablecer el contacto con familia y amigos? ¿El personal contacta a la familia y/o amigos de un usuario (con el consentimiento del usuario) para facilitar la conexión?

Pregunta principal 6: ¿El personal facilita la conexión entre los usuarios y otros servicios de salud y sociales?

Preguntas de apoyo: ¿El personal pone en contacto a los usuarios con otros servicios de salud o de salud mental que puedan necesitar? ¿El personal pone en contacto a los usuarios con otros servicios en la comunidad, incluyendo servicios sociales y de vivienda? ¿Se brinda apoyo a los usuarios en la obtención de vivienda y de beneficios de seguridad social antes del alta del establecimiento? (Véase también el tema 5.)

Estándar 2.3. Respuestas

--

Tema 2

Estándar 2.4.

La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente.

Crterios

- 2.4.1. El establecimiento dispone de la medicación psicotrópica adecuada (especificada en la lista nacional de medicamentos esenciales) o es posible recetarla.
- 2.4.2. Se dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios.
- 2.4.3. El tipo y la dosis del medicamento siempre son apropiados para los diagnósticos clínicos de los usuarios y se revisan con regularidad.
- 2.4.4. Los usuarios están informados sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.
- 2.4.5. Los usuarios están informados sobre las opciones de tratamiento que son posibles alternativas a la medicación o podrían complementarla, tales como la psicoterapia.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Se dispone de los medicamentos apropiados en el establecimiento?

Preguntas de apoyo: ¿Los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales están disponible en el establecimiento o pueden ser prescritos en otro sitio?

Pregunta principal 2: ¿Existe un suministro continuo de medicamentos esenciales, y están disponibles en cantidades suficientes para satisfacer la demanda del usuario?

Preguntas de apoyo: ¿En este establecimiento hay suficientes medicamentos para satisfacer sus demandas? ¿Tiene conocimiento de algún caso en que un usuario necesitara de un medicamento en particular, pero que no estaba disponible? ¿Con qué frecuencia se revisa la disponibilidad de medicamentos, y quién lleva a cabo esta revisión?

Pregunta principal 3: ¿Se administran apropiadamente los medicamentos a los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿El medicamento que se administra a los usuarios es el más “adecuado” para la condición del usuario? ¿Tiene conocimiento de algún caso en que un usuario recibiera el medicamento equivocado? Si es así, describa qué sucedió y las circunstancias que rodearon el error. ¿Se supervisan las dosis administradas a los usuarios? Si es así, ¿quién lo hace?

Pregunta principal 4: ¿Se les informa a todos los usuarios sobre qué medicamentos se les ha prescrito, y sus potenciales efectos secundarios? ¿Se supervisan y se tratan los posibles efectos secundarios en los usuarios? ¿Si lo solicitan, pueden los usuarios recibir información escrita acerca de su régimen de medicación, incluyendo la composición, efectos secundarios y dosis?

Preguntas de apoyo: ¿Se les dice a los usuarios qué medicamento se les prescribió y con qué propósito? ¿Se les informa a los usuarios acerca de los posibles efectos secundarios del medicamento antes de ser administrada? ¿Se monitorean los posibles efectos secundarios en los usuarios? Si es así, ¿se tratan los efectos secundarios?

Pregunta principal 5: ¿A los usuarios se les informa sobre opciones de tratamiento que podrían ser alternativas a la medicación o acerca de terapia complementaria?

Preguntas de apoyo: ¿Son los medicamentos la única forma de tratamiento disponible para los usuarios, o existen otras formas de tratamiento, tales como psicoterapia o terapia cognitivo-conductual? ¿Se informa a los usuarios sobre ellas?

Estándar 2.4. Respuestas

Tema 2

Estándar 2.5.

Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.

Criterios

- 2.5.1. Se ofrece a los usuarios exámenes de salud física y/o detección de enfermedades específicas al ingresar en el establecimiento y, posteriormente, con regularidad.
- 2.5.2. El tratamiento para los problemas generales de salud, incluyendo vacunas, está a disposición de los usuarios en los establecimientos o a través de derivación a otro establecimiento.
- 2.5.3. Cuando se necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos que no pueden ser proporcionados en el establecimiento, existen mecanismos de referencia para asegurar que los usuarios reciban estos servicios de salud en forma oportuna.
- 2.5.4. En el establecimiento se lleva a cabo educación y promoción de salud en forma regular.
- 2.5.5. Los usuarios son informados y asesorados sobre asuntos de salud reproductiva y planificación familiar.
- 2.5.6. A los usuarios se les proporcionan servicios de salud general y reproductiva con el consentimiento libre e informado.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Se ofrece a los usuarios exámenes de salud física (incluyendo la dental) al ingresar en el establecimiento? ¿Se les realiza exámenes de detección de enfermedades específicas?

Preguntas de apoyo: ¿Se realizan regularmente exámenes de salud física y de detección, incluyendo exámenes dentales? ¿Para qué enfermedades se realiza detección, por ejemplo, diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas, tuberculosis, hipertensión arterial, colesterol? Si los usuarios solicitan un examen de salud física, ¿se realiza realmente?

Pregunta principal 2: ¿Se dispone de tratamiento para problemas generales de salud de los usuarios cuando sea necesario? ¿Se proporciona tratamiento para problemas generales de salud en el establecimiento, o se refieren los usuarios a otro establecimiento de salud? ¿Se ofrece a los usuarios vacunas adecuadas (por ejemplo, contra la influenza)?

Preguntas de apoyo: ¿Qué problemas de salud, si los hay, son tratados en el establecimiento de salud mental? Si no se tratan en el establecimiento, ¿se remite al usuario a otro lugar para que reciba tratamiento? ¿Es un médico quien proporciona el tratamiento? ¿Con qué problemas se encuentran los usuarios para acceder a servicios de salud física? ¿Cuando los usuarios expresan malestares o problemas físicos, son ellos tomadas en serio y se manejan debidamente? ¿Ha habido casos en que malestares o problemas físicos (incluyendo molestias leves como dolores de cabeza y otros tipos de dolor) no se tomen en serio o se consideren como “parte del trastorno mental” y por dicha razón se dejen de investigar?

Pregunta principal 3: ¿Se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos en el establecimiento? Si no es así, ¿existen mecanismos para garantizar que los usuarios que requieran esta forma de cuidados sean referidos al servicio adecuado?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios son referidos a un especialista cuando es necesario?
¿Con qué problemas se encuentran los usuarios para acceder a servicios de atención de salud especializada?

Pregunta principal 4: ¿Qué actividades de educación y promoción en salud ofrece el establecimiento?

Preguntas de apoyo: ¿Las actividades de educación y promoción incluyen actividad física, alimentación saludable, cesación de fumar y superación del abuso de alcohol y drogas? Si el establecimiento no se ocupa de estos temas, ¿existe la posibilidad de que los usuarios participen en actividades de educación y promoción en salud en otro lugar? ¿Qué medidas se adoptan para garantizar que los usuarios no estén sometidos al tabaquismo pasivo en el establecimiento?

Pregunta principal 5: ¿Se informa a los usuarios sobre asuntos de planificación familiar? ¿Los usuarios pueden decidir con libertad formar una familia y tener hijos? ¿Se les informa acerca de las opciones anticonceptivas y se les ayuda a acceder a ellas si así lo desean? ¿Los usuarios que viven en establecimientos pueden tener relaciones íntimas y ser sexualmente activos mientras estén en el establecimiento, y, si es así, se les brinda educación, anticoncepción y privacidad?

Preguntas de apoyo: ¿Qué tipo de educación se brinda en relación a la planificación familiar, la elección de anticonceptivos y las prácticas sexuales seguras? ¿Se proporciona educación sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA? ¿Se dispone de anticonceptivos (por ejemplo, condones)? ¿Existe privacidad para las parejas?

Pregunta principal 6: ¿Los servicios de salud general y reproductiva que se proporcionan a los usuarios se basan en el consentimiento libre e informado?

Preguntas de apoyo: ¿A los usuarios se les da información suficiente y comprensible sobre temas de salud general y reproductiva, así como sobre tratamientos? ¿Se les informa acerca de las distintas opciones disponibles para ellos? ¿Se solicita consentimiento informado de los usuarios para tratamientos de salud general y reproductiva? ¿Se presiona a los usuarios para que den consentimiento informado?

Estándar 2.5. Respuestas

TEMA 3

EL DERECHO AL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA Y EL DERECHO A LA LIBERTAD PERSONAL Y LA SEGURIDAD DE LA PERSONA (ARTÍCULOS 12 Y 14 DE LA CDPD)

Estándar 3.1.⁹

Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad.

Criterios

- 3.1.1. Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir los servicios.
- 3.1.2. Se hacen todos los esfuerzos para facilitar el alta de la hospitalización, de modo de que los usuarios puedan vivir en sus comunidades.¹⁰
- 3.1.3. Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y “recuperación”.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede proporcionar detalles acerca de cómo se toman las decisiones con respecto al lugar donde un usuario recibirá servicios de salud mental? ¿Se les da siempre prioridad a las preferencias de los usuarios acerca del establecimiento o servicio que les gustaría usar (por ejemplo, establecimiento ambulatorio, programa de tratamiento de día o unidad de hospitalización en un hospital general)? Si no es así, ¿en qué circunstancias las preferencias de los usuarios no se toman en cuenta?

Preguntas de apoyo: ¿A los usuarios se les pregunta dónde les gustaría recibir servicios de salud mental? ¿El personal respeta los deseos de los usuarios en este sentido? Si las preferencias de los usuarios no son una prioridad, ¿por qué cree que es así?

Pregunta principal 2: ¿Se informa a los usuarios acerca de su derecho a abandonar los establecimientos de hospitalización y a buscar apoyo en la comunidad? ¿El personal adopta las medidas necesarias para garantizar que los usuarios pueden ser dados de alta lo antes posible y volver a vivir en la comunidad? Si es así, ¿qué tipo de acción toman?

Preguntas de apoyo: ¿El personal ayuda a los usuarios a encontrar un lugar para vivir? ¿El personal gestiona el transporte? ¿El personal facilita discusiones con familia, amigos, cuidadores u otras personas de confianza, acerca del regreso de los usuarios a sus hogares?

⁹ Véase también el estándar 2.3.

¹⁰ El criterio 3.1.2 se aplica sólo a los establecimientos de hospitalización; todos los demás criterios establecidos bajo el estándar 3.1 se aplican tanto a los establecimientos de hospitalización como ambulatorios.

Pregunta principal 3: ¿Puede proporcionar información sobre cómo se toman las decisiones referentes al tratamiento y la atención de usuarios? ¿Se prioriza siempre las preferencias de los usuarios sobre las opciones de tratamiento y de “recuperación”? Si no es así, ¿en qué circunstancias no se toman estas en cuenta?

Preguntas de apoyo: ¿Se pregunta a los usuarios acerca de sus preferencias en términos de tratamiento? ¿En este aspecto, el personal respeta los deseos de los usuarios? Si no se priorizan las preferencias de los usuarios con respecto al tratamiento y la atención, ¿por qué cree que es así?

Estándar 3.1. Respuestas

Tema 3

Estándar 3.2.

Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.

Criterios

- 3.2.1. La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios.
- 3.2.2. El personal respeta las instrucciones anticipadas de los usuarios cuando proveen el tratamiento.
- 3.2.3. Los usuarios tienen el derecho a rechazar el tratamiento.
- 3.2.4. Todo caso de tratamiento y detención en un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal.
- 3.2.5. A las personas que reciban tratamiento o sean detenidas en un establecimiento sin su consentimiento informado se les informa acerca de los procedimientos para apelar sobre su tratamiento o detención.
- 3.2.6. Los establecimientos apoyan el acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal cuando se les da tratamiento o se les mantiene en el establecimiento sin su consentimiento informado.¹¹

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿La hospitalización y el tratamiento en el establecimiento se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios? ¿Se informa a los usuarios sobre la hospitalización y tratamiento propuestos de modo de que puedan dar su consentimiento informado?

Preguntas de apoyo: ¿A los usuarios se les brinda suficiente información comprensible sobre las distintas posibles opciones de tratamiento y sobre el tratamiento mismo con el fin de lograr una decisión informada (por ejemplo, tanto los beneficios como los posibles efectos secundarios)? ¿Se solicita consentimiento informado de los usuarios para hospitalización y tratamiento? ¿Se presiona a los usuarios para que den consentimiento informado?

Pregunta principal 2: Cuando los usuarios han escrito una instrucción anticipada (véase el estándar 2.3), ¿se respetan sus preferencias relativas al tratamiento?

Preguntas de apoyo: ¿Se respetan las instrucciones anticipadas de los usuarios, aún cuando la familia o el personal del establecimiento no estén de acuerdo con las preferencias especificadas por el usuario?

Pregunta principal 3: ¿En este establecimiento se respeta el derecho de una persona a rechazar el tratamiento? ¿Qué sucede si una persona rechaza el tratamiento?

Preguntas de apoyo: ¿Sabe de algún caso en que un usuario haya rechazado el tratamiento? ¿Cuáles fueron las circunstancias, y cómo se abordó la situación? ¿Cuál fue el resultado para el usuario? ¿Fue dado de alta?

¹¹ Ver también estándar 4.5.

Pregunta principal 4: ¿Sabe si existen procedimientos establecidos para documentar e informar la hospitalización o tratamiento de usuarios en contra de su voluntad? Si es así, ¿puede describir esos procedimientos?

Preguntas de apoyo: ¿Existe documentación de incidentes en los cuales un usuario es tratado u hospitalizado en el establecimiento en contra de su voluntad? ¿Dónde se documentaron? ¿Se informan tales incidentes a una autoridad legal? Si es así, ¿cuánto tarda habitualmente en realizarse dicho informe?

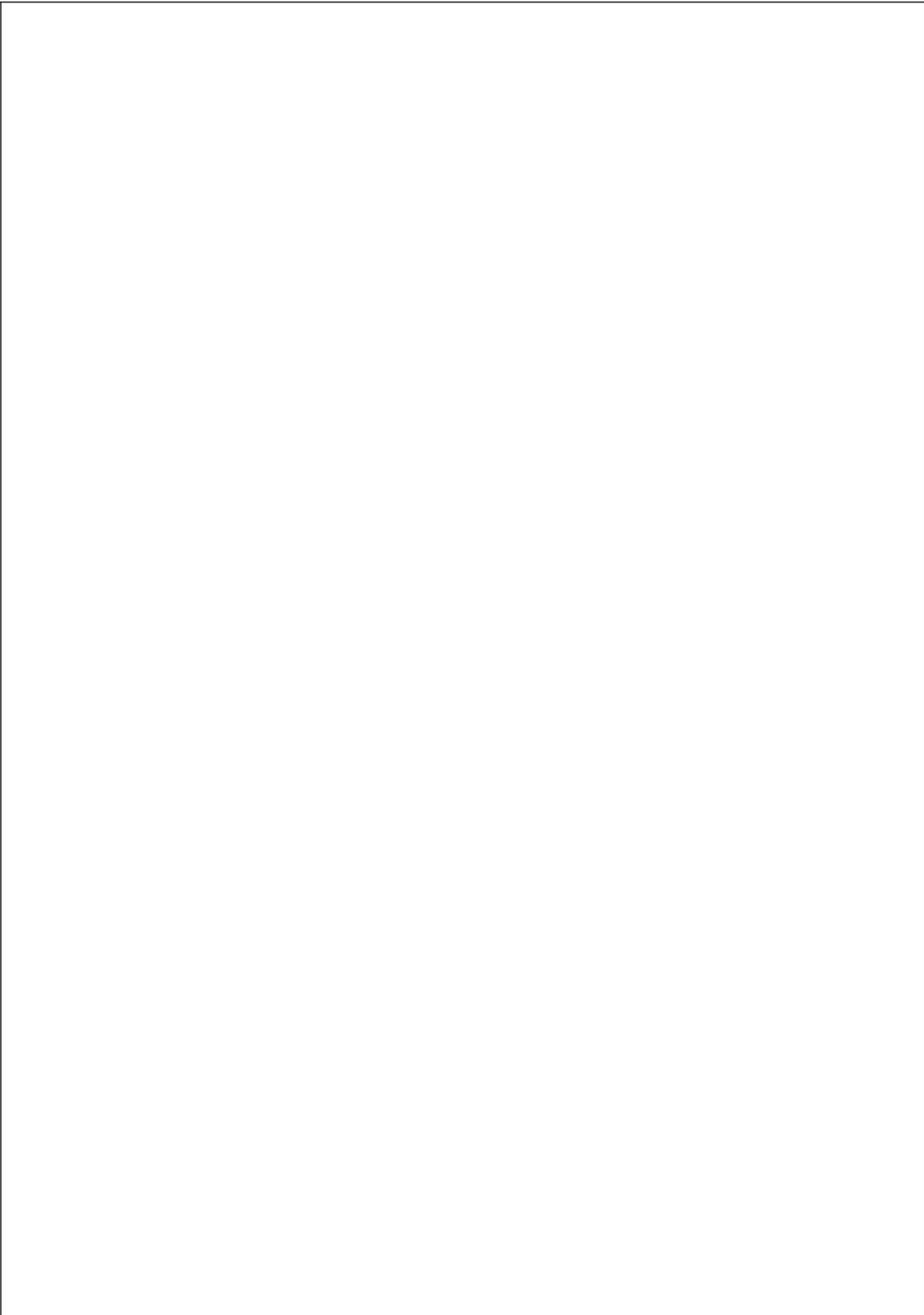
Pregunta principal 5: ¿Los usuarios que han sido hospitalizados en el establecimiento o que han sido tratados en contra de su voluntad, tienen la opción de apelar a una autoridad legal respecto a su tratamiento o ingreso? ¿Se informa de esta opción a los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿Sabe si los usuarios que han sido hospitalizados o tratados en contra de su voluntad tienen el derecho a apelar la decisión ante una autoridad legal? Si es así, ¿se informa a los usuarios de los procedimientos para apelar esa decisión?

Pregunta principal 6: ¿El personal apoya a las personas que desean apelar sobre su detención y tratamiento? ¿Ayudan a las personas a acceder a representación legal para una apelación?

Preguntas de apoyo: ¿El personal informa a los usuarios acerca de su derecho a apelar? ¿El personal facilita reuniones confidenciales entre las personas afectadas y sus representantes legales para preparar una apelación (por ejemplo, ayudar a las personas a contactar sus representantes legales o proporcionar un espacio privado en el establecimiento para la reunión)?

Estándar 3.2. Respuestas



Tema 3

Estándar 3.3.

Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se les da el apoyo¹² que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica.

Crterios

- 3.3.1. En todo momento, el personal interactúa con los usuarios de una manera respetuosa, reconociendo su capacidad para comprender la información, tomar decisiones y poder elegir.
- 3.3.2. Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de los usuarios en forma escrita y verbal.
- 3.3.3. Se entrega a los usuarios información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y “recuperación” en una forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas.
- 3.3.4. Los usuarios pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal.¹³
- 3.3.5. El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por el usuario para comunicar sus decisiones con apoyo.
- 3.3.6. La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutiva.
- 3.3.7. Cuando un usuario carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿El personal interactúa con los usuarios de tal manera que los usuarios se sientan escuchados, validados y apoyados en su capacidad para elegir y tomar decisiones?

Preguntas de apoyo: ¿El personal escucha a los usuarios y los hace participar en las discusiones acerca de sus alternativas y decisiones?

Pregunta principal 2: ¿El personal proporciona información a los usuarios sobre sus derechos como usuarios del establecimiento?

Preguntas de apoyo: ¿Se proporciona información acerca de los derechos de los usuarios cuando llegan por primera vez al establecimiento? ¿Se la proporciona tanto en forma verbal, como escrita? ¿Se la proporciona de un modo que sea comprensible para los usuarios, por ejemplo, evita jerga legal, médica o técnica, y considera cualquier discapacidad sensorial o de otro tipo que el usuario pudiera tener? ¿El personal realiza seguimiento con el usuario, de modo de asegurarse que se comprendió la información y para responder las dudas que el usuario pudiera tener?

¹² Véase el Anexo 2 del Manual de Aplicación de Calidad y Derechos de la OMS para mayor información acerca de las decisiones con apoyo.

¹³ Ver Anexo 2 para mayor información sobre la toma de decisiones con apoyo.

Pregunta principal 3: ¿El personal proporciona información a los usuarios sobre la evaluación, el diagnóstico, las opciones de tratamiento y “recuperación”, para que puedan tomar decisiones informadas?

Preguntas de apoyo: ¿Se informa al usuario, cuando llega por primera vez al establecimiento, sobre la evaluación, diagnóstico, “recuperación” y tratamientos que se proporcionan a los usuarios? ¿Se da la información de una manera que sea comprensible para ellos, por ejemplo, se evita el uso de terminología legal, médica o técnica, y se considera cualquier discapacidad sensorial o de otro tipo que el usuario pudiera tener? ¿Cómo se da esta información a los usuarios? ¿En forma escrita? ¿Verbalmente? ¿Cómo una grabación en video o audio? ¿El personal realiza seguimiento con el usuario, de modo de asegurarse de que se comprendió la información y para responder las dudas que el usuario pudiera tener?

Pregunta principal 4: ¿El personal reconoce el derecho de los usuarios a nombrar a una persona o a una red de personas de apoyo, de su propia y libre elección, con quien(es) pueda consultar sobre la toma de decisiones acerca de su tratamiento y asuntos personales?

Preguntas de apoyo: ¿El personal motiva a los usuarios a nombrar a una persona o a una red de personas de apoyo para tomar decisiones sobre su tratamiento o asuntos personales, cuando así los usuarios lo deseen? ¿Se restringe a los usuarios su acceso a su persona o red de personas de apoyo?

Pregunta principal 5: ¿El personal respeta la autoridad de la persona o la red de personas de apoyo para comunicar las decisiones de los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿El personal invita a la persona o red de personas de apoyo a comunicar las preferencias de tratamiento del usuario? ¿El personal respeta las decisiones de los usuarios sobre el tratamiento y asuntos personales, tal como lo comunicó la persona o red de personas de apoyo?

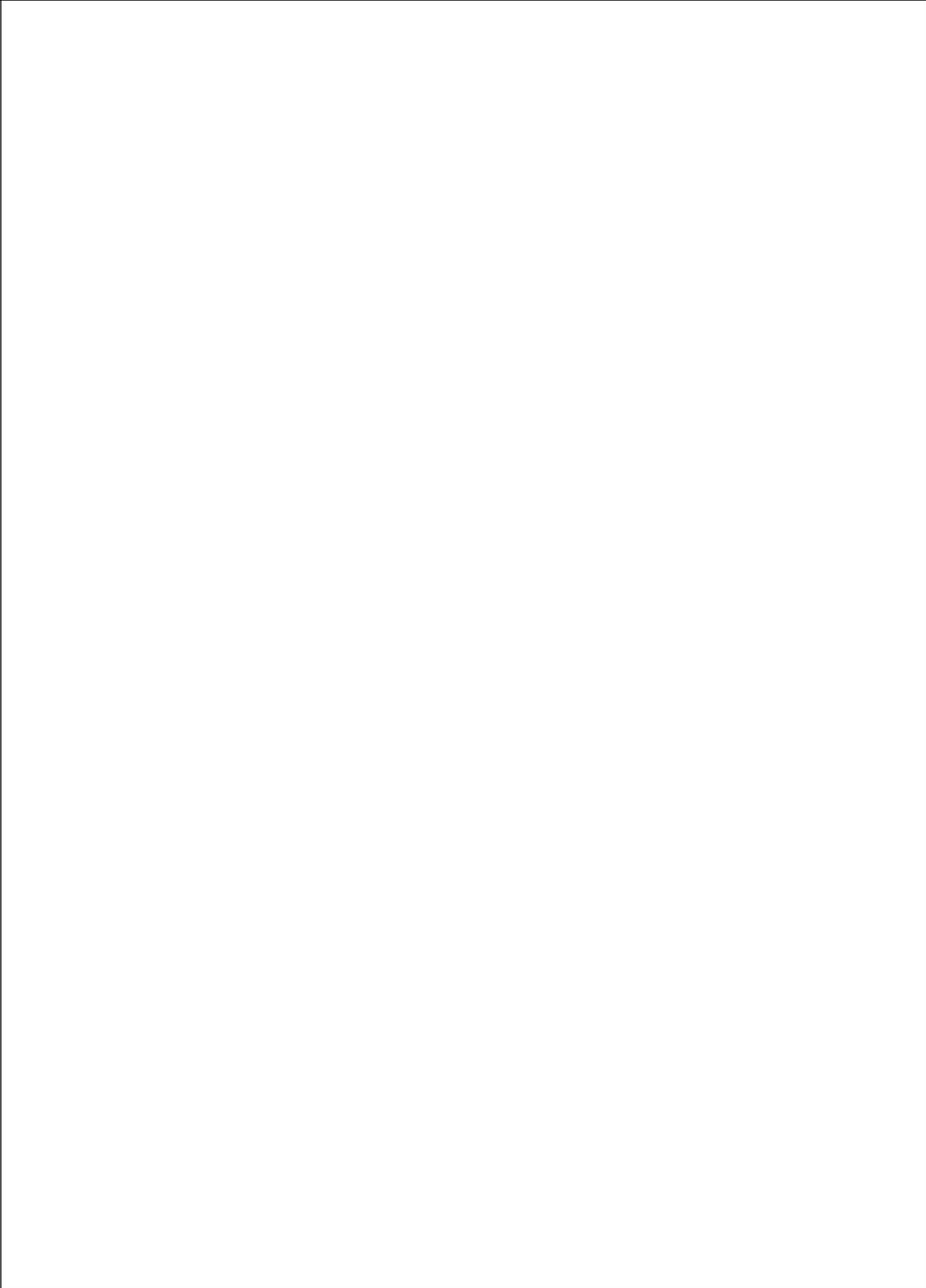
Pregunta principal 6: ¿Diría usted que generalmente se motiva a los usuarios, que no pueden tomar decisiones por sí solos, a llamar a su persona o red de personas de apoyo para ayudarles a tomar decisiones? ¿O es más común que se designe a una persona para que tome decisiones sustitutivas a nombre del usuario?

Preguntas de apoyo: ¿Es una práctica común en el establecimiento designar un tutor o una persona que tome decisiones sustitutivas? ¿Es más común la práctica de toma de decisiones sustitutivas que la de toma de decisiones con apoyo?

Pregunta principal 7: Cuando un usuario desea participar en la toma de decisiones con apoyo, pero no tiene las personas de apoyo necesarias, ¿el establecimiento ayuda al usuario a acceder a un apoyo adecuado, por ejemplo, de organizaciones de personas con discapacidades, o de organizaciones de defensoría o de derechos humanos?

Preguntas de apoyo: ¿El establecimiento proporciona los nombres de personas adecuadas y disponibles, y facilita el contacto con ellas, por ejemplo, proporcionando al usuario información de cómo contactarlas?

Estándar 3.3. Respuestas



Tema 3

Estándar 3.4.

Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal.

Crterios

- 3.4.1. Se crea una ficha médica personal y confidencial para cada usuario.
- 3.4.2. Los usuarios tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas.
- 3.4.3. Se resguarda la confidencialidad de la información sobre los usuarios.
- 3.4.4. Los usuarios pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Se crea una ficha personal y confidencial para cada usuario? ¿El personal se esfuerza por obtener fichas médicas relevantes de otros establecimientos en donde los usuarios han recibido tratamiento por condiciones de salud mental o física? ¿Se aseguran las fichas en una habitación o mueble para fichas con llave?

Preguntas de apoyo: ¿Las historias clínicas se mantienen en un área con llave del edificio, y con acceso restringido?

Pregunta principal 2: ¿Los usuarios tienen acceso a la información de sus fichas personales? ¿Se restringe de alguna forma el acceso del usuario a su ficha personal?

Preguntas de apoyo: ¿Cómo solicitan los usuarios acceso a sus fichas personales? ¿Existen procedimientos pertinentes? ¿Cuáles son esos procedimientos? ¿Se le ha negado a un usuario el acceso a sus fichas personales? Si es así, ¿sobre qué base?

Pregunta principal 3: ¿Existen reglas y procedimientos que determinan quién puede y no puede acceder a las fichas confidenciales? ¿El acceso a la ficha confidencial de un usuario, es limitado solamente al usuario y al personal que trabaja directamente con el usuario? ¿Alguien más tiene acceso a la ficha?

Preguntas de apoyo: ¿Alguien más tiene acceso a la ficha del usuario? Si es así, ¿bajo qué circunstancias se permite esto? ¿Se da la información sobre un usuario a integrantes de la familia (o amigos cercanos o cuidadores) o a su representante legal? ¿Se requiere consentimiento de parte del usuario antes de que integrantes de la familia y representantes legales tengan acceso a su ficha?

Pregunta principal 4: ¿Los usuarios pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas? ¿Pueden hacerlo sin ser censurados?

Preguntas de apoyo: Si un usuario desea comentar acerca de algo en su ficha confidencial, ¿puede hacerlo? ¿Cuándo se prohíbe a los usuarios hacerlo?

Estándar 3.4. Respuestas

TEMA 4
PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y TRATOS O PENAS CRUELES,
INHUMANAS O DEGRADANTES, COMO TAMBIÉN CONTRA LA EX-
PLOTACIÓN, LA VIOLENCIA Y EL ABUSO
(ARTÍCULOS 15 Y 16 DE LA CDPD) ¹⁴

Estándar 4.1.

Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional

Crterios

- 4.1.1. Los miembros del personal tratan a los usuarios con humanidad, dignidad y respeto.
- 4.1.2. Ningún usuario es sometido a abuso verbal, físico, sexual o mental.
- 4.1.3. Ningún usuario es sometido a descuido físico o emocional.
- 4.1.4. Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de abuso.
- 4.1.5. El personal apoya a usuarios que han sido víctimas de abuso para que puedan acceder a la ayuda que puedan desear.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede dar su impresión general sobre cómo el personal trata a los usuarios en este establecimiento (personal de salud, pero también personal de limpieza, seguridad y cualquier otro personal de establecimientos hospitalarios)? ¿Se considera a los usuarios con humanidad, dignidad y respeto en todo momento, y el establecimiento prioriza su bienestar y seguridad?

Preguntas de apoyo: ¿Puede dar ejemplos sobre cómo se trata o han sido tratados los usuarios con respeto y dignidad? ¿Existen situaciones en las que los usuarios no fueron tratados con dignidad y respeto? ¿Piensa que el bienestar general y la seguridad de los usuarios es una prioridad para el establecimiento? Si no, ¿por qué cree que es así?

Pregunta principal 2: ¿Sabe de algún caso en que un usuario haya sido abusado verbalmente? Por ejemplo, ¿el personal les ha gritado a usuarios, les ha hablado en forma irrespetuosa, con menosprecio, lo ha reprimido o usado malas palabras? ¿Es esto inusual o común?

Preguntas de apoyo: ¿Puede describir algún incidente en el cual fue testigo de un usuario siendo abusado verbalmente por el personal? ¿Cuáles fueron las circunstancias? ¿Ocurre esto comúnmente en el establecimiento? ¿Se informó el incidente a alguna autoridad del establecimiento? ¿El usuario pudo presentar una queja (véase también el estándar 4.6)? ¿Cuál fue el resultado? Si un usuario fue abusado verbalmente por otro usuario, ¿cómo se manejó esto en el establecimiento? ¿Se han tomado medidas para prevenir tales situaciones en el futuro?

¹⁴ Se debe leer cuidadosamente las Instrucciones para el uso de la herramienta de entrevista antes de comenzar las entrevistas en el tema 4.

Pregunta principal 3: ¿Tiene conocimiento de alguna ocasión en que se administró medicación a los usuarios como una forma de controlarlos o como un modo de castigo?

Preguntas de apoyo: ¿Se les ha dado medicamento a los usuarios para hacerlos más dóciles y más “fáciles de manejar” por el personal? ¿Sabe de algún caso en que el personal haya amenazado a usuarios con administrarles medicamentos si no se comportaban de una manera determinada? ¿Ha habido situaciones en que el personal haya amenazado a usuarios con usar medicamentos como castigo? ¿Se han administrado medicamentos como una forma de castigo? ¿El usuario pudo presentar una queja? ¿Cuál fue el resultado? ¿Se han tomado medidas para prevenir estas situaciones en el futuro?

Pregunta principal 4: ¿Puede dar ejemplos en que haya sido testigo de abuso físico a un usuario o que Usted mismo lo haya sufrido? Por ejemplo, ¿alguna persona ha golpeado, abofeteado, empujado, tirado, pateado, o lanzado objetos a un usuario?

Preguntas de apoyo: ¿Puede describir algún caso en que un usuario fue blanco de agresión física o violencia? ¿Ocurre esto comúnmente en el establecimiento? ¿Se informó el incidente a una autoridad del establecimiento? ¿El usuario pudo presentar una queja (ver también el estándar 4.6)? ¿Cuál fue el resultado? Si el abuso físico provino de otro usuario, ¿cómo se manejó esto en el establecimiento? ¿Se han tomado medidas para prevenir tales situaciones en el futuro?

Pregunta principal 5: ¿Puede dar ejemplos en que haya sido testigo de una conducta sexualmente inapropiada con un usuario o que Usted mismo lo haya sufrido? Por ejemplo, ¿alguien ha tocado a un usuario de una manera sexual no deseada, como besar o abrazar, o alguien ha mostrado formas más agresivas de conducta sexual indebida, como mostrar órganos sexuales, asaltar sexualmente o violar?

Preguntas de apoyo: ¿Puede describir algún caso en que un usuario haya sido objeto de abuso sexual? Si es así, ¿qué sucedió? ¿Ocurre esto comúnmente en el establecimiento? ¿El usuario pudo presentar una queja (véase también el estándar 4.6)? ¿Cuál fue el resultado? Si el abuso sexual provino de otro usuario, ¿cómo lo manejó el establecimiento? ¿Se han tomado medidas para prevenir tales situaciones en el futuro?

Pregunta principal 6: ¿Puede dar detalles en que haya sido testigo o experimentado una situación en la que una persona haya abusado mentalmente de un usuario? Por ejemplo, ¿alguna persona ha tratado a un usuario de un modo degradante, humillante, intimidante o amenazador?

Preguntas de apoyo: ¿Puede describir algún caso en que se abusó mentalmente a un usuario? ¿Ocurre esto comúnmente en el establecimiento? ¿El usuario pudo presentar una queja (véase también el estándar 4.6)? ¿Cuál fue el resultado? Si el abuso mental provino de otro usuario, ¿cómo lo manejó el establecimiento? ¿Se han tomado medidas para prevenir tales situaciones en el futuro?

Pregunta principal 7: ¿Puede describir alguna situación en la que usuarios sufrieron de descuido físico o emocional en el establecimiento?

Preguntas de apoyo: ¿Sabe de incidentes en que los usuarios hayan requerido de ayuda física o emocional, y el personal no lo proporcionó? ¿Ocurre esto comúnmente en el establecimiento? ¿Los usuarios presentaron quejas del descuido físico o emocional (véase también el estándar 4.6)? ¿Cuál fue el resultado? ¿Se han tomado medidas para prevenir tales situaciones en el futuro?

Pregunta principal 8: ¿Puede describir algún procedimiento del establecimiento para prevenir el abuso en contra de los usuarios? ¿Qué pasos se toman cuando se informan casos de abuso en el establecimiento? ¿Se informan todos los casos? ¿A quién se informa?

Preguntas de apoyo: ¿Se documentan e informan al director del establecimiento todos los casos de abuso? ¿Se informan a un organismo externo pertinente, tal como la policía? ¿El director del establecimiento discute el abuso con aquellos responsables de los incidentes? ¿Con el usuario afectado? ¿A la persona o personas responsables se le impide tener mayor contacto con el usuario afectado u otros usuarios? ¿El director del establecimiento discute el abuso y los modos de prevenir tales incidentes en el futuro con todos los miembros del personal? ¿Con todos los usuarios del establecimiento?

Pregunta principal 9: ¿Qué medidas se toman para apoyar a los usuarios que han sido víctimas de abuso?

Preguntas de apoyo: ¿Se da consejería a los usuarios después de haber vivido abuso? ¿Se les ofrece exámenes médicos, tests o tratamiento para cualquier consecuencia física del abuso? ¿Se ayuda a los usuarios a contactar un integrante de la familia, amigos o cuidadores de su confianza para mayor apoyo?

Estándar 4.1. Respuestas

--

Tema 4

Estándar 4.2.

Se utilizan métodos alternativos al aislamiento¹⁵ y contención¹⁶ para “atenuar el escalamiento”¹⁷ de crisis potenciales.

Crterios

- 4.2.1. Los usuarios no son sometidos a aislamiento o a contención.
- 4.2.2. Se han implementado alternativas al aislamiento y contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento”¹⁸ para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los usuarios o al personal.
- 4.2.3. Se realiza una evaluación de “atenuación del escalamiento” consultando al usuario, con el objetivo de identificar los gatillantes¹⁹ y factores que él o ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede proporcionar información acerca de cómo se abordan las crisis en el establecimiento (por ejemplo, alteración emocional aguda de un usuario que dé lugar a un posible peligro o amenaza para la seguridad y resguardo de otros usuarios o del personal)? ¿Qué métodos se utilizan para abordar una crisis? ¿Los usuarios se encierran con llave en aislamiento, reclusión u otras habitaciones (por ejemplo, un dormitorio)? ¿A los usuarios se los contiene alguna vez?

Preguntas de apoyo: ¿En qué situaciones (si es que hay alguna) se usa el aislamiento o la contención? ¿Se registran e informan los incidentes de este tipo al director del establecimiento y a un organismo externo relevante?

¹⁵ “Aislamiento” significa mantener involuntariamente a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir.

¹⁶ “Contención” significa en este documento el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva.

¹⁷ Al no existir un término equivalente a “de-escalating” de uso común en español, se ha decidido en el Comité para la Edición en Español utilizar la expresión “atenuar el escalamiento” como la mejor alternativa que se ha encontrado para describir en pocas palabras este concepto.

¹⁸ Técnicas de “atenuar el escalamiento” pueden involucrar: pronta evaluación e intervención rápida en situaciones potenciales de crisis; uso de métodos de resolución de problemas con la persona interesada; ser empático y tranquilizador; uso de técnicas de manejo del estrés o de relajación, tales como ejercicios de respiración; dar espacio a la persona; ofrecer alternativas; dar a la persona tiempo para pensar.

¹⁹ Entre los gatillantes se puede incluir el ser presionado para hacer algo, recibir ciertas preguntas o estar en la presencia de una persona con la que uno no se sienta cómodo. Entre los factores que contribuyen a atenuar una crisis se pueden incluir quedarse solo durante un tiempo, hablar con una persona en quien se confía o escuchar música.

Pregunta principal 2: ¿El establecimiento tiene una política o plan para dejar el uso del aislamiento y/o contención como un medio para abordar las crisis? Si es así, ¿el plan incluye un marco de tiempo? ¿Existen alternativas al aislamiento y contención para “atenuar el escalamiento” de potenciales crisis? ¿Tiene conocimiento de la capacitación que recibe el personal para intervenir en crisis?

Preguntas de apoyo: ¿El personal cuenta con capacitación en técnicas de “atenuar el escalamiento”? ¿Qué tipo de capacitación reciben? ¿Se motiva el uso práctico de estas competencias para “atenuar el escalamiento”, y el personal recibe capacitación continua para ir mejorando sus competencias? ¿Los usuarios pueden acceder a salas de tranquilización sin puertas con llave o a espacios tranquilos a los cuales puedan ir voluntariamente para tener privacidad o si quieren estar solos?

Pregunta principal 3: ¿El personal toma medidas para aprender de los usuarios qué puede gatillar o atenuar una crisis y las preferencias de los usuarios acerca de lo que necesitan en momentos de crisis?

Preguntas de apoyo: ¿Se les pide a los usuarios participar de una evaluación para que el personal pueda aprender acerca de qué puede gatillar una crisis en el usuario, y aprender qué necesita de parte del personal para reducir su alteración emocional? ¿Qué otros métodos usa el personal para atenuar las crisis?

Pregunta principal 4: ¿Se registra la información acerca de los posibles gatillantes de crisis de un usuario y los métodos de su preferencia para “atenuar el escalamiento” de crisis, y está la información fácilmente disponible en un momento de crisis?

Preguntas de apoyo: ¿Se registra la información sobre posibles gatillantes de crisis? ¿Dónde se guarda esta información? ¿La información está fácilmente disponible para el personal y usuarios al momento de crisis? ¿Se incorpora esta información a los planes de “recuperación” de los usuarios y es revisada y actualizada con regularidad?

Pregunta principal 5: ¿Se registran todos los casos de aislamiento y de contención? ¿Se informan todos los casos al director del establecimiento? ¿Se informan a un organismo externo relevante (por ejemplo, un organismo de revisión en salud mental)?

Preguntas de apoyo: ¿Se registra la duración del aislamiento o de la contención? ¿Se registra el tipo de contención que se usa?

Estándar 4.2. Respuestas

Tema 4

Estándar 4.3.

No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referido a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.

Crterios

- 4.3.1. No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios.
- 4.3.2. Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada.
- 4.3.3. Nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular).
- 4.3.4. Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad.
- 4.3.5. No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del usuario y la aprobación de una comisión independiente.
- 4.3.6. No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios sin su consentimiento.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede proporcionar información sobre el uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) en este establecimiento? ¿Se administra TEC en este establecimiento? ¿Los usuarios dan su consentimiento informado después de que se les explica el procedimiento y sus potenciales riesgos?

Preguntas de apoyo: ¿Qué tan común es el uso de TEC como una forma de tratamiento para los usuarios? ¿A los usuarios se les informa sobre el procedimiento antes de que den su consentimiento? ¿A los usuarios se les explica claramente los potenciales riesgos y efectos secundarios antes de obtener su consentimiento?

Pregunta principal 2: ¿Existen guías y resguardos, claras y basadas en la evidencia, sobre cuándo y cómo se puede y no se puede usar TEC en el establecimiento? Si es así, ¿se cumplen estrictamente, o ha habido excepciones?

Preguntas de apoyo: ¿Qué guías se siguen para la administración de TEC? ¿Existen guías basadas en la evidencia? ¿Las guías incluyen el criterio clínico del uso de TEC? ¿Sabe de alguna situación en que se usó TEC en un usuario que no cumplía el criterio clínico para ello? Si es así, ¿cuáles fueron las circunstancias?

Pregunta principal 3: ¿Sabe de alguna instancia en la que se administró TEC a un usuario en su forma no modificada, es decir, sin un anestésico y un relajante muscular? Si es así, ¿bajo qué circunstancias? ¿Alguna vez se ha usado TEC en su forma no modificada como un medio de castigo para los usuarios?

Preguntas de apoyo: ¿Cuál fue el objetivo de administrar TEC no modificada? ¿Se informó el incidente al director del establecimiento o a un organismo externo de monitoreo? ¿Cuál fue el resultado para el usuario afectado?

Pregunta principal 4: ¿Sabe de alguna situación en que se dio TEC a un menor? Si es así, ¿cuáles fueron las circunstancias?

Preguntas de apoyo: ¿Cuál fue el objetivo de administrar TEC a un menor? ¿Se informó el incidente al director del establecimiento o a un organismo externo de monitoreo? ¿Cuál fue el resultado para el menor afectado?

Pregunta principal 5: ¿Puede dar información acerca del uso de psicocirugía u otro tratamiento irreversible en este establecimiento? ¿En este establecimiento se usa la psicocirugía u otra forma de tratamiento irreversible, y si es así, bajo qué circunstancias? ¿Son los usuarios requeridos para dar su consentimiento informado?

Preguntas de apoyo: ¿Qué tan común es el uso de estas formas de tratamiento? ¿Qué procedimientos se siguen para administrar la psicocirugía? ¿A los usuarios se les informa sobre el procedimiento antes de que den su consentimiento informado? ¿A los usuarios se les explica claramente los potenciales riesgos y efectos secundarios antes de que den su consentimiento informado? ¿Se realiza alguna vez la psicocirugía y otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento informado de los usuarios? ¿Existe una comisión independiente que revise todas las solicitudes de psicocirugía y otros tratamientos irreversibles y que garantice que se haya obtenido el consentimiento informado? Si no se realiza la psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles en el establecimiento, ¿se refiere a los usuarios a otro establecimiento para tales procedimientos?

Pregunta principal 6: ¿Sabe si a los usuarios se les ha sometido a abortos o procedimientos de esterilización en el establecimiento o en otro lugar? Si tiene conocimiento de tales situaciones, ¿sabe si se solicitó el consentimiento informado de los usuarios antes de realizar estos procedimientos?

Preguntas de apoyo: ¿Sabe de alguna situación en que se sometió a los usuarios a un aborto o un procedimiento de esterilización sin su consentimiento informado? Si es así, ¿cuáles fueron las circunstancias?

Estándar 4.3. Respuestas

Tema 4

Estándar 4.4.

No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado

Crterios

- 4.4.1. Los experimentos médicos o científicos se llevan a cabo sólo con el consentimiento libre e informado de los usuarios.
- 4.4.2. El personal no recibe ningún privilegio, compensación o remuneración a cambio de promover o reclutar a los usuarios a participar en experimentos médicos o científicos.
- 4.4.3. No se lleva a cabo experimentación médica o científica si es potencialmente dañina o peligrosa para el usuario.
- 4.4.4. Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Sabe si se ha realizado algún experimento médico o científico en este establecimiento? Si es así, ¿se obtuvo el consentimiento informado de los usuarios antes de involucrarlos?

Preguntas de apoyo: ¿Se informó a los usuarios sobre los riesgos de participar en el experimento y de potenciales efectos secundarios? ¿Se dio la información de tal manera que fue totalmente entendida por el usuario?

Pregunta principal 2: ¿Sabe de alguna instancia en que el personal recibió privilegios, remuneración o compensación por motivar o reclutar a los usuarios a que participaran en experimentos médicos o científicos (por ejemplo, ensayos experimentales de fármacos)? Si es así, ¿cuáles fueron las circunstancias?

Preguntas de apoyo: ¿Es común esta práctica en el establecimiento? ¿Se permite esta práctica o se imponen sanciones a cualquiera que ofrezca compensación a los usuarios por su participación en experimentaciones?

Pregunta principal 3: ¿Sabe de alguna instancia en que un usuario haya participado en un experimento médico o científico que fue dañino o peligroso? ¿Existen procedimientos para determinar de antemano si un experimento médico o científico es aceptable o potencialmente dañino?

Preguntas de apoyo: ¿El personal sigue procedimientos para evaluar si un experimento es potencialmente dañino, por ejemplo, solicitar la aprobación previa de un comité de ética? ¿Si se considera dañino un experimento, de todas maneras se lleva a cabo?

Pregunta principal 4: ¿La experimentación médica o científica requiere de aprobación de parte de un comité de ética independiente?

Preguntas de apoyo: ¿Cuáles son los procedimientos para obtener la aprobación para la experimentación médica o científica? ¿Es totalmente independiente el comité responsable de dar la aprobación? ¿Alguien en el personal tiene conexiones con miembros del comité?

Estándar 4.4. Respuestas

Tema 4

Estándar 4.5.

Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.

Crterios

- 4.5.1. Los usuarios están informados y tienen acceso a procedimientos para presentar apelaciones y quejas, con carácter confidencial, a un organismo legal externo e independiente en temas relacionados al descuido, abuso, aislamiento o contención, hospitalización o tratamiento sin el consentimiento informado y otras materias relevantes.
- 4.5.2. Los usuarios están protegidos contra las repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar.
- 4.5.3. Los usuarios tienen acceso a representantes legales y pueden reunirse con ellos confidencialmente.
- 4.5.4. Los usuarios tienen acceso a defensores para ser informados de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyados en el ejercicio de sus derechos humanos y la presentación de apelaciones y quejas.
- 4.5.5. Se toman medidas disciplinarias y/o legales contra cualquier persona que abuse o descuide a los usuarios.
- 4.5.6. El establecimiento es supervisado por una autoridad independiente para prevenir la ocurrencia de malos tratos.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Puede dar información sobre los procedimientos para que los usuarios puedan presentar quejas acerca de violaciones de derechos que ocurren en el establecimiento, tales como descuido, abuso, aislamiento, contención, y hospitalización o tratamiento sin consentimiento informado? ¿Las quejas se presentan a un organismo legal externo e independiente? ¿Los procedimientos son confidenciales?

Preguntas de apoyo: ¿A los usuarios se les informa, de modo claro y comprensible, acerca de los procedimientos de queja? ¿Cómo puede un usuario presentar una queja? ¿Cómo se hace accesible para los usuarios el procedimiento de quejas?

Pregunta principal 2: ¿Se manejan con confidencialidad las quejas de los usuarios (por ejemplo, sobre el servicio, personal, tratamiento o cualquier violación a sus derechos)? ¿Los usuarios están protegidos de las repercusiones negativas en caso de presentar una queja? ¿Sabe de alguna situación en que los usuarios fueron castigados o sufrieron otras repercusiones negativas por presentar una queja?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios son reticentes a presentar quejas por miedo a las repercusiones de parte del establecimiento y personal? ¿Sabe de alguna situación en que los usuarios no se quejaron por miedo?

Pregunta principal 3: ¿Los usuarios pueden acceder a representación legal como parte del proceso de queja? ¿Los usuarios pueden reunirse confidencialmente con sus representantes legales para discutir y preparar su caso?

Preguntas de apoyo: ¿Está a disposición de los usuarios la información sobre el acceso a representación legal? ¿El establecimiento ayuda a los usuarios a acceder a servicios legales gratuitos o de costos asequibles?

Pregunta principal 4: ¿Puede dar detalles sobre individuos u organizaciones (por ejemplo, organizaciones de personas con discapacidades, organizaciones de abogacía o de derechos humanos, personas que realizan abogacía en derechos) disponibles para ayudar y apoyar a usuarios a defender sus derechos y presentar apelaciones y quejas?

Preguntas de apoyo: ¿La información sobre tales individuos y organizaciones está disponible para los usuarios? ¿Estos individuos y organizaciones pueden visitar regularmente a los usuarios? ¿Los usuarios pueden acceder a estos individuos y organizaciones cuando así lo necesiten?

Pregunta principal 5: ¿Sabe de alguna situación en que se tomó una acción disciplinaria o legal en contra de una persona que abusó o descuidó a un usuario? ¿Cuáles fueron las circunstancias?

Preguntas de apoyo: En su opinión, ¿la acción disciplinaria fue proporcional a la severidad del abuso o descuido? En su opinión, ¿la acción disciplinaria fue suficiente para disuadir futuros abusos y descuidos en el establecimiento? Si no lo fue, ¿por qué no?

Pregunta principal 6: ¿Una autoridad independiente supervisa al establecimiento con el objetivo de detectar y prevenir violaciones de derechos en contra de los usuarios y para promover los derechos humanos?

Pregunta de apoyo: ¿Aquella autoridad es independiente del establecimiento? ¿Con qué frecuencia la autoridad visita el establecimiento? ¿La autoridad a quién informa? ¿El establecimiento actúa en función de los hallazgos y recomendaciones de la autoridad? ¿La autoridad es efectiva en prevenir violaciones y promover los derechos de los usuarios? Si no es así, ¿por qué no?

Estándar 4.5. Respuestas

TEMA 5

EL DERECHO A VIVIR EN FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD (ARTÍCULO 19 DE LA CDPD)

Estándar 5.1.

Se apoya a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.

Crterios

- 5.1.1. El personal informa a los usuarios sobre las opciones de vivienda y de recursos económicos.
- 5.1.2. El personal apoya a los usuarios a acceder y mantener una vivienda segura, asequible y decente.
- 5.1.3. El personal apoya a los usuarios en el acceso a recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿El establecimiento informa a los usuarios sobre las opciones disponibles de vivienda y recursos financieros, por ejemplo, beneficios sociales y de discapacidad?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios reciben información sobre las alternativas residenciales en la comunidad? ¿Los usuarios reciben información sobre el acceso a la alternativa residencial de su preferencia? ¿Los usuarios reciben información sobre los recursos económicos disponibles para ellos y cómo acceder a esos recursos?

Pregunta principal 2: ¿Los usuarios reciben apoyo para acceder y mantener una vivienda en la comunidad?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios reciben apoyo para completar los procedimientos apropiados para obtener una vivienda? ¿Qué tipo de apoyo se da y quién lo da? ¿Por ejemplo, el personal ayuda a los usuarios a obtener una vivienda o a postular a planes de vivienda?

Pregunta principal 3: ¿El personal apoya a los usuarios a acceder a los recursos económicos necesarios para vivir en comunidad?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios reciben apoyo para seguir los procedimientos necesarios para acceder a recursos financieros? ¿Qué tipo de apoyo se les da y quién se lo da? Por ejemplo, ¿el personal ayuda a los usuarios a postular a apoyo social, pensión de discapacidad u otros fondos a los cuales puedan tener derecho?

Estándar 5.1. Respuestas

Tema 5

Estándar 5.2.

Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo.

Criterios

- 5.2.1. El personal da información a los usuarios sobre las oportunidades de educación y empleo en la comunidad.
- 5.2.2. El personal apoya a los usuarios en el acceso a oportunidades de educación, incluyendo educación primaria, secundaria y superior.
- 5.2.3. El personal apoya a los usuarios en el desarrollo de carreras laborales y en el acceso a empleo remunerado.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Se informa a los usuarios sobre oportunidades de educación, desarrollo de carrera laboral y empleo en la comunidad?

Preguntas de apoyo: ¿Se informa a los usuarios sobre oportunidades de educación y de empleo disponibles en la comunidad? ¿Se informa a los usuarios sobre cómo usar esas oportunidades?

Pregunta principal 2: ¿Los usuarios menores de edad y sus familias reciben apoyo para acceder a oportunidades educacionales para menores, si es necesario?

Preguntas de apoyo: ¿Los usuarios menores de edad y sus familias reciben apoyo continuo para que ellos puedan permanecer en el colegio? Por ejemplo, ¿el establecimiento da a los colegios la información que puedan necesitar para adaptarse a las necesidades del menor respectivo?

Pregunta principal 3: ¿Qué apoyo se da a los usuarios para acceder a oportunidades educacionales?

Preguntas de apoyo: ¿Se apoya a los usuarios a completar los procedimientos para acceder a programas de educación si ellos lo desean? ¿Qué tipo de apoyo se da y quién lo da?

Pregunta principal 4: ¿Qué apoyo se da a los usuarios para acceder a oportunidades de desarrollo de carrera laboral o de empleo remunerado en la comunidad?

Preguntas de apoyo: ¿Se apoya a los usuarios a completar los procedimientos para acceder a programas de desarrollo de carrera laboral o empleo remunerado? ¿Qué tipo de apoyo se da y quién lo da?

Estándar 5.2. Respuestas

Tema 5

Estándar 5.3.

Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

Crterios

- 5.3.1. El personal entrega a los usuarios la información necesaria para que puedan participar plenamente en la vida política y pública y gozar de los beneficios de la libertad de asociación.
- 5.3.2. El personal apoya a los usuarios en el ejercicio de su derecho a voto.
- 5.3.3. El personal apoya a los usuarios en la incorporación y participación en las actividades de organizaciones políticas, religiosas, sociales, de discapacidad y discapacidad mental y otros grupos.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿Se informa a los usuarios sobre cómo participar en la vida política? ¿Se les informa sobre cómo unirse a organizaciones de personas con discapacidades mentales o a organizaciones políticas, religiosas y sociales?

Preguntas de apoyo: ¿Se informa a los usuarios sobre cómo ejercer su derecho a voto? ¿A los usuarios se les da información sobre otras oportunidades para participar en la vida política, por ejemplo, participar en la toma de decisiones relacionadas a políticas, legislaciones, desarrollo de servicio y evaluación en salud mental? ¿A los usuarios se les da información sobre organizaciones de personas con discapacidades mentales?

Pregunta principal 2: ¿Se apoya a los usuarios que desean votar en elecciones locales y nacionales?

Preguntas de apoyo: ¿A los usuarios se les da apoyo para votar en elecciones locales, regionales y nacionales? ¿Qué tipo de apoyo se da y quién la da? Por ejemplo, ¿a los usuarios se les proporciona transporte hacia los centros de votación?

Pregunta principal 3: ¿A los usuarios se les da apoyo para incorporarse y participar en actividades de organizaciones de personas con discapacidades mentales u otras organizaciones políticas, religiosas, y sociales?

Preguntas de apoyo: ¿Qué tipo de apoyo se da a los usuarios para que se incorporen y participen en organizaciones políticas, religiosas, sociales o de salud mental, y quién proporciona este apoyo?

Estándar 5.3. Respuestas

Tema 5

Estándar 5.4 .

Se apoya a los usuarios en la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.

Crterios

- 5.4.1. El personal brinda a los usuarios información sobre opciones disponibles de actividad social, cultural, religiosa y recreativa.
- 5.4.2. El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades sociales y recreativas de su preferencia.
- 5.4.3. El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades culturales y religiosas de su preferencia.

Preguntas

Pregunta principal 1: ¿A los usuarios se les da información sobre las opciones disponibles de actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación?

Preguntas de apoyo: ¿A los usuarios se les da información sobre cómo acceder a tales actividades, como por ejemplo acerca del transporte requerido y el valor de las entradas?

Pregunta principal 2: ¿Qué apoyos, si es que existen, se da a los usuarios para que accedan y participen en las actividades sociales y recreativas de su elección?

Preguntas de apoyo: Si es necesario, ¿cómo se apoya a los usuarios en el acceso a actividades sociales y de recreación? ¿Se gestiona el transporte? ¿Se proporciona ayuda para completar los formularios de ingreso?

Pregunta principal 3: ¿Cómo se apoya el deseo de los usuarios de participar en actividades culturales y religiosas?

Preguntas de apoyo: ¿Qué apoyo se da a los usuarios para participar en las actividades culturales y religiosas de su elección? ¿Se les da instrucciones o transporte para asistir a una actividad?

Estándar 5.4. Respuestas

El Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS ofrece a los países información práctica y herramientas para la evaluación y mejora de la calidad y las normas de derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. El Instrumento se basa en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Proporciona una guía práctica sobre:

- los estándares de derechos humanos y de calidad que deben ser respetados, protegidos y cumplidos en establecimientos de salud mental y de apoyo social, tanto de hospitalización como ambulatorios;
- la preparación y la realización de una evaluación integral de los establecimientos; y
- la presentación de los resultados y la elaboración de recomendaciones apropiadas basadas en la evaluación.

El instrumento está diseñado para ser usado en países de ingresos bajos, medios y altos. Puede ser utilizado por muchos agentes diferentes, incluyendo comités de evaluación específicos, organizaciones no gubernamentales, instituciones nacionales de derechos humanos, comisiones nacionales de salud o salud mental, organismos de acreditación de servicios en salud y mecanismos nacionales establecidos bajo tratados internacionales para supervisar la implementación de las normas en derechos humanos, y otros con un interés en promover los derechos de las personas con discapacidades.

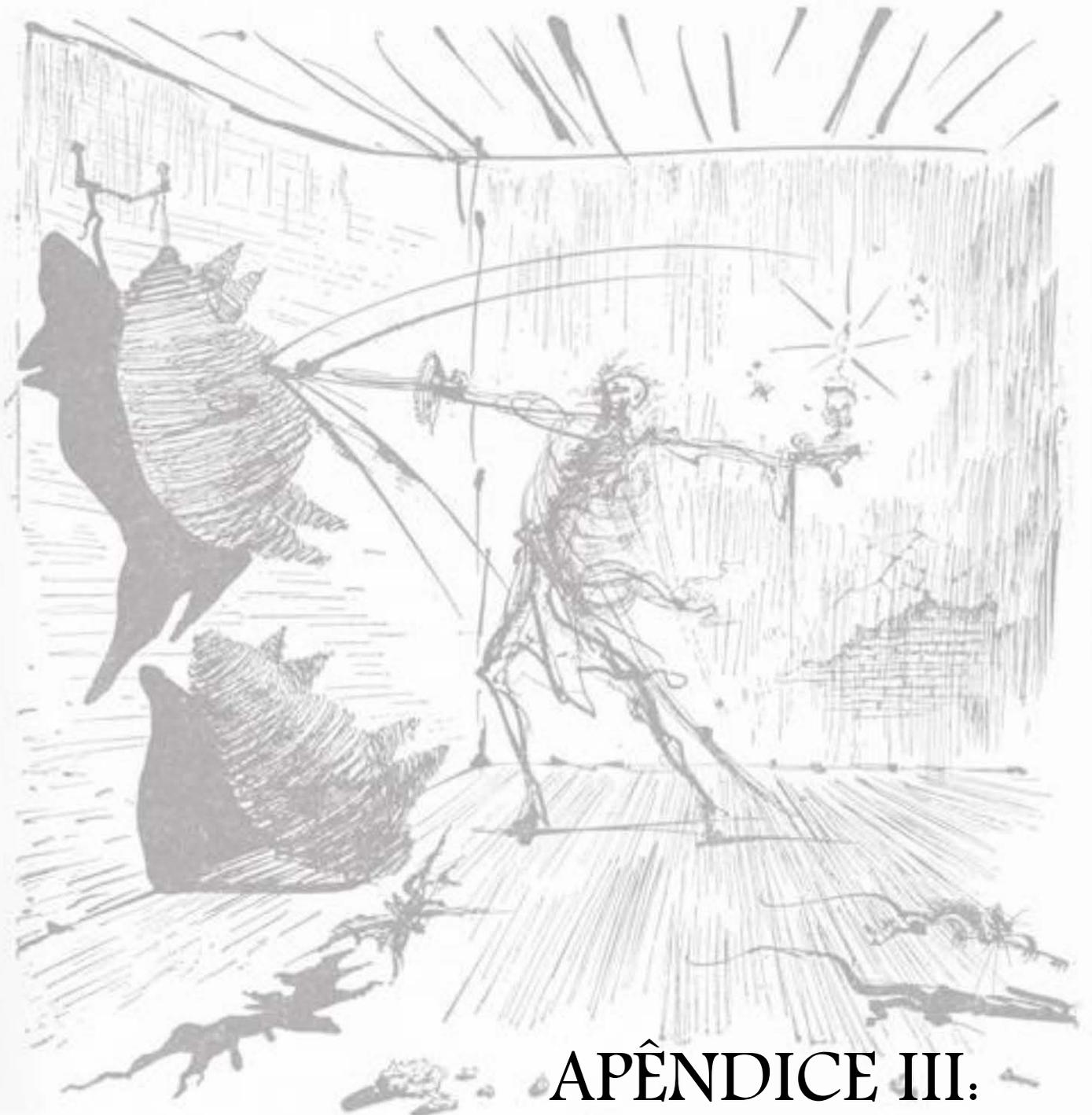
El Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS es un recurso esencial, no sólo para poner fin a los descuidos y abusos del pasado, sino también para asegurar servicios de alta calidad en el futuro.



**Organización
Mundial de la Salud**

Desarrollo de Políticas y Servicio en Salud Mental
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza





APÊNDICE III.
Instrumento Avaliação
Atlas 2014



Cuestionario del Atlas de Salud Mental 2014

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Organización Mundial de la Salud

Contexto

En mayo del 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. Se establecieron metas mundiales para medir la acción y realización colectivas por parte de los Estados Miembros de la OMS para alcanzar la finalidad y los objetivos generales del Plan de Acción. Se concibió un conjunto de indicadores básicos de salud mental para vigilar los progresos con respecto a estas metas y otros aspectos fundamentales del desarrollo de los sistemas de salud mental (véase más adelante). Se espera que estos indicadores básicos se recopilen y notifiquen cada dos años, comenzando con una evaluación de referencia en el 2014.

Atlas de salud mental 2014

La recopilación sistemática de los indicadores básicos de salud mental se incorporará a una versión actualizada del Atlas de Salud Mental de la OMS. En el 2001, la OMS elaboró el Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo, y en el 2005 y el 2011 se publicaron actualizaciones (http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/). El proyecto del Atlas se ha convertido en un recurso valioso para obtener información mundial sobre salud mental y una herramienta importante para concebir y planificar servicios de salud mental en los países. Después de la recopilación inicial de los datos, que se realizará en el 2014, se enviará una encuesta del Atlas de Salud Mental a los puntos focales en los países cada dos años para medir los progresos a lo largo del tiempo (hasta el 2020) para alcanzar las metas del Plan de Acción.

Como apoyo al proyecto del Atlas de Salud Mental 2014, le pedimos que conteste el siguiente cuestionario, que abarca esferas fundamentales del desarrollo de los sistemas de salud mental, incluidas la gobernanza y el financiamiento, los recursos humanos, la disponibilidad y prestación de los servicios, la promoción y prevención, y la vigilancia. Le daremos un ejemplar del Atlas y reconoceremos las aportaciones de todos los expertos e informantes que participen en el proceso.

La Secretaría de la OMS está dispuesta y disponible para ofrecer orientación y apoyo técnicos para completar esta encuesta. Sírvase comunicarse con nosotros a la dirección de correo electrónico que se indica más adelante.

Instrucciones para llenar el cuestionario

Se le ha enviado un enlace que le permitirá obtener acceso a la versión electrónica del Cuestionario del Atlas de Salud Mental 2014; **sírvase completar la versión electrónica siempre que sea posible**. Una vez que haya comenzado a contestar el cuestionario, los datos se guardarán a medida que los introduzca, de modo que puede hacer pausas y retomar la tarea posteriormente, siempre y cuando utilice la misma computadora. También hay una versión en Word; si lo desea puede imprimirla para visualizarla, examinarla o solicitar datos concretos a los colegas y expertos que laboran en su país.

Le rogamos que complete cada sección con la asistencia o el asesoramiento de diferentes informantes según la experiencia o conocimientos que tengan. Por ejemplo, le alentamos a que consulte a los funcionarios de gobierno de alto nivel, profesores universitarios y profesionales de la salud mental que laboran en su país, ya que pueden suministrarle información adicional valiosa. Aunque otros informantes pueden contribuir, **solo una persona será responsable de contestar y presentar el cuestionario**, ya sea la versión electrónica o la versión en Word.

Es importante responder todas las preguntas porque aspiramos a que el Atlas de Salud Mental 2014 sea lo más completo posible. Estamos conscientes de que puede ser difícil obtener los datos nacionales agregados para algunas preguntas, sin embargo, le pedimos que por favor haga todo lo posible por responder cada pregunta, aun cuando no disponga de los datos oficiales y tenga que hacer algunas estimaciones en colaboración con otros colegas.

Los términos en cursivas y con un asterisco (*) se definen en el glosario adjunto. Además, puede consultar las notas de la parte superior de cada sección que suministran más información acerca de algunos términos. Si después de consultar el glosario y las notas aún tiene dudas acerca de algún término o necesita ayuda para responder el cuestionario en línea, no dude en comunicarse con nosotros a la sede de la OMS (mhATLAS@who.int).

Sírvase notificar únicamente datos nacionales, a menos que se indique otra cosa. Si la atención de salud en su país es administrada en nivel provincial o estatal, sírvase recopilar los datos en el nivel regional y luego agregarlos al nivel nacional.

Si no hay datos para una pregunta en particular, **sírvase indicarlo con las letras "SD" (se desconoce)**. Si la pregunta no es pertinente, por ejemplo, si un determinado establecimiento no existe en su país, **sírvase escribir "NP" (no pertinente)**.

Si decide utilizar la versión impresa del cuestionario, sírvase enviarlo junto con los documentos pertinentes (copias digitalizadas) a la siguiente dirección postal o correo electrónico:

Atlas de Salud Mental 2014
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia, 20
1211 Ginebra 27
Suiza Correo electrónico: mhATLAS@who.int

¡Muchas gracias por su ayuda y cooperación!

Indicadores básicos de salud mental, por objetivos y metas del Plan de Acción

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 contiene seis indicadores para medir los progresos hacia el cumplimiento de los objetivos y las metas acordados (apéndice 1 de la resolución WHA66.8; indicados en verde). Se solicitó a la Secretaría de la OMS que determinara otros indicadores de salud mental que los Estados Miembros deberán notificar (mostrados en azul como indicadores del desarrollo de servicios) y que junto con los primeros constituyen el conjunto básico de indicadores de salud mental.

Objetivos del Plan de Acción	Metas del Plan de Acción	Indicadores del Plan de Acción	Indicadores del desarrollo de servicios
Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	<i>Meta 1.1: El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas o planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).</i>	Existencia de un política o plan nacional de salud mental acorde con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos	Recursos financieros: gasto público en salud mental Recursos humanos: número de trabajadores de salud mental
	<i>Meta 1.2: El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).</i>	Existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos	Aumento de la capacidad: número y proporción de personal de atención primaria con capacitación en salud mental
Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta	<i>Meta 2: La cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020).</i>	Número y proporción de personas con trastornos mentales graves que recibió atención de salud mental el año pasado	Participación de interesados directos: participación de las asociaciones de personas con trastornos mentales y los miembros de la familia en la planificación y el desarrollo de los servicios Disponibilidad de los servicios: número de establecimientos de atención de salud mental en los distintos niveles de prestación de los servicios
	<i>Meta 3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).</i>	Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental	Atención hospitalaria: número y proporción de ingresos por trastornos mentales graves a establecimientos de salud mental para pacientes hospitalizados a) mayores de un año y b) involuntarios
Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental	<i>Meta 3.2: Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidio en los países (para el año 2020).</i>	Número anual de muertes por suicidio	Continuidad de los servicios: número de personas con un trastorno mental grave dadas de alta de un hospital psiquiátrico o general el año pasado a las que se dio seguimiento dentro de un mes mediante los servicios de salud comunitarios

Objetivo 4: Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental

Meta 4: El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).

Conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y reunidos de forma sistemática cada dos años

Apoyo social: número de personas con trastornos mentales graves que reciben indemnización por discapacidad o apoyo al ingreso

Información básica

Nota: Si los datos corresponden a distintos años (por ejemplo, algunos son del 2013 y otros del 2012), sírvase indicar el año al que corresponden la mayoría.

Indique a qué región de la OMS pertenece:

Región de África

Región de las Américas

Región de Asia Sudoriental

Región de Europa

Región del Mediterráneo Oriental

Región del Pacífico Occidental

País:

Población:

Año al que
corresponden los
datos:

Datos de la persona responsable de aprobar el cuestionario:

Nombre:

Título o puesto:

Dirección postal:

Correo electrónico:

Teléfono :

Nombre y cargo o puesto del funcionario que autoriza (si necesario).

Nombre:

Título o puesto:

Pregunta 1

POLÍTICA DE SALUD MENTAL

NOTAS:

1. Las políticas o los planes de salud mental pueden ser independientes o estar integrados a otras políticas o planes de salud general o discapacidad.
2. La política o el plan de salud mental se considera válido si ha sido aprobado o publicado por el ministerio de salud o el parlamento.
3. Si se dispone tanto de una política como de un plan de salud mental, los países deben evaluarlos como un solo documento.
4. En los casos de los países con un sistema federado, sírvase consultar las políticas o los planes de la mayoría de los estados o provincias o de la mayoría de la población.

1.1 ¿Dispone su país de una política o plan independiente en materia de salud mental? Sí No

1.2 En caso afirmativo, sírvase indicar el año de la política o plan: *(última revisión)* _ _ _ _

1.3 En caso negativo, indique si la política o plan de salud mental está integrado a las políticas o planes de salud general o de discapacidad.

Sí No

1.4 Sírvase indicar el estado actual de la política o el plan de salud mental de su país (ya sea independiente o integrado)

(Seleccione solo una respuesta)

No se ha formulado o no está disponible ¡

Disponible pero no se aplica ¡ Disponible y

se aplica parcialmente ¡

Disponible y se aplica plenamente ¡

1.5 Sírvase completar la siguiente lista de verificación para evaluar el cumplimiento de la política o el plan con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

- | | | |
|---|------|------|
| 1.5.1 La política o el plan actual promueve la transición hacia los servicios de salud mental comunitarios (incluida la atención de salud mental integrada a los hospitales generales y la atención primaria). | Sí ; | NO ; |
| 1.5.2 La política o el plan actual de salud mental presta atención <u>explícita</u> al respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y a los grupos vulnerables y marginados. | Sí ; | NO ; |
| 1.5.3 La política o el plan actual de salud mental promueve una amplia gama de servicios y apoyos para que las personas vivan con independencia y sean incluidas en la comunidad (incluidos los servicios de habilitación y rehabilitación, los servicios sociales, educativos y vocacionales, las oportunidades de empleo, los servicios de vivienda y apoyos, etc.). | Sí ; | NO ; |
| 1.5.4 La política o el plan actual de salud mental promueve un <i>enfoque de recuperación*</i> en el ámbito de la atención de salud mental; este enfoque se centra en el apoyo a los individuos para que logren sus aspiraciones y metas, y en la participación de los usuarios de los servicios de salud mental en la formulación de sus planes de tratamiento y recuperación. | Sí ; | NO ; |
| 1.5.5 La política o el plan actual de salud mental promueve la participación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en los procesos de toma de decisiones relacionadas con cuestiones que las afectan (por ejemplo, políticas, leyes y reformas de los servicios). | Sí ; | NO ; |

Pregunta 2

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

NOTAS:

1. La legislación sobre salud mental se refiere a disposiciones jurídicas concretas principalmente relacionadas con la salud mental, que normalmente se centran en cuestiones como la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, los establecimientos de tratamiento, el personal, la formación profesional y la estructura de los servicios.
2. En el caso de los países con un sistema federado, el indicador se refiere a las leyes de la mayoría de los estados o provincias del país en cuestión.
3. Las leyes en materia de salud mental pueden ser independientes o estar integradas a otras leyes de salud general o de discapacidad.

2.1 ¿Dispone su país de una ley independiente en materia de salud mental? Sí No

2.2 En caso afirmativo, sírvase indicar el año de la ley: (última revisión) _ _ _ _

2.3 En caso negativo, indique si la legislación sobre salud mental está integrada a las leyes de salud general o de discapacidad.

Sí No

2.4 **Sírvase indicar el estado actual de la ley que abarca la salud mental en su país.**

(Sírvase marcar una sola casilla)

No se ha formulado o no está disponible

Disponible pero no se aplica

Disponible y se aplica parcialmente

Disponible y se aplica plenamente

2.5 Sírvase completar la siguiente lista de verificación para evaluar el cumplimiento de la legislación con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

- 2.5.1 La legislación vigente promueve la transición hacia los servicios de salud mental comunitarios. Sí NO
- 2.5.2 La legislación vigente promueve el derecho de las personas con trastornos mentales a ejercer su *capacidad jurídica**, y a nombrar a una persona o red de personas de confianza para que las ayuden a examinar sus problemas y a tomar decisiones. Sí NO
- 2.5.3 La legislación vigente promueve opciones para evitar las prácticas coercitivas; estas opciones incluyen el ingreso voluntario, el consentimiento informado para el tratamiento y los métodos para evitar la *reclusión y restricción** Sí NO
- 2.5.4 La legislación vigente contempla procedimientos para que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales puedan proteger sus derechos y presentar apelaciones y quejas ante un órgano jurídico independiente. Sí NO
- 2.5.5 La legislación vigente prevé inspecciones periódicas, a cargo de un órgano independiente, de las condiciones de los derechos humanos en los establecimientos de salud mental. Sí NO

Pregunta 3

PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS DIRECTOS

3.1 Sírvase completar la siguiente lista de verificación para evaluar el grado de participación de las asociaciones de personas con trastornos mentales y los miembros de la familia en la formulación y ejecución de las políticas, las leyes y los servicios de salud mental a nivel nacional en los dos últimos años.

Esfera	Medida	No se aplica	Se aplica parcialmente	Se aplica plenamente
Información	El ministerio de salud reúne y difunde información acerca de las organizaciones de personas con discapacidades mentales y psicosociales, las familias y los cuidadores.			
Política	El ministerio de salud ha formulado y publicado una política formal sobre la participación de las personas con discapacidades mentales y psicosociales en la formulación y ejecución de las políticas, los planes, la legislación y los servicios de salud mental.			
Participación temprana	Las personas con discapacidades mentales y psicosociales, así como sus familias y cuidadores, participan desde el principio en la formulación y ejecución de las políticas y leyes de salud mental, y se les informa adecuadamente.			
Participación	El ministerio de salud incluye sistemáticamente a las personas con discapacidades mentales y psicosociales en la formulación de los planes y las políticas, y el desarrollo y la evaluación de los servicios: la mayoría de los comités y subcomités que laboran en las esferas anteriores tienen representantes de una organización de personas con discapacidades mentales y psicosociales o al menos una persona con discapacidad mental y psicosocial.			

Recursos	El ministerio de salud reembolsa los costos que supone la participación de las personas con discapacidades mentales y psicosociales, y proporciona recursos para que puedan participar (ubicación física, transporte, remuneración o reembolso de gastos, intérpretes, asistentes y personal de apoyo para las reuniones).			
----------	--	--	--	--

Pregunta 4

GASTO PÚBLICO EN SALUD MENTAL

NOTAS:

1. Dado que no hay ningún sistema de cuentas sanitarias en ejecución a nivel mundial para el gasto en atención de salud mental, cada país tiene que determinar y definir el alcance y el contenido de su gasto en salud mental.
2. El gasto en salud mental puede incluir servicios prestados en la atención primaria (por ejemplo, tratamiento psicosocial para los trastornos mentales o gasto en medicamentos psicotrópicos) y en la atención social (por ejemplo, los ingresos en instituciones sociales debido a trastornos mentales).
3. El gasto en salud mental también incluye los costos programáticos que superen el nivel de los establecimientos de asistencia sanitaria, incluidas la administración o gestión, la capacitación y supervisión, y las actividades de promoción de la salud mental.
4. El gasto total en salud mental notificado puede dividirse por el gasto nacional total en salud (disponible en la base de datos de la OMS sobre las cuentas nacionales de salud) para obtener la proporción del gasto total en salud que se asigna a la salud mental.

4.1 Sírvase clasificar la principal fuente general de fondos para la atención y el tratamiento de los trastornos mentales graves (por ejemplo, psicosis y trastorno bipolar) en su país.

- **Gobierno** (por ejemplo, seguro nacional de enfermedad o planes de reembolso) _____
- **Organizaciones no gubernamentales** (con y sin fines de lucro) _____
- **Empleadores** (por ejemplo, planes de seguro social de enfermedad) _____
- **Hogares** (por ejemplo, pagos directos y seguro privado) _____

4.2 Sírvase responder las siguientes preguntas antes de completar el cuadro 4.3:

4.2.1 Sírvase indicar el período de 12 meses utilizado para completar el cuadro 4.3: Comienzo: /

(por ejemplo, 01-2013 a 12-2013)

Final: /

4.2.2 Nombre de la unidad monetaria nacional utilizada en el cuadro 4.3: _____

4.3 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el gasto público anual de su país en salud mental.

GASTO PÚBLICO TOTAL EN SALUD MENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO	
ENTORNO DE LA ATENCIÓN	GASTO PÚBLICO TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO (unidad monetaria nacional)
Servicios de hospitalización y asistencia diurna	
<i>Hospital psiquiátrico*</i>	
<i>Unidades psiquiátricas de los hospitales generales*</i>	
<i>Establecimientos residenciales comunitarios de salud mental*</i>	
<i>Establecimientos de tratamiento diurno de salud mental*</i>	
<i>Otros establecimientos residenciales*</i>	
Servicios ambulatorios y de atención primaria de salud	
<i>Establecimientos de salud mental ambulatorios*</i>	
<i>Establecimientos o centros de atención primaria de salud*</i>	
Otros establecimientos o servicios de salud ambulatorios (por ejemplo, de extensión, práctica privada)	
Servicios de atención social	
Establecimientos de atención comunitaria o de rehabilitación	
Otros costos programáticos no incluidos anteriormente (por ejemplo, gestión de programas, capacitación, medios de difusión)	
TOTAL	

Nota: SD = se desconoce

Pregunta 5

PERSONAL DE SALUD MENTAL

NOTAS:

1. *Excluya* a los profesionales de la salud no especializados que trabajan en los establecimientos o servicios de atención de salud general (es decir, el personal que labora en los servicios de atención primaria y en los hospitales generales).
2. *Incluya* a los profesionales de salud mental especializados que trabajan tiempo parcial o completo en los entornos de atención de salud general y especializada.
3. *Incluya* al personal de salud mental (tanto de tiempo completo como de tiempo parcial) que trabaja en el gobierno, como voluntarios o en ONG, y en los establecimientos y servicios de salud mental privados (con fines de lucro).
4. Para evitar contabilizar por partida doble, si el personal trabaja en más de un establecimiento, sírvase asignarlo al entorno de atención donde labora la mayor parte de su tiempo, o divida el tiempo que labora como corresponda.

5.1 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número total de trabajadores de salud mental en su país.

PERSONAL DE SALUD MENTAL (NÚMERO DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL, POR ENTORNO DE ATENCIÓN)								
ENTORNO DE LA ATENCIÓN	Número total de profesionales que trabajan en el campo de la salud mental	Psiquiatras que trabajan en el campo de la salud mental	Otros médicos que trabajan en el campo de la salud mental	Enfermeras/os que trabajan en el campo de la salud mental	Psicólogas/os que trabajan en el campo de la salud mental	Asistentes sociales* que trabajan en el campo de la salud mental	Terapeutas ocupacionales* que trabajan en el campo de la salud mental	Otros trabajadores* asalariados que trabajan en el campo de la salud mental
Servicios de hospitalización y asistencia diurna								
<i>Hospitales psiquiátricos*</i>								
<i>Unidades psiquiátricas de los hospitales generales*</i>								
<i>Establecimientos residenciales comunitarios de salud mental*</i>								
<i>Establecimientos de tratamiento diurno de salud mental*</i>								
Servicios de atención ambulatorios								
<i>Establecimientos de salud mental ambulatorios*</i>								
Otros establecimientos o servicios de salud ambulatorios (por ejemplo, de extensión, práctica privada)								
TOTAL								

[SD = se desconoce]

Pregunta 6

CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

NOTAS:

1. *Un día de capacitación equivale a al menos 6 horas.*
2. *La capacitación nueva o inicial en el servicio abarca los principios generales de la atención, las competencias básicas necesarias, una introducción a los trastornos prioritarios y su evaluación y tratamiento adecuados (por ejemplo, curso básico o intermedio del mhGAP); se espera que dure al menos de 4 a 6 días, pero para determinados tipos de trabajadores de salud y entornos (por ejemplo, agentes sanitarios de la comunidad dedicados a un subconjunto de trastornos) podría durar de 2 a 3 días.*
3. *La capacitación de actualización o específica en el servicio resume los principios generales, las prácticas y las competencias de los cursos de capacitación iniciales, y se centra en la evaluación y el tratamiento de uno o más trastornos concretos (por ejemplo, los del curso ordinario del mhGAP).*

6.1 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número (y porcentaje) de trabajadores de la atención primaria que recibieron al menos dos días de capacitación en salud mental en los dos últimos años.

PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE RECIBIÓ CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL DE AL MENOS DOS DÍAS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS (POR TIPO DE PROFESIONAL)				
	Número de profesionales que laboran en la atención primaria	Número de profesionales de la atención primaria que recibieron capacitación en salud mental de al menos <u>dos días en los dos últimos años</u>		% que recibió capacitación
		Capacitación nueva o inicial en el servicio	Capacitación de actualización o específica en el servicio	
Médicos				%
Enfermeras/os				%
Parteras				%
Agentes sanitarios de la comunidad				%
Otros trabajadores de la salud				%

[SD = se desconoce]

Pregunta 7

DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

7.1 Sírvase completar el cuadro siguiente para determinar la disponibilidad de los servicios de salud mental en su país.

DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PAÍS						
ENTORNO DE LA ATENCIÓN	Número total de establecimientos, camas o consultas					
Hospitales psiquiátricos* (incluidas las unidades de hospitalización forense*)	No. de establecimientos		No. de camas		No. de ingresos en el último año	
Unidades psiquiátricas o camas en los hospitales generales*	No. de establecimientos		No. de camas		No. de ingresos en el último año	
Establecimientos residenciales comunitarios de salud mental*	No. de establecimientos		No. de camas		No. de ingresos en el último año	
Establecimientos de tratamiento diurno de salud mental*	No. de establecimientos		No. de lugares		No. de sesiones en el último año	
Establecimientos de salud mental ambulatorios*	No. de establecimientos		NP		No. de consultas en el último año	
Otros establecimientos ambulatorios (especifique: _____)	No. de establecimientos		NP		No. de consultas en el último año	

[SD = se desconoce]

Pregunta 8

COBERTURA DE SERVICIOS PARA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

NOTAS:

1. *Para efectos de este indicador*, los trastornos mentales graves incluyen: psicosis no afectiva (CIE-10 F2); trastorno afectivo bipolar (CIE-10 F30-31); depresión moderada a grave (CIE-10 F32.1-3-F33.1-3). Se incluye la depresión moderada debido a su prevalencia, sus importantes efectos adversos sobre el funcionamiento y su influencia en la ideación suicida. Muchos otros trastornos mentales pueden ser graves (por ejemplo, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas, los trastornos obsesivo compulsivos y los trastornos de la personalidad), pero no se incluyen en este indicador para limitar el esfuerzo de la medición.
2. Para medir la cobertura debe contabilizarse el número de personas necesitadas que reciben atención (en lugar del número de servicios prestados).
3. La atención ambulatoria está integrada por los departamentos de consulta externa de los hospitales, la atención primaria de salud y los establecimientos de asistencia sanitaria comunitarios, incluidos los centros de asistencia diurna; la atención hospitalaria está integrada por los hospitales psiquiátricos, las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y los establecimientos residenciales comunitarios.

(con o sin fines de lucro).

5. La suma de las personas con trastornos mentales graves que recibieron atención en el último año en los distintos establecimientos de salud hospitalarios y ambulatorios puede considerarse una aproximación razonable de la prevalencia de casos tratados. Sin embargo, si no se dispone de identificadores personales únicos, esta suma puede incluir pacientes tratados en más de un establecimiento que por lo tanto se contabilizarán más de una vez.
6. Para obtener una medición de la cobertura de servicios, los valores notificados para este indicador pueden relacionarse con el número previsto de casos de trastornos mentales graves en la población (basado en encuestas epidemiológicas locales o cálculos procedentes de estudios mundiales y regionales de la carga de morbilidad).
7. Si no hay sistemas de información sobre salud mental o si estos son insuficientes, puede llevarse a cabo una encuesta de referencia y otra posterior de los establecimientos que prestan servicios de salud mental a las personas con trastornos mentales graves en una o más zonas geográficas definidas de un país; la encuesta debe repetirse por lo menos una vez antes del 2020 (preferentemente cada 2 a 3 años) para evaluar la meta de aumentar en 20% la cobertura de los servicios.
8. Si los datos por grupo de diagnóstico están incompletos o se notifican de otro modo en su país, sírvase comunicarse con la Secretaría de la OMS, en el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, para examinar cómo puede concluirse esta actividad.
9. Si los datos de utilización de los servicios están disponibles por edad y sexo, sírvase suministrarlos también a la OMS.

8.1 Sírvase responder las siguientes preguntas antes de completar el cuadro 8.2.

8.1.1 Indique si la población utilizada para completar el cuadro corresponde al:

- nivel nacional (la población total del país)
- nivel regional o provincial (la población total de una o más regiones o provincias)
- sitios o localidades específicos (zonas locales donde los datos están disponibles o se han recogido)

8.1.2 Nombre de la población utilizada para completar el cuadro: *(por ejemplo, país, región u otra área administrativa)* _____

8.1.3 ¿Cuál es el tamaño de la población (número de habitantes)? _____

8.1.4 Año correspondiente a los datos del cuadro: _____

8.1.5 Los datos proceden de:

- sistemas ordinarios de información sanitaria
- encuesta periódica u ocasional

8.2 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número de personas con trastornos mentales que recibieron atención de salud mental el año pasado.

NÚMERO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES QUE RECIBIERON ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EL AÑO PASADO				
ENTORNO DE LA ATENCIÓN	Todos los trastornos mentales (comunes y graves)	Trastornos mentales graves		
		Psicosis no afectiva	Trastorno bipolar	Depresión moderada a grave
Servicios de hospitalización y de asistencia diurna				
Hospital psiquiátrico*				
Unidad psiquiátrica de un hospital general*				

Establecimiento residencial comunitario de salud mental*		
Establecimiento de tratamiento diurno de salud mental*		
Otro establecimiento residencial*		
Servicios ambulatorios y de atención primaria de salud		
Establecimiento de salud mental ambulatorio*		
Centro de atención primaria de salud*		
Otro establecimiento o servicio ambulatorio (por ejemplo, servicio de extensión)		
Servicios de atención social		
Establecimiento de atención comunitaria o rehabilitación (por ejemplo, centros de asistencia diurna)		
TOTAL		

SD = se desconoce

Pregunta 9

ATENCIÓN HOSPITALARIA

NOTAS:

1. Duración de la estadía en los *hospitales psiquiátricos* al 31 de diciembre del año al que corresponden los datos (las licencias sin egreso, como las visitas al hogar en los días feriados, no se consideran una interrupción de la estadía).
2. El tratamiento sin consentimiento (tratamiento involuntario) debe permitirse solo en circunstancias excepcionales (que deben describirse en la legislación nacional sobre salud mental).
3. La legislación sobre salud mental debe incorporar mecanismos procesales adecuados que protejan los derechos de las personas con trastornos mentales que reciben tratamiento involuntario.
4. El número total de ingresos puede dividirse por la población del país para obtener la tasa por 100.000 habitantes.
5. Si los datos sobre los ingresos están disponibles por edad y sexo, sírvase suministrarlos también a la OMS.

9.1 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número total de pacientes en hospitales psiquiátricos (por duración de la hospitalización)

PACIENTES EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS POR DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN (número)			
	Número total	Hombres	Mujeres
Número total de pacientes en hospitales psiquiátricos al 31 de diciembre			
Número de pacientes hospitalizados menos de 1 año			
Número de pacientes hospitalizados más de 1 año y menos de 5 años			
Número de pacientes hospitalizados más de 5 años			

9.2 Sírvase indicar en el cuadro siguiente los ingresos involuntarios y totales a establecimientos hospitalarios de salud mental

INGRESOS INVOLUNTARIOS Y TOTALES A ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS DE SALUD MENTAL
(número y porcentaje)

	Ingresos totales	Ingresos involuntarios	% del total de ingresos que son involuntarios
<i>Hospitales psiquiátricos*</i>			%
<i>Unidades psiquiátricas de los hospitales generales*</i>			%
<i>Establecimientos residenciales comunitarios de salud mental*</i>			%
TOTAL			%

[SD = se desconocen los datos; NP = no pertinente]

Pregunta 10

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN

NOTAS:

1. Los valores notificados pueden dividirse por el tamaño de la población para obtener la tasa por 100.000 habitantes.
2. Si los datos sobre el alta hospitalaria o el seguimiento están disponibles por sexo, sírvase suministrarlos también a la OMS.

10.1 Sírvase responder las siguientes preguntas antes de completar el cuadro 10.2.

10.1.1 Indique si la población utilizada para completar el cuadro corresponde al:

- nivel nacional (la población total del país)
- nivel regional o provincial (la población total de una o más regiones o provincias)
- sitios o localidades específicos (zonas locales donde los datos están disponibles o se han recogido)

10.1.2 Nombre de la población utilizada para completar el cuadro: *(por ejemplo, país, región u otra área administrativa)* _____

10.1.3 ¿Cuál es el tamaño de la población (número de habitantes)? _____

10.1.4 Año correspondiente a los datos del cuadro: _____

10.1.5 Los datos proceden de:

- sistemas ordinarios de información sanitaria
- encuesta periódica u ocasional

10.2 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número de personas con trastornos mentales graves dadas de alta el año pasado que acudieron a una consulta de seguimiento en el plazo de un mes desde el alta.

NÚMERO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES DADAS DE ALTA EL AÑO PASADO QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO EN EL PLAZO DE UN MES (número y porcentaje)			
	Número total de personas dadas de alta el año pasado	Número total de personas dadas de alta el año pasado que acudieron a una consulta de seguimiento antes de transcurrido un mes	% de pacientes dados de alta a los que se dio seguimiento en el plazo de un mes desde el alta
<i>Hospitales psiquiátricos*</i>			%
<i>Unidades psiquiátricas de los hospitales generales*</i>			%
TOTAL			%

[SD = se desconocen los datos; NP = no pertinente]

Pregunta 11

APOYO SOCIAL

NOTAS:

1. *Incluya* a las personas con trastornos mentales que oficialmente están registradas o reconocidas como beneficiarias de ayuda gubernamental.
2. *Excluya* a las personas con trastornos mentales que reciben apoyo monetario o no monetario de miembros de la familia, instituciones de beneficencia locales y otras organizaciones no gubernamentales.
3. Si los datos de apoyo social están disponibles por sexo, sírvase suministrarlos también a la OMS.

11.1 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número total de personas con trastornos mentales que recibieron apoyo social el año pasado.

NÚMERO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES QUE RECIBIERON APOYO SOCIAL EL AÑO PASADO, POR GRAVEDAD DEL TRASTORNO			
	Total	Personas con trastornos mentales graves	Personas con otros trastornos mentales
APOYO MONETARIO <i>(por ejemplo, indemnizaciones por discapacidad o apoyo a la renta)</i>			
APOYO NO MONETARIO <i>(por ejemplo, subsidios para vivienda, apoyo al empleo y asistencia educativa)</i>			
11.1.3 TOTAL			

[SD = se desconocen los datos; NP = no pertinente]

Pregunta 12

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

NOTAS:

1. Las poblaciones destinatarias incluyen afecciones específicas (por ejemplo, autolesión y suicidio), grupos de edad (por ejemplo, niños y adolescentes) y otros grupos de población (por ejemplo, sobrevivientes de desastres).
2. Definición de programa “en funcionamiento”:
 - a. Recursos financieros y humanos asignados [sí o no]
 - b. Plan de ejecución definido con cronogramas [sí o no]
 - c. Datos probatorios documentados o evaluaciones de los progresos o las repercusiones [sí o no]
3. Definición de los tipos de programas:
 - a. La prevención universal se define como las intervenciones dirigidas al público en general o a un grupo de población entero (que no ha sido identificado sobre la base de un mayor riesgo para la salud mental).
 - b. La prevención selectiva está orientada a los individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de padecer un trastorno mental es considerablemente superior al promedio, como lo demuestran los factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.
 - c. La prevención indicada está dirigida a las personas de alto riesgo con signos o síntomas detectables que anuncian un trastorno mental.

12.1 Sírvase describir en el cuadro siguiente los programas de promoción y prevención de la salud mental en su país.

Sírvase enumerar hasta 10 programas principales en su país (describalos brevemente en la primera columna e indique la dirección del sitio Web correspondiente, si lo hay, en la segunda columna). Sírvase marcar todas las funcionalidades pertinentes de cada programa.

Enumere hasta 10 programas principales en su país		Funcionalidad del programa (sí o no)		
<i>Descripción breve del programa</i>	<i>Dirección del sitio Web (si lo hay)</i>	Recursos financieros y humanos asignados	Plan de ejecución definido	Datos probatorios de los progresos o las repercusiones
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

12.2 Sírvase completar el cuadro siguiente haciendo referencia a los programas numerados en el cuadro 12.1.

Nombre y descripción de programa <u>Según el cuadro 12.1</u>	Alcance del programa <i>Clave:</i> 1 = Nivel nacional 2 = Nivel regional 3 = Nivel distrital 4 = Nivel local	Gestión del programa <i>Clave:</i> 1 = Gobierno 2 = ONG 3 = Privada 4 = Administrado conjuntamente	Tipo de programa <i>Clave:</i> 1 = No seguro 2 = Universal 3 = Selectivo 4 = Indicado	Afección específica <i>Clave:</i> 0 = No pertinente 1 = Autolesión o suicidio 2 = Uso de alcohol 3 = Uso de otras drogas 4 = Trastornos de la niñez 5 = Depresión o ansiedad 6 = Psicosis 7 = Otra afección o trastorno (especifique)	Grupos de edad destinatarios <i>Clave:</i> 1 = Niños 2 = Adolescentes o jóvenes 3 = Adultos 4 = Adultos mayores 5 = Todas las edades	Grupos de población destinatarios <i>Clave:</i> 0 = No pertinente 1 = Mujeres en edad fecunda 2 = Sobrevivientes de violencia personal 3 = Sobrevivientes de desastres 4 = Comunidades indígenas 5 = Comunidades rurales 6 = Otro grupo de población (especifique)
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						
9)						
10)						

Pregunta 13

TASA DE SUICIDIO

NOTAS:

1. Para obtener la *tasa* de suicidio, las cifras de suicidio notificadas en el presente cuestionario pueden dividirse por el tamaño del grupo de población específico para la edad y el sexo.
2. Si en su país se emplean diferentes grupos de edad, sírvase comunicarse con la Secretaría de la OMS, en el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, para examinar cómo puede concluirse esta actividad.

13.1 Indique si se ha formulado una estrategia nacional de prevención del suicidio en su país. Sí No
[es decir, una estrategia integral o plan de acción adoptado por el gobierno]

13.2 Sírvase responder las siguientes preguntas antes de completar el cuadro 13.3.

13.2.1 Indique si la población utilizada para completar el cuadro corresponde al:

- nivel nacional (la población total del país)
- nivel regional o provincial (la población total de una o más regiones o provincias)
- sitios o localidades específicos (zonas locales donde los datos están disponibles o se han recogido)

13.2.2 Nombre de la población utilizada para completar el cuadro: *(por ejemplo, país, región u otra área administrativa)* _____

13.2.3 ¿Cuál es el tamaño de la población (número de habitantes)? _____

13.2.4 Año correspondiente a los datos del cuadro: _____

13.2.5 Los datos proceden de:

- sistemas ordinarios de información sanitaria
- encuesta periódica u ocasional

13.3 Sírvase indicar en el cuadro siguiente el número de muertes por suicidio, por edad y sexo

NÚMERO DE MUERTES POR SUICIDIO, POR EDAD Y SEXO			
Grupo de edad (años)	Total	Hombres	Mujeres
5 a 14			
15 a 24			
25 a 34			
35 a 44			
45 a 54			
55 a 64			
65 a 74			
mayores de 75			
Total			

SD = se desconoce

Pregunta 14

CONJUNTO DE INDICADORES BÁSICOS DE SALUD MENTAL

14.1 Sírvase seleccionar solo una respuesta de la siguiente lista de verificación sobre la disponibilidad o el estado de la notificación de los datos de salud mental en su país:

- 14.1.1 No se han recabado datos de salud mental en un informe para efectos de formulación de políticas, planificación o gestión en los dos últimos años. i
- 14.1.2 Se han recabado datos de salud mental (en el sistema público, en el sistema privado o en ambos) con fines de estadísticas sanitarias generales en los dos últimos años, pero no hay un informe específico sobre la salud mental. i
- 14.1.3 El Ministerio de Salud u otra dependencia del gobierno responsable ha publicado un informe específico centrado en las actividades de salud mental realizadas solo en el sector público en los dos últimos años. i
- 14.1.4 El Ministerio de Salud u otra dependencia del gobierno responsable ha publicado un informe específico centrado en las actividades de salud mental realizadas tanto en el sector público como en el privado en los dos últimos años. i

Gracias por completar el Cuestionario del Atlas de Salud Mental 2014.

*Agradeceremos su contribución de acuerdo con
las normas y los procedimientos de la OMS.*

GLOSARIO

TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS

Centro de atención primaria de salud: Los centros de atención primaria de salud suelen ser el primer punto de contacto con el sistema de atención de salud; generalmente proporcionan la evaluación y el tratamiento iniciales para los problemas de salud comunes y remiten a las personas que requieren diagnósticos y tratamientos más especializados a establecimientos que disponen de personal con un mayor grado de capacitación.

Establecimiento de salud mental ambulatorio: Establecimiento para los pacientes ambulatorios que trata los trastornos mentales en sus aspectos clínicos y sociales. **Incluye:** los centros de salud mental comunitarios; las clínicas de salud mental ambulatorias o los departamentos de salud mental ambulatorios de los hospitales generales o psiquiátricos (incluidos los dedicados a trastornos mentales, tratamientos o grupos de usuarios específicos, por ejemplo, los adultos mayores). Se incluyen las instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. **Excluye:** la práctica privada y los establecimientos que solo atienden a las personas con trastornos relacionados con el abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas o con discapacidad intelectual.

Establecimiento de tratamiento diurno de salud mental: Establecimiento que ofrece atención y actividades para grupos de usuarios durante el día, que dura la mitad de un día o un día completo (incluidas las exclusivas para niños y adolescentes u otros grupos específicos, por ejemplo, los adultos mayores). **Incluye:** centros de día o de asistencia diurna, talleres de formación para personas con trastornos mentales, casas club y centros de ayuda social. Se incluyen las instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. **Excluye:** los establecimientos de tratamiento diurno para pacientes hospitalizados, y los establecimientos que solo atienden a las personas con trastornos relacionados con el abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas o con discapacidad intelectual.

Establecimiento residencial comunitario de salud mental: Establecimiento comunitario de salud mental, no hospitalario, que proporciona residencia nocturna para las personas con trastornos mentales; se incluyen los establecimientos públicos y privados con y sin fines de lucro. **Incluye:** alojamientos con o sin personal para las personas con trastornos mentales, casas de transición y comunidades terapéuticas. **Excluye:** hospitales psiquiátricos; establecimientos que solo atienden a las personas con trastornos debidos al abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas o con discapacidad intelectual; establecimientos residenciales para los adultos mayores; e instituciones que tratan trastornos neurológicos o problemas de discapacidad física.

Hospital psiquiátrico: Establecimiento hospitalario especializado que presta atención hospitalaria y servicios residenciales de larga estancia para las personas con trastornos mentales. **Incluye:** las instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, y los hospitales psiquiátricos para niños y adolescentes y otros grupos específicos (por ejemplo, adultos mayores). **Excluye:** las unidades de hospitalización psiquiátrica comunitarias; las unidades de hospitalización forense y hospitales forenses; los establecimientos que solo atienden a las personas con trastornos relacionados con el abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas o con discapacidad intelectual.

Otro establecimiento residencial: Establecimiento residencial que alberga personas con trastornos mentales pero no satisface la definición de establecimiento residencial comunitario ni de ningún otro establecimiento de salud mental definido. **Incluye:** los establecimientos residenciales específicamente para las personas con discapacidad intelectual, las personas con problemas de abuso de sustancias psicotrópicas o las personas con

demencia; los establecimientos residenciales que oficialmente no son de salud mental pero donde la mayor parte de los residentes tienen trastornos mentales diagnosticados.

Unidad de hospitalización forense: Unidad de hospitalización destinada exclusivamente a la evaluación o el tratamiento de las personas con trastornos mentales relacionadas con el sistema de justicia penal. Puede localizarse en los hospitales psiquiátricos, los hospitales generales u otros lugares.

Unidad psiquiátrica de un hospital general: Unidad psiquiátrica que proporciona atención hospitalaria dentro de un hospital comunitario (por ejemplo, hospital general); la estancia generalmente es corta (semanas a meses). **Incluye:** las instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro; las salas o unidades de psiquiatría de los hospitales generales, incluidos las destinadas a los niños y adolescentes u otros grupos específicos (por ejemplo, los adultos mayores). **Excluye:** los hospitales psiquiátricos, los establecimientos residenciales comunitarios y los establecimientos que solo atienden a las personas con trastornos relacionados con el abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas o con discapacidad intelectual.

TIPOS DE TRABAJADORES

Asistente social: Profesional que ha completado una capacitación formal en trabajo social en una escuela reconocida a nivel universitario y posee un diploma o título en trabajo social. El IESM-OMS solicita información solo sobre las/os asistentes sociales que trabajaban en el campo de la atención de salud mental.

Enfermera/o: Profesional de la salud que ha completado una capacitación formal en enfermería en una escuela reconocida a nivel universitario y posee un diploma o título en enfermería.

Enfermera/o de atención primaria de salud: Enfermera/o que trabaja en un centro de atención primaria de salud.

Médico de atención primaria de salud: Médico general, médico de cabecera u otro médico no especializado que trabaja en un centro de atención primaria de salud.

Otro profesional de salud o de salud mental: Trabajador de salud o salud mental que posee algún tipo de formación en atención de salud o en salud mental, pero no encaja en ninguna de las categorías de profesionales definidas (es decir, médicos, enfermeras/os, psicólogos/os, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales). **Incluye:** los trabajadores de atención primaria que no son médicos ni enfermeras/os, las/os consejeros psicosociales y el personal auxiliar. **Excluye:** el personal de servicios generales y mantenimiento que labora en los entornos de atención de salud o salud mental (por ejemplo, cocina, limpieza y seguridad).

Psicóloga/o: Profesional que ha completado una capacitación formal en psicología en una escuela reconocida a nivel universitario y posee un diploma o título en psicología. El IESM-OMS solicita información solo sobre las/os psicólogas/os que trabajaban en el ámbito de la atención de salud mental.

Psiquiatra: Médico que ha cursado al menos dos años de formación de posgrado en psiquiatría en una institución académica reconocida; este período puede incluir una formación en cualquier subespecialidad de psiquiatría.

Terapeuta ocupacional: Profesional de la salud que ha completado una capacitación formal en terapia ocupacional en una escuela reconocida a nivel universitario y posee un diploma o título en terapia ocupacional.

OTROS TÉRMINOS UTILIZADOS

Capacidad jurídica: La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas, reconoce que las personas con discapacidades, incluidas las discapacidades mentales, tienen el derecho a ejercer su capacidad jurídica y a tomar decisiones y opciones sobre todos los aspectos de su vida en igualdad de condiciones con los demás. La Convención promueve un modelo basado en la asistencia en la toma de decisiones, que permite a las personas con discapacidades mentales nombrar a una persona o red de personas de confianza para consultar y tratar los problemas que las afectan.

Enfoque de recuperación: Desde el punto de vista de las personas con enfermedades mentales, por recuperación se entiende la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. Recuperación no es sinónimo de curación.

Reclusión y restricción: La reclusión se refiere al encierro de una persona sola de forma voluntaria en una habitación bajo llave o en una zona de seguridad de la cual no puede salir. La restricción supone el uso de un dispositivo mecánico o de medicación para impedir que una persona mueva el cuerpo. Las opciones para evitar la reclusión incluyen la evaluación inmediata y la intervención rápida en las posibles crisis, la utilización de métodos de solución de problemas y otras técnicas de control del estrés como los ejercicios de respiración.