



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Plano Operativo Estadual de Saúde Mental
2012 - 2015**

**Região 18.
Grande Florianópolis**

Florianópolis, SC, 2012



APRESENTAÇÃO DO PROPONENTE

Estado	Santa Catarina
Governador	João Raimundo Colombo
Secretário de Estado da Saúde	Dalmo Claro da Silva Telefone: (48) 3221 2080 E-mail: apoiogabs@saude.sc.gov.br
Superintendente de Planejamento e Gestão	Ângela Blat Ortiga Telefone: (48) 3221 20 57 E-mail: sug@saude.sc.gov.br
Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial	
Nome	Alan Índio Serrano Telefones: (48) 32 21 2018 (48) 3212 1662 (48) 3212 1671 (48) 9107 8084 E-mail: redepsi@saude.sc.gov.br
Função	Coordenador do Grupo Condutor da RAPS
Nome	Maria Cecília Rodrigues Heckrath Telefones: (48) 3212 1689 (48) 3212 1695 Email: saudemental@saude.sc.gov.br geabs@saude.sc.gov.br
Função	Coordenadora de Saúde Mental
Endereço para correspondência	Grupo Condutor da Rede Psicossocial Rua Esteves Júnior, 390 5º andar - Regulação CEP 88015-130 – Florianópolis, SC Serviço de Saúde Mental Rua Esteves Júnior, 390 3º andar – Atenção Básica CEP 88015-130 – Florianópolis, SC

I. O Diagnóstico

1 Aspectos sanitários da geografia e da demografia regionais

A unidade federativa de Santa Catarina, no Brasil Meridional, foi dividida em 9 macrorregiões e em 16 regiões de saúde. As regiões respondem ao preconizado no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011¹.



Figura 1. Santa Catarina no Brasil.

As regiões, para serem instituídas, devem conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Sobre estas regiões se está aplicando a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, instituindo 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.

Este Plano Operativo visa as ações de Atenção Psicossocial na região metropolitana de Florianópolis, capital da Estado.

Santa Catarina tem nesta região um de seus territórios mais populosos. Administrativamente o núcleo metropolitano e sua área de expansão coincidem com a 18ª. Região de Saúde, dita região da Grande Florianópolis.

Constituída por alguns municípios conurbados e por outros do entorno, foi a região metropolitana de capital sulina que mais cresceu na última década. Junto com Aracaju (SE) e João Pessoa (PB) formou o rol das três capitais-metrópoles litorâneas com maiores índices de crescimento e expansão geopolítica.

Abrange 22 municípios e tem uma população de 1.027.271 habitantes, sendo 49,02% do sexo masculino e 50,98 % do sexo feminino. Metade destes municípios tem menos de 10.000 habitantes e dois deles estão na faixa dos municípios com mais de 150.000 habitantes.

A densidade demográfica da Região Metropolitana é de 142,44 habitantes por km², mas a concentração é bem maior no litoral, especialmente em São José (1.860 habitantes por km²), Florianópolis (972 habitantes por km²), Palhoça (347 habitantes por km²) e Biguaçu (192 habitantes por km²).

¹ O Art. 2º. do Decreto 7.508/11 conceitua Região de Saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Tabela 1. Municípios compreendidos na Região de Saúde 18, da Grande Florianópolis, por ordem de grandeza populacional, Santa Catarina, 2012.

Município	População
.... Florianópolis	427.298
.... São José	212.586
.... Palhoça	139.989
.... Biguaçu	58.983
.... Tijucas	31.533
.... São João Batista	27.135
.... Santo Amaro da Imperatriz	20.082
.... Garopaba	18.520
.... Governador Celso Ramos	13.107
.... Nova Trento	12.369
.... Canelinha	10.726
.... Alfredo Wagner	9.452
.... Antônio Carlos	7.537
.... Paulo Lopes	6.751
.... Águas Mornas	5.617
.... Angelina	5.210
.... São Pedro de Alcântara	4.790
.... Leoberto Leal	3.336
.... Major Gercino	3.289
.... Anitápolis	3.212
.... São Bonifácio	2.992
.... Rancho Queimado	2.757
Região	1.027.271

Fonte: IBGE, censo de 2010.



Fig. 2. Localização esquemática de Florianópolis no mapa do Estado de Santa Catarina.

A densidade demográfica da Região Metropolitana é de 142,44 habitantes por km², mas a concentração é bem maior no litoral, especialmente em São José (1.860 habitantes por km²), Florianópolis (972 habitantes por km²), Palhoça (347 habitantes por km²) e Biguaçu (192 habitantes por km²).

Tabela 2. Distribuição da população em faixas, número de municípios em cada faixa e seu percentual na Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Número de Habitantes	Número de Municípios	Percentual dos Municípios na Faixa
Até 10.000	11	50%
De 10.001 a 50.000	7	32%
De 50.001 a 150.000	2	9%
Acima de 150.000	2	9%

Fonte: GECOR/SES/ SC, 2012.

2 Diagnóstico Epidemiológico

Do ponto de vista epidemiológico o transtorno psíquico e comportamental na Região Metropolitana de Florianópolis apresenta um perfil condizente com os de outras populações meridionais brasileiras. Um levantamento estatístico local, realizado por Teixeira (1998), utilizando metodologia embasada no *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.1/1993), mostrou um elevado consumo de tabaco, álcool etílico e, em menor grau, de outras substâncias psicoativas.

Tabela 3. Percentuais de prevalência de sintomas de transtornos mentais e comportamentais na população, segundo pesquisa de captação local, Florianópolis, Santa Catarina, 1998.

Código na CID-10	Sintomas na área dos transtornos*	Área	
		Urbana	Rural
F1	Por uso de substâncias psicoativas em geral (álcool, tabaco, etc.)	16,23	12,74
F10	Por de álcool etílico	3,07	1,96
F2	Esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes	0,88	0,49
F3	Afetivos (do humor)	7,46	3,92
F4	Neuróticos, estresse e somatoformes	10,96	6,86
F5	Síndromes comportamentais e fisiológicas	0,4	0,4
F0 a F9	População positivada (indícios e queixas)	25,88	21,57

*Deduções a partir de dados baseados em metodologia do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.1/1993), abrangendo a faixa etária entre 16 e 65 anos de idade. Fonte: Teixeira, M. A. A. Estudo de Morbidade Psiquiátrica em Duas Localidades da Ilha de Santa Catarina (Florianópolis). [Tese. Orientador: Marcos Pacheco de Toledo Ferraz]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina (UFSP). São Paulo, 1998.

Fonte: GECOR/SES/ SC, 2012, a partir de pesquisa de Mário Aurélio Aguiar Teixeira (1998).

O inquérito do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde, de 2003, em Florianópolis, com uma amostra de 23.457 pesquisados, identificou que 25% da população masculina e 19% da população feminina local eram tabagistas². O uso do tabaco torna elevado o percentual de pessoas

² BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf>.

enquadradas na categoria de transtorno comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas. Sabe-se, contudo, que o tabagismo vem caindo gradativamente, por força de ações de saúde pública e de legislação, em quase todo o país, nos últimos dez anos. Florianópolis conta com a Lei Municipal 8.042/2009 e São José com a Lei Municipal 4.943/2010, que proíbem o uso de tabaco em recintos de uso coletivo.

Por outro lado, a oferta de drogas ilícitas somada ao estilo de vida em conurbações - crescendo em população e em complexidade - tem aumentado o consumo de derivados da coca e de drogas sintéticas. O uso de cocaína injetável no Litoral de Santa Catarina, que crescia na década dos 90, decaiu e cedeu lugar ao uso do crack fumado³. Este fenômeno tem influenciado na conformação dos modelos locais de atendimento ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas^{4, 5}.

A equipe do CEBRID (Carlini et al., 2002⁶) encontrou um percentual de problemas com o álcool etílico, na população das maiores cidades brasileiras, entre 8 a 9,2%. É um percentual maior, portanto, do que o encontrado em Florianópolis por Teixeira (1998). Em 2005 o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil⁷ estimou que 9% da população brasileira residente na Região Sul faz uso importante de álcool, 10,7% de tabaco, 1,1% de maconha, 0,3% de estimulantes e 0,2% de benzodiazepínicos. Estima que 1,1% da população brasileira experimentou crack pelo menos uma vez na vida.

As cifras das pesquisas locais não são muito distantes das de outros levantamentos realizados em regiões geográfica e etnologicamente semelhantes⁸. Analogias podem ser feitas entre alguns destes estudos epidemiológicos e as condições da Região Metropolitana de Florianópolis, identificando semelhanças e considerando margens de erro.

A tabela 3 mostra as estimativas de prevalência de problemas psíquicos, feita pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em percentuais e em número de casos, para a Região Metropolitana de Florianópolis, referente a cada uma das categorias de transtornos psiquiátricos, segundo o glossário da

³ SERRANO, A. I.; SECCHI, J. Z. Condições para a busca de reconhecimento legal dos programas de redução de danos e distribuição de cachimbos para dependentes de crack. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 12, n. 2 (2007). Disponível em: <<http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/468>>.

⁴ SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Vol. 42, N. 2 (2011), pp. 168-178. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>>.

⁵ SPOHR, B.; SCHNEIDER, D.R. Caracterização dos serviços de atenção à dependência do álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 219-236, Abril de 2006. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~revista/rch39/RCH39_artigo_12.pdf>.

⁶ CARLINI, E. A., GALDUROZ, J. C. F., NOTO, A. R. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil** - 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2002.

⁷ CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas). II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>.

⁸ Vide:

MELLO, M.F., MELLO, A.A.F., KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007;

SANTOS, EG; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos Transtornos Mentais na População Adulta Brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, 2010;59(3):238-46.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Tabela 4. Estimativas da prevalência geral de sintomas e transtornos mentais e comportamentais na população da Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Código na CID-10	Categorias	Estimativa local	
		%	N. de casos*
F1	Por substâncias psicoativas (inclui tabaco)	16,23	164.285
F17	Por uso só de tabaco	11,00	111.346
F10	Por uso só de álcool etílico	3,07	31.076
F1-	Por uso de outras substâncias psicoativas	2,16	21.864
F2	Esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes	0,88	8.908
F3	Afetivos (do humor)	7,46	75.513
F4	Neuróticos, stress e somatoformes	10,96	110.941
F41	Ansiosos	7,70	77.942
F45	Somatoformes	4,20	42.514
F5	Síndromes comportamentais e fisiológicas	0,40	4.049
F0 a F9	População positivada (apresentando indícios)	25,88	261.966
F0 a F9	Pop. potencialmente demandando cuidados	10,20	103.248

*Estimativa baseada no censo demográfico do IBGE de 2010, para todos os municípios da Região Metropolitana de Florianópolis, levando-se em conta a projeção dos resultados da pesquisa epidemiológica de Teixeira (1998).

Fonte: GECOR/SES/ SC, 2012, por projeções a partir de Teixeira (1998).

Estas estimativas são bastante coerentes com as prevalências encontradas em estudos de regiões brasileiras próximas e semelhantes, mostradas na tabela seguinte⁹. Do ponto de vista epidemiológico os transtornos psíquicos na Região Metropolitana de Florianópolis apresentam um perfil condizente, portanto, com os de outras populações urbanas meridionais brasileiras.

⁹ As referências brasileiras utilizadas foram:

ALMEIDA FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES JG, ANDREOLI SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev ABP-APAL**. 1992;14(3):93-104.

ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES J, ANDREOLI SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatric**. 1997;171:524-9.

ANDRADE L, WALTERS EF, GENTIL V, LAURENTI R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2002;37:316-25.

DE LIMA MS, HOTOPT M, MARI JJ, BÉRIA JU, DE BASTOS AB, MANN A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: in example of the inverse care law from Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 1999;34:316-22.

BLAY, S.L. Revisão e crítica da metodologia dos estudos sobre epidemiologia dos distúrbios psiquiátricos na população idosa _ **Rev ABP-APAL**, 1989, 11: 1-9.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>.

Tabela 5. Percentuais de prevalência de sintomas de transtornos mentais e comportamentais em diversas populações, segundo pesquisas úteis para comparação com as da Região Metropolitana de Florianópolis, SC.

Código CID-10	Transtornos	Multicêntrico (Almeida Filho et al.) Ao ano	Captação em SP (Andrade et al.) Ao ano	Estudo em Pelotas (De Lima et al.)	Estimativa Goldberg e Huxley (assistidos)	Estudo no RS (Blay et al.)	Estudo em SP (Lebrão, Laurenti)
F1	Por uso de substâncias psicoativas (álcool, e outras substâncias psicoativas)	8	4,5	8			
F17	Por uso exclusivo de tabaco		11,4				
F10	Por uso exclusivo de álcool etílico						
F2	Esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes	1 a 4			0,2 a 0,5		
F3	Afetivos (do humor)	3 a 10	7,6		0,1 a 0,5		
F32	Depressões				2 a 5		
F4	Neuróticos, por stress e somatoformes	18					
F41	Ansiosos		7,7		1,6 a 6		
F45	Somatoformes		4,2				
F5	Síndromes comportamentais e fisiológicas						
F0 - F9	População com queixas psíquicas menores					56	
F0 - F9	População positivada (indícios)		26	22,7			
F0-,F3-, F4-	Sintomas depressivos em idosos					22	18
F0 - F9	População potencialmente demandando cuidados	19 a 34					

Fontes:

1. ALMEIDA FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNADES JG, ANDREOLI SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev ABP-APAL**. 1992;14(3):93-104.
2. ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES J, ANDREOLI SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatric**. 1997;171:524-9.
3. ANDRADE L, WALTERS EF, GENTIL V, LAURENTI R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2002;37:316-25.
4. DE LIMA MS, HOTOPT M, MARI JJ, BÉRIA JU, DE BASTOS AB, MANN A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: in example of the inverse care law from Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 1999;34:316-22.
5. GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders**. A Bio-Social Model. Londres: Routledge, 1992.
6. GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Mental Illness in the Community**. Londres: Tavistock, 1980.
7. BLAY, S.L. _ Revisão e crítica da metodologia dos estudos sobre epidemiologia dos distúrbios psiquiátricos na população idosa _ **Rev ABP-APAL** 11: 1-9, 1989.
8. LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, June 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>.

Nas estimativas atuais, feitas a partir de projeções dos achados de Teixeira (1998), teríamos cerca de 103.000 pessoas passíveis de sentir algum sintoma psíquico temporário, ter alguma dificuldade comportamental (incluindo o tabagismo, que é o maior fator de elevação das cifras) ou apresentar alguma queixa de ordem psíquica, em certo momento. Este número poder-se-ia expandir até 262.000, no máximo, pela elasticidade das conceituações e das inclusões.

Ao nos valermos do conceito de filtros de Goldberg e Huxley¹⁰ e calcularmos a prevalência anual esperada de tais queixas, sintomas ou comportamentos, segundo sua fórmula, teremos uma estimativa de cerca de 210.600 pessoas, no universo de um milhão e doze mil habitantes da região¹¹. Certamente muitas destas não têm interesse em mudar seus comportamentos e menos ainda em se tratar. Outras se restringem a abordar os problemas alternativamente, fora dos serviços de saúde, em igrejas, centros espíritas e de umbanda, grupos de auto-ajuda como os de Alcoólicos Anônimos, e diversas outras possibilidades culturalmente aceitas.

Tabela 6. Morbidade anual esperada, em população de risco*, Região Metropolitana de Florianópolis, 2012.

Nível do serviço	% de prevalência anual	Nº. esperado
Pessoas com sintomas psíquicos ou comportamentais	26,0	210.544
Transtornos identificados na unidade básica	10,2	82.598
Encaminhados a serviços especializados	1,00	8.098
Possivelmente necessitando de internação	0,20	1.620

*Levando em conta o percentual de 80% que utiliza regularmente os serviços do SUS, segundo os indicadores de Goldberg e Huxley (1980, 1992, 1995).

Fonte: GECOR/SES/ SC, 2012, a partir de Goldberg e Huxley (1992).

Várias pessoas, porém, contidas nesta cifra, apresentarão sintomas avulsos na forma de queixas, demandando atenção primária momentânea, em algum instante. Para tanto, aproveitarão consultas agendadas para outras finalidades, ou marcarão consultas específicas. Uma fração delas solicitará algum tipo de atenção psicossocial maior e repetida, por parte da rede básica, sendo ali diagnosticada e atendida. Esta fração pode ser estimada, na região, em torno de 82.600 possíveis utentes do sistema, ao ano¹². Destes, cerca de

¹⁰ HUXLEY, P. Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 50 (S37), 1996. Disponível em: <<http://www.deepdyve.com/lp/informa-healthcare/mental-illness-in-the-community-the-goldberg-huxley-model-of-the-F0CZo2j8Ui>>.

VERHAAK, P.F.M. Determinants of Help-Seeking Process: Goldberg and Huxley first level and first filter. *Psychological Medicine*, 25, 1995, pp. 95-104. Disponível em: <<http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp1008.pdf>>.

¹¹ Sabendo-se que aproximadamente 80% da população servem-se regularmente do SUS, o que compreende cerca de 810.000 pessoas, 26% delas resultam em 210.600.

¹² A literatura em Saúde Pública britânica é muito adequada ao estudo da questão. Vide: GOLDBERG, D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17, 1995, pp. 182 -190.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common Mental Disorders*. A Bio-Social Model. Londres: Routledge, 1992.

_____. *Mental Illness in the Community*. Londres: Tavistock, 1980.

O'SULLIVAN, T., COTTON, A. & SCOTT, A. Goldberg and Huxley's model revisited. *Psychiatric Bulletin*, 29, 2005, p. 116.

8.100 provavelmente serão encaminhados para avaliação acurada ou para cuidados de especialistas em saúde mental (psicólogos, psiquiatras ou terapeutas ocupacionais). Certamente um número bem menor será portador de problemas crônicos graves, que requeiram seguimento longo, continuado ou vitalício, caso funcionem os mecanismos de contra-referência. A distribuição dos casos, segundo categorias nosológicas, representa-se na próxima tabela.

Tabela 7. Estimativa da demanda por serviços especializados de saúde mental, Região Metropolitana de Florianópolis, 2012.

Código na CID-10	Tipo de transtorno	Percentual	Nº estimado
F1	Por uso de substâncias psicoativas	0,38	3.037
F0, F2	Psicoses (inclusive demenciais)	0,21	1.685
F3	Sintomas afetivos	0,21	1.687
F4	Transtornos neuróticos	0,17	1.350
F5-F9	Outros	0,04	337
F0-F9	Total	1	8.096

Fonte: GECOR/SES/ SC, 2012, por projeções a partir de Teixeira (1998).

A organização da Rede de Atenção Psicossocial, implicando qualificação do atendimento básico e criação de novos dispositivos especializados, incluindo CAPS e unidades de acolhimento, reduzirá bastante a necessidade de leitos especializados. Pode-se, pois, com segurança, utilizar padrões de cálculo que levem em conta a rede em organização. A Portaria GM/MS nº 148, de 25 de janeiro de 2012, preconiza 1 leito para cada 23.000 habitantes, o que representaria, para a região, 44 leitos em hospitais gerais.

A região, contudo, contém a capital da unidade federativa e é o maior pólo de atração de todo o Estado. Casos psiquiátricos complexos e refratários chegam a ela, para pareceres, avaliações, perícias e mesmo para tratamento, enquanto centro de referência. Vem apresentando um crescimento populacional importante, maior do que a média nacional¹³.

Por ocasião da incorporação do Estado de Santa Catarina ao “Plano Crack É Possível Vencer”, em reunião tripartite, aprovada e assinada em julho de 2012, foi pactuada a implantação de 53 leitos na Região Metropolitana, distribuídos da seguinte forma:

30 no Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (hospital público estadual, sito no município de São José, contendo um total de 373 leitos);

16 no Hospital Infantil Joana de Gusmão (também público estadual, no município de Florianópolis, com um total de 154 leitos);

7 no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (público federal, parcialmente sob gestão municipal, no município de Florianópolis, com um total de 286 leitos).

¹³ Enquanto o Brasil teve uma variação populacional de 9,37%, entre o censo de 2000 e o de 2010, o Estado de Santa Catarina, teve um aumento populacional de 15,35%. O município de Florianópolis cresceu o dobro da média nacional. A população passou de 342.315 para 404.224 habitantes, o que representa um aumento de 18,08%. A cidade também foi a que mais aumentou a população entre as capitais da Região Sul. O município de São José teve um acréscimo de 28.746 moradores, o que representa 16%. O de Palhoça teve um aumento de 32.978 habitantes perfazendo um impressionante aumento de 32,09% (Fonte: IBGE. Censo 2010).

Os leitos do Hospital Regional de São José serão destinados a adultos. Os do Hospital Joana de Gusmão servirão a crianças e adolescentes até 18 anos de idade. Os do Hospital Universitário funcionarão como retaguarda à emergência, visando manter um tempo de permanência máxima de 72 horas.



Fig. 3. Hospital Regional Homero Miranda Gomes, São José

Acordou-se que os leitos do Hospital Regional de São José e do Infantil Joana de Gusmão serão viabilizados até dezembro de 2013. Ambos necessitam de adequação de área¹⁴.

Os leitos do Hospital Universitário, assim como a ampliação e qualificação de seu pronto-socorro, possibilitando o atendimento de emergências psiquiátricas, dependem de término de reforma física em andamento e de licitação de materiais e móveis (também em andamento, sob financiamento do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF).



Fig. 4. Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis



A maior dificuldade atual do Hospital Universitário reside, todavia, na demora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em aderir à nova Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, cuja sigla é EBSEH, capaz de lhe proporcionar acesso aos recursos humanos necessários¹⁵.

Fig. 5. Hospital da UFSC, Florianópolis.

¹⁴ Metade dos leitos acordados para o Hospital Infantil Joana de Gusmão (8, portanto) poderão ser inaugurados antes deste período, em função de reforma já iniciada pela Secretaria de Estado da Saúde e de possibilidade de financiamento do Ministério da Saúde (pelo Projeto QualiSUS Rede), mediante a aprovação deste Plano Operativo regional e subsequente treinamento de pessoal.

¹⁵ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. A EBSEH tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A estimativa de uma prevalência anual de necessidade de internação psiquiátrica, ao redor de 0,2%, implicaria numa população de 1.620 utentes na região. Num conjunto de 53 leitos, poder-se-ia fazer 135 internações por mês, incluindo as emergenciais e as observacionais breves, de curta duração. Isto implicaria uma média de 2,5 internações por leito, por mês. A média geral de permanência no hospital, se mantida em 12 dias, cobriria plenamente as necessidades. Fatores que podem influir para manter curto o tempo médio de permanência hospitalar são as unidades de acolhimento, os CAPS e a supervisão de unidades básicas matriciadas.

As taxas endêmicas suicídio, na região, são altas se comparadas à média nacional, mas correspondem a formações e fenômenos etnológicos típicos¹⁶ do Brasil Meridional: 6,22 óbitos por cem mil habitantes em Florianópolis; 5,15 em São José; 5,48 em Palhoça; 4,5 em Biguaçu¹⁷. Um programa preventivo e educacional continuado, neste âmbito, está em fase de planejamento.

3 Diagnóstico dos Gestores e Sanitaristas sobre os Serviços e as Fragilidades do Sistema quanto à Saúde Mental

Do ponto de vista de funcionamento atual dos serviços de saúde com atendimento em saúde mental, os gestores dos municípios da Região Metropolitana e um grupo técnico de sanitários que fez o levantamento dos dados para o QualiSUS Rede, em 2012, concordaram sobre as seguintes fragilidades:

- a) as equipes de saúde trabalhando nas unidades básicas manifestam grandes dificuldades na abordagem e no manejo de transtornos mentais e de transtornos comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- b) apesar da existência dos NASF, em particular dos NASF-SC, o matriciamento da rede, no que se refere à atenção psicossocial, é precário e insuficiente;
- c) existe fragilidade na rede de atenção, no que se refere ao número de pontos, em todas as suas modalidades;
- d) há déficit de comunicação entre os pontos;
- e) há grave descompasso no desenvolvimento dos subsistemas municipais para a área de saúde mental;
- f) o segundo município em população na Região Metropolitana tem uma rede embrionária mínima na área de saúde mental;
- g) a falta de qualificação da rede básica na área de saúde mental, e a carência de serviços especializados, leva à manutenção do hospital psiquiátrico ainda em funcionamento como porta de entrada para alguns setores regionais;
- h) 14 dos 22 municípios da Região Metropolitana têm população com menos de 20.000 habitantes, o que lhes dificultou a criação de CAPS

¹⁶ SERRANO, A.I. Taxas de mortalidade e atributos étnico-culturais. In: Id. **Chaves do Óbito Autoprovocado**. Florianópolis: Insular, 2008, pp. 239-261.

¹⁷ _____.; CORREA, S.S. Panorama das Taxas de Óbitos Autoprovocados nos Municípios de Santa Catarina. In: SERRANO, A.I. **Chaves do Óbito Autoprovocado**. Florianópolis: Insular, 2008, pp. 279-286.

- e desincentivou o desenvolvimento de debates locais capazes de melhorar suas formas de abordar os problemas de saúde mental;
- i) observa-se insuficiência e inadequação de espaços de internação para usuários de álcool e outras drogas, inclusive de crack, especialmente para mulheres;
 - j) há falta de protocolos de acesso, clínicos e terapêuticos para nortear as condutas gerenciais e das equipes terapêuticas;
 - k) é preponderante a ausência de mecanismos regulatórios e de avaliação para os serviços existentes;
 - l) os grandes hospitais gerais públicos – uma particularidade de Santa Catarina, pela sua condição de referência estadual ou macrorregional – concentram-se na região Metropolitana e são centros de especialidades médicas, sobrecarregados, tendo vocação definida, o que dificulta seu aproveitamento na assistência psiquiátrica;
 - m) os hospitais gerais contratados e filantrópicos localizam-se em municípios de menor população, com nº reduzido de leitos, e por conseguinte tornando-se pouco atrativa e antieconômica a utilização de espaços para assistência psiquiátrica, conforme limitação legal. A exigência de equipe especializada para atender um número restrito de leitos constitui-se em entrave importante para a expansão do número de leitos em hospitais gerais.
 - n) inadequação e déficit de espaços para internação de crianças e adolescentes durante crises por transtornos mentais ou por transtornos comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
 - o) Os serviços de emergências, incluindo os do SAMU, manifestam dificuldades para atender pacientes com transtornos mentais e com transtornos comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

4 Proposições dos Gestores e Sanitaristas para Qualificar a Rede de Saúde Mental

Os gestores e técnicos ao se debruçarem sobre as dificuldades e carências apontadas no diagnóstico, sugeriram, então, a inclusão no projeto do QualiSUS Rede de:

- a) planos de qualificação da rede básica e aprimoramento dos NASF para a saúde mental;
- b) qualificação dos serviços de urgência e emergência para atendimento em saúde mental;
- c) montagem de programa de educação permanente em saúde mental para a atenção básica;
- d) qualificação das equipes dos CAPS;
- e) fortalecimento dos processos de criação e de funcionamento de CAPS regionais;
- f) qualificação dos tipos de pontos de atenção da rede psicossocial, a ser diversificada;
- g) estabelecimento claro de fluxos de acesso a partir da atenção básica;

- h) qualificação de equipes para atendimento nos CAPS i na Região Metropolitana;
- i) adequação dos espaços físicos de atendimento infantil e de adolescentes em hospital geral público;
- j) negociação da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios com as instituições mantenedoras de hospitais contratados com o SUS na Região, no sentido da disponibilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, estabelecendo um programa de incentivo à adesão;
- k) qualificação de equipe e de espaço físico em hospital geral público estadual, possibilitando o atendimento de crises relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, visando preferencialmente o gênero feminino;
- l) criação de protocolos de acesso e protocolos assistenciais regionais, como estratégia de adesão às melhores práticas clínicas e de otimização de recursos, esquematizando processos de trabalho a serem aplicados, no sentido de garantir um funcionamento mínimo de qualidade;
- m) organização de mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria capazes de permitir um fluxo razoavelmente rápido e com poucos obstáculos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada;
- n) qualificação dos complexos reguladores nos aspectos específicos da saúde mental, adequando estruturas físicas e recursos materiais e humanos, informatizando os agendamentos e os encaminhamentos, montando filtros técnicos de qualidade, e estruturando bancos de informações úteis às atividades de gestão;
- o) preparação dos complexos reguladores municipais para abrangerem os temas de âmbito local, em saúde mental;
- p) preparação do complexo regulador estadual para regular as referências intermunicipais, em saúde mental;
- q) qualificação dos mecanismos estaduais de avaliação, voltados à saúde mental, para mensurar o desenvolvimento da rede e diagnosticar seus valores, entraves e desvios.

II. Plano de Organização e Qualificação da Rede

1 Pontos de Atenção Básica que Podem Agir em Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial, na atenção básica em saúde, compreende, formalmente, na perspectiva da Portaria GM/MS nº 3.088, os seguintes componentes:

I - Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (Equipe de Consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Centro de Convivência, Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

II - Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial (modalidade I, modalidade II, modalidade III, modalidade AD, modalidade i);

III - Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, Centros de Atenção Psicossocial;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento (modalidade adulto e modalidade infantojuvenil), Serviços de Atenção em Regime Residencial (incluindo Comunidades Terapêuticas habilitadas);

V - Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas (em hospital geral), Serviço Hospitalar de Referência;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

2 Possibilidades Imediatas de Estruturação e de Qualificação da Saúde Mental na Saúde da Família

2.1 As Equipes de Saúde da Família

Na região, as equipes de saúde da família cobrem bem os municípios de população pequena e têm presença importante nos municípios maiores. Contam com 1.330 agentes comunitários de saúde, alocados em 252 equipes.

Quanto à saúde mental, contudo, somente o município de Florianópolis tem uma estrutura de supervisão matricial organizada. É o único que tem, também, sistema de encaminhamento regulado entre as unidades de atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial.

A qualificação das equipes de saúde da família, a organização do sistema regional de regulação do acesso, o estabelecimento de regras para o fluxo dos pacientes e o desenvolvimento de protocolos assistenciais, assim como a adoção de diretrizes terapêuticas claras em saúde mental, permitirão a passagem para formas de gestão mais efetivas.

A atenção primária à saúde, dita atenção básica, é o fundamento estruturante da rede temática de saúde mental. É na atenção primária que podem se articular os cuidados integrais necessários ao indivíduo na área de saúde mental, no território a que ele está adscrito, com a sua família e a sua comunidade. O paciente que não tem acolhida e tratamento adequado na rede básica chegará aos serviços especializados tardiamente e piorado.

Os serviços de atenção primária, em especial os da Estratégia Saúde da Família são, prioritariamente, a porta de entrada da rede de saúde mental, e deve apresentar ações proativas para atender as necessidades da população.

Tabela 8. Cobertura da Região pela Estratégia de Saúde da Família e quantidade de equipes implantadas por município, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Municípios	Cobertura % pela Saúde da Família	Nº Equipes de Saúde da Família*
Águas Mornas	100%	2
Alfredo Wagner	100%	3
Angelina	100%	2
Anitápolis	100%	1
Antônio Carlos	100%	3
Biguaçu	94,80%	16
Canelinha	100%	4
Florianópolis	90,90%	111
Garopaba	100%	6
Governador Celso Ramos	100%	5
Leoberto Leal	100%	2
Major Gercino	100%	1
Nova Trento	100%	4
Palhoça	65,30%	26
Paulo Lopes	100%	3
Rancho Queimado	100%	1
Santo Amaro da Imperatriz	100%	7
São Bonifácio	100%	1
São João Batista	100%	8
São José	54,30%	33
São Pedro de Alcântara	100%	2
Tijucas	100%	11
Total	75%	252

* 197 destas equipes da ESF estão homologadas conforme a Portaria 2812 /2011 e aderidas ao PMAQ-AB.

Fonte: GEABS/SES/SC, fevereiro 2012.

A atenção secundária à saúde, dita atenção especializada, deve se tornar a responsável fundamental pela promoção da competência da atenção primária nos cuidados em saúde mental. Isto poderá acontecer através de ações específicas em saúde mental, compartilhando saberes e tarefas.

A atenção secundária é, também, diante das limitações da rede básica, responsável pela disponibilização dos recursos especializados para a atenção primária, segundo modelos a serem estabelecidos e pactuados, visando eficácia e efetividade.

O planejamento da gestão implica envolver as equipes de saúde da família nos temas de saúde mental, até o limite de sua possibilidade. Um programa de qualificação através da educação continuada está sendo montado para compor o projeto da rede regional.

2.2 O papel dos NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão previstos na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde (republicada em 4 de março de 2008). Eles são fundamentais para o exercício do apoio matricial, complementado pelo encaminhamento de casos mais complexos a equipes de referência. O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte, uma assistencial e uma tecnicopedagógica.

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, enquanto que a ação tecnicopedagógica produzirá efeito educativo sobre a equipe. O conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente. Portanto, a qualificação dos NASF passa a ser um dos focos da política estadual de saúde mental, pois através deles toda a rede básica estará sendo fortalecida na sua interface com a saúde mental. Devem ser suas preocupações: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

Este apoio do NASF significa colocar-se ao lado da ESF e ajudar no seu trabalho cotidiano, oferecendo retaguarda (pedagógica, gerencial, assistencial) nas áreas do saber de cada profissional, e com isso produzindo mudanças em seus processos de trabalho. O apoio matricial se concretiza por meio de:

- a) espaços de educação permanente;
- b) discussão de casos e atendimentos conjuntos;
- c) construção coletiva de planos terapêuticos;
- d) grupos compartilhados entre apoiadores e ESF;
- e) intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais;
- f) atendimentos específicos do apoiador quando necessário.

O NASF I (composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes) deve realizar as suas atividades vinculadas a no mínimo 8 Equipes de Saúde da Família, e no máximo a 20 equipes de saúde da família.

O NASF II (composto por, no mínimo três profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes) deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo 3 (três) equipes de saúde da família.

Em Florianópolis a Secretaria Municipal de Saúde arbitrou que cada NASF deveria ser composto por um profissional de educação física, um assistente social, um nutricionista, um farmacêutico, um psicólogo, um pediatra e um psiquiatra.

Em Santa Catarina há NASF I cadastrados no Ministério da Saúde e NASF I e II montados segundo a Deliberação nº 69 da Comissão Intergestores Bipartite, estadual, de 19 de fevereiro de 2010¹⁸.

Tabela 9. Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) a ter saúde mental como um de seus alvos primordiais, por modalidade, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Tipos de NASF			N. total de NASF
	I (SC)	II (SC)	I (MS)	
Águas Mornas	1			1
Alfredo Wagner	1			1
Angelina		1		1
Anitápolis				0
Antônio Carlos		1		1
Biguaçu			1	1
Canelinha	1			1
Florianópolis			7	7
Garopaba	1			1
Governador Celso Ramos	1			1
Leoberto Leal				0
Major Gercino		1		1
Nova Trento	1			1
Palhoça			1	1
Paulo Lopes				0
Rancho Queimado		1		1
Santo Amaro da Imperatriz				0
São Bonifácio		1		1
São João Batista			1	1
São José				0
São Pedro de Alcântara		1		1
Tijucas				0
Total da Região	6	6	10	22

Fonte: GEABS/SES/SC, fevereiro 2012.

O estímulo para que psicólogos e psiquiatras venham a elencar os NASF em toda a região deve ser parte da política estadual de saúde mental, pois tais profissionais podem elevar a qualidade da assistência. Somente o município de Florianópolis conta com psiquiatras integrados a alguns de seus NASF. No conjunto regional, porém, os psiquiatras não têm sido incorporados à equipe e ainda há 8 NASF sem psicólogos.

¹⁸ O NASF Santa Catarina I, é composto por 3 ou mais profissionais com jornada semanal de 40 horas e o NASF Santa Catarina II, é composto por 3 ou mais profissionais com jornada semanal de 20 horas. Os NASF Santa Catarina poderão ser compostos por profissionais das seguintes atividades do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Médico Acupunturista, Médico Homeopata, Médico Pediatra, Médico Ginecologista e Médico Psiquiatra. Para o desenvolvimento das ações dos NASF Santa Catarina, são repassados pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, a título de incentivo financeiro, o valor mensal de R\$ 8.000,00 por NASF Santa Catarina I e R\$ 4.000,00 por NASF Santa Catarina II, além de uma parcela extra para o pagamento do 13º salário.

Tabela 10. Quantitativo de psicólogos lotados em Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), por município, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Psicólogos em NASF
Águas Mornas	1
Alfredo Wagner	0
Angelina	1
Anitápolis	0
Antônio Carlos	0
Biguaçu	1
Canelinha	
Florianópolis	6
Garopaba	0
Governador Celso Ramos	1
Leoberto Leal	0
Major Gercino	0
Nova Trento	0
Palhoça	1
Paulo Lopes	0
Rancho Queimado	1
Santo Amaro da Imperatriz	0
São Bonifácio	1
São João Batista	0
São José	0
São Pedro de Alcântara	1
Tijucas	0
Região	14

Fonte: GEABS/SES/SC, 2012.



A supervisão matriciada em saúde mental é um método que tem demonstrado efetividade em vários países onde vem sendo aplicada, nas últimas duas décadas¹⁹. A política estadual e regional de saúde mental manterá um plano permanente de atualização e troca de experiências entre profissionais dos NASF, incentivando seu diálogo com os supervisores clínico-institucionais voltados aos CAPS, a fim de romper as resistências de limites rígidos entre a atenção primária e a secundária.

¹⁹ Vide:

TANSELLA, M.; THORNICROFT, D. Common Mental Disorders in Primary Care: Essays in Honour of Professor Sir David Goldberg. Londres: Routledge, 1999. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=t4W1L2q_cAYC&pg=PA107&lpg=PA107&dq=goldberg+huxley+filters&source=bl&ots=Jf_5h4o8P5&sig=QVOP9X1ixRpAU89eWEmd70nktM&hl=en&sa=X&ei=Hw6UUu9JaaW0QHmIGgAg&redir_esc=y#v=onepage&q=goldberg%20huxley%20filters&f=false>.

ÜSTÜN, T.B.; SARTORIUS, N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. West Sussex: John Wiley & Sons, 1995. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=RgnFHUmpVckC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

THORNICROFT, D.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. **The British Journal of Psychiatry** (2004) 185: 283-290 doi: 10.1192/bjp.185.4.283. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/185/4/283.full>>.

_____. Quais são os argumentos em favor da atenção comunitária à saúde mental? Pesquisas e Práticas Psicossociais, 3, 1, 2008. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/thornicroft-tansella-doc-d134990659>>.

2.3 Consultórios na Rua

O município de Florianópolis conta com um consultório na rua, voltado a pessoas em vulnerabilidade social e situação de rua. Atua no período vespertino, na região central da cidade, abordando moradores de rua usuários de álcool e drogas. Possibilita conhecer sua situação de saúde e ofertar-lhes os serviços prestados pela Rede Municipal de Saúde. O Centro de Saúde da Prainha é a unidade de referência, para do consultório na rua, aos que necessitam de atendimento sanitário.

Esforços estaduais deverão ser envidados no sentido de que a Prefeitura de São José, na medida em que monte maior estrutura, possa estabelecer, também, ao menos um consultório na rua.

2.4 Atenção Residencial Transitória

O “Curso de Atualização em Técnicas de Tratamento em Dependência Química, com Ênfase no Crack”, da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria de Estado da Saúde, com a primeira edição em 2012, foi a etapa inicial para a qualificação de pessoal que poderá constituir equipes de apoio aos serviços do componente da rede denominado “atenção residencial de caráter transitório”.

Um debate com os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) será importante na montagem destas equipes, pois caberá aos CAPS serem as referências e os centros de supervisão da atenção residencial transitória, confeccionando os planos terapêuticos singulares dos usuários, segundo sua área de adscrição, planejando sua saída e sua recepção após a fase transitória. A admissão será indicada pelos CAPS e o tempo de permanência alcançará, no máximo, seis meses.

Equipes multiprofissionais coordenarão o cuidado e prestarão serviços nas unidades de acolhimento, que serão os residenciais transitórios. Tal assistência dar-se-á articulada com os outros pontos de atenção da rede. A fiscalização da Vigilância Sanitária deverá ser permanente.

Serão características típicas das unidades de acolhimento seu funcionamento ao longo das 24 horas do dia, em 7 dias da semana, em caráter residencial temporário. Oferecerão acolhimento voluntário e cuidados a pessoas com necessidades decorrentes do abuso de substâncias psicoativas que estejam em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico ou protetor. Elas proverão, portanto, moradia e convivência familiar e social (com atividades educativas para crianças e jovens), temporariamente. Conforme a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, há duas modalidades de unidades:

a) as unidade de acolhimento adulto, destinada às pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, referências para grupos populacionais de 200.000 habitantes, com 10 a 15 vagas;

b) as unidade de acolhimento infanto-juvenil, destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, referências para grupos populacionais de 100.000 habitantes, com até 10 vagas.

As unidades de acolhimento poderão ser públicas ou advir de parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, como as ditas “comunidades terapêuticas”.

Tabela 11. Proposta de criação de unidades de acolhimento na Região Metropolitana da Grande Florianópolis, SC, 2013-2015.

Município	Unidade de Acolhimento	
	Infanto-Juvenil	Adulto
Florianópolis	1	1
Palhoça	1	1
São José	1	1
Garopaba	0	1
Biguaçu	0	1
Total regional	3	5

Fonte: GEABS/SES/SC, 2012.

O plano contempla o estabelecimento inicial de unidades, na modalidade adulto, nos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu e Garopaba. Contempla, também, o estabelecimento inicial, na modalidade infanto-juvenil, nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça. Todas têm CAPS implantados, passíveis de treinamentos para serem referência e supervisores, podendo o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial iniciar negociações com as administrações municipais.

3 Urgência e Emergência em Saúde Mental



Atualmente apenas o município de Florianópolis possui unidades de pronto atendimento de 24 horas (UPA), em número de duas. Elas estão habilitadas e recebem custeio regular do Ministério da Saúde.

Os demais municípios não possuem, ainda, estrutura pré-hospitalar fixa. Destaca-se que as UPA nos municípios de Palhoça, São José e Biguaçu estão em construção, com atraso nas obras em São José.

Há plano para a construção de mais uma UPA em Florianópolis, uma em Garopaba e uma em Tijucas.

Alguns municípios possuem serviços de urgência funcionando de forma precária, sem apoio radiológico e sem serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT).

Propõem-se seis salas de estabilização na região: Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista.

O preparo de equipes dos serviços de urgência e emergência, inclusive do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para o atendimento de casos psiquiátricos assume importância crucial na montagem de um sistema em rede organizado. Há 21 equipes de SAMU distribuídas pela região. O município Florianópolis, que conta com 7 delas implantadas, tem mais uma planejada.



Uma capacitação inicial, voltada às equipes de toda a região, introduzirá procedimentos de saúde mental no rol dos temas de tais serviços. Instalará novo paradigma em serviços que tem, comumente, rejeitado e evitado a discussão dos assuntos psiquiátricos. Para tanto, os mecanismos de regulação e um fluxo definido de encaminhamentos deverão estar em estruturação.

Na sequência, supervisão e educação continuada, voltadas especificamente aos temas de urgência e emergência psiquiátricas, deverão ser aplicadas, garantindo a qualidade permanente do atendimento.

Tabela 12. Serviços de urgência e emergência existentes e propostos no plano, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	SAMU existentes	UPA 24h existentes	Salas de Estabilização Propostas	UPA 24 h propostas
Águas Mornas	1 USB			
Alfredo Wagner	1 USB		1	
Angelina				
Anitápolis				
Antônio Carlos				
Biguaçu	1 USB			1
Canelinha				
Florianópolis	3 USA, 4 USB	2		1
Garopaba	1 USB			1
Gov. Celso Ramos			1	
Leoberto Leal				
Major Gercino				
Nova Trento	1 USB		1	
Palhoça	2 USB			1
Paulo Lopes			1	
Rancho Queimado	1 USB			
S. Amaro da Imperatriz	1 USB		1	
São Bonifácio	1 USB			
São João Batista			1	
São José	1 USA, 2 USB			1
S. Pedro de Alcântara				
Tijucas	1 USB			1
Total	21	2	6	6

Fonte: RUE/SES/SC, 2012.



As salas de estabilização visam funcionar como local de assistência temporária para estabilização de pacientes críticos ou graves, vinculadas a um equipamento de saúde, em geral a um hospital.

São serviços a serem articulados e conectados com outros níveis de atenção, encaminhando os pacientes aos serviços que se mostrarem necessários, através da Central de Regulação da Urgências.

Uma sala de atendimento e de observação psiquiátrica de alto nível está sendo planejada, num trabalho conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina, na Emergência do Hospital Universitário da UFSC. Ela impor-se-á na prestação de serviços regionais e na formação de estudantes, inclusive como um dos cenários para a residência médica em psiquiatria e a residência interdisciplinar em saúde mental, ambas da Secretaria de Estado da Saúde



Estão sendo propostas salas de estabilização para Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes e Santo Amaro da Imperatriz, onde também haveria atendimento a casos psiquiátricos de urgência, de forma intensiva e pontual, a partir de cursos de capacitação das equipes.

Para que tais serviços não venham a degenerar e a se transformar em supostos ambulatorios psiquiátricos, substituindo a porta de entrada dos casos não urgentes, os protocolos assistenciais específicos e a estruturação do encaminhamento, segundo fluxos regulados, precisarão ser simultaneamente construídos. O acolhimento será feito com simultânea classificação de risco, segundo o protocolo de Manchester, que valerá também para as centrais de regulação.

A colaboração intersetorial com serviços sociais precisará ser claramente definida em cada município, com pactuações próprias, para que haja o apoio às demandas sociais que extrapolam a área da saúde.

4 Os CAPS na Rede Regional

4.1 A Conceituação

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo.

Os CAPS, teoricamente, estão organizados nas seguintes modalidades:

a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Em Santa Catarina há determinação de criar CAPS microrregionais, que atendam a mais de um município de população inferior a 20.000 habitantes, desde que a distância não dificulte a locomoção.

b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e

acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

4.2 O mapa atual dos CAPS, outros serviços ambulatoriais e a imagem objetivo

Há sete CAPS na Região Metropolitana, dos quais quatro estão na Capital. O município de São José, apesar de ser o segundo em população e o primeiro em economia, não incorporou o conceito de CAPS ao seu sistema municipal.

Atualmente, são complementares aos CAPS os ambulatórios especializados de psiquiatria, que suprem parte da carência de consultas. Há um ambulatório capaz de prestar atenção a problemas de saúde mental, vinculado aos Cursos de Medicina e Enfermagem da UNISUL, em Palhoça.



O Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, que é estadual, sito em São José, tem um ambulatório que serve de referência – precária, pela limitação de seus recursos humanos e de tempo disponível - não só ao município, mas à região.

O Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), complexo estadual compreendendo hospital, ambulatório e serviços de quimio e radioterapia, em Florianópolis tem um ambulatório de saúde mental, com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, voltado a problemas de saúde mental em pacientes portadores de neoplasias.



O Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mediante convênio firmado desde 2003 com a Residência Médica da Secretaria de Estado da Saúde²⁰ mantém um ambulatório de psiquiatria de boa qualidade.



²⁰ A residência médica de psiquiatria, além de estar presente no ambulatório do HU, se desenvolve em serviços básicos, nos CAPS municipais de Florianópolis e no Instituto de Psiquiatria, em São José. Conta com 6 residentes novos por ano, tendo regularmente 18 pós-graduandos em atividade simultânea. É aprovada pelo MEC desde 2003.

Funciona, em fase inicial, o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, no Hospital Infantil Joana de Gusmão, com equipe especializada.

Propõe-se transformar os dois CAPS AD de Florianópolis em CAPS AD III, funcionando 24 horas. Propõe-se a criação de CAPS ad III também em Palhoça e em São José. Em São José cabem ainda, um CAPS II e um CAPS I.

Em função das resistências e dificuldades históricas que o município de São José tem enfrentado para organizar sua rede municipal de saúde, o Grupo Condutor estadual da Rede de Atenção Psicossocial propõe-se a assumir a competência de incentivar e orientar a implantação de um consultório na rua, uma unidade de acolhimento adulto, uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, um CAPS AD III, um CAPS I e um CAPS II em São José.

Tabela 13. Situação atual e proposta de transformação dos quantitativos e das modalidades de CAPS, Região Metropolitana de Florianópolis, SC, 2012.

Município	Situação atual (CAPS existentes)	Proposta	
		CAPS a manter	CAPS a criar
Águas Mornas	--		
Alfredo Wagner	--		
Angelina	--		
Anitápolis	--		
Antônio Carlos	--		
Biguaçu	CAPS I	CAPS I	
Canelinha	--		
Florianópolis	CAPS II, CAPSi, 2 CAPSad	CAPS II, CAPSi	2 CAPS ad III
Garopaba	CAPS I	CAPS I	
Gov. Celso Ramos	--		
Leoberto Leal	--		
Major Gercino	--		
Nova Trento	--		
Palhoça	CAPS II	CAPS II	CAPS ad III
Paulo Lopes	--		
Rancho Queimado	--		
S. Amaro da Imperatriz			CAPS I
São Bonifácio	--		
São João Batista			CAPS I
São José			CAPS ad III, CAPS i, CAPS II
São Pedro de Alcântara	--		
Tijucas			CAPS I
Total	7	5	9

Fonte: GECOR/SES/SC, 2012.

Em Tijucas, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista propõe-se a implantação de CAPS I microrregionais, atendendo os municípios sede e alguns municípios vizinhos que pactuem o serviço.

5 Estratégias de Desinstitucionalização

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, garantindo autonomia, cidadania e inclusão social..



Os serviços residenciais terapêuticos são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.



O Programa de Volta para Casa implica um incentivo financeiro federal à inclusão social e à reabilitação.

Há três serviços residenciais terapêuticos no município de São José, mantidos pelo Estado de Santa Catarina. Não há, na região de saúde, qualquer residencial terapêutico mantido por municípios.

Os serviços residenciais (alguns como residenciais permanentes para crônicos preparados para sair de longas internações em hospitais especializados), assim como as unidades de acolhimento (residenciais transitórios) poderão ter maior impulso mediante troca de experiências com entidades de serviço social que denotem interesse em organizar trabalhos conjuntos, especialmente os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e as entidades de promoção de emprego e renda do setor de Assistência Social. Uma ponte intersetorial está sendo estabelecida entre tais áreas e o setor saúde, no Estado, tendo sido realizadas algumas reuniões.

A Secretaria de Estado da Saúde está montando um Programa Estadual de Desinstitucionalização, com incentivo estadual para a criação de residenciais terapêuticos envolvendo prefeituras municipais. A primeira fração a ser atendida pelo programa consiste em 43 residentes psiquiátricos crônicos do Centro de Convivência Santana, dos quais 19 têm idade superior a 60 anos, sendo 8 deles com mais de 70 anos. São 24 os residentes com idade inferior a 60. Os municípios a serem abordados inicialmente, na Região Metropolitana, são São José, Florianópolis e Palhoça. Fora da Metropolitana são Seara, Tubarão, Criciúma e Barra Velha.

Uma segunda fração compreenderá pessoas internadas no Hospital de Custódia e Tratamento. Um levantamento do grau de dependência, do número e das características dos moradores será realizado em conjunto com a Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado.

O plano visa estabelecer, em pacto com prefeituras municipais, 7 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (para um máximo de 8 moradores) e 2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo II (para um máximo de 10 moradores, necessitando de cuidados permanentes), em casas alugadas, localizadas em bairros urbanos próximos ao CAPS de referência.

Foi orçado o custo médio de instalação e manutenção mensal de residenciais terapêuticos para cidades catarinenses, pela Coordenação de Saúde Mental da SES. O levantamento e o debate inicial com prefeituras

mostraram que os municípios resistem a arcar com uma contrapartida nítida, em gastos de manutenção e em encargos profissionais estritamente vinculados a cuidados nos residenciais. Um incentivo mensal do Estado, sugerido pelo setor técnico da SES, no valor de R\$1.000,00 – a ser discutido com instâncias superiores – como contrapartida estadual, servirá para diminuir as resistências dos municípios e agilizar o processo.

Um estudo mais aprofundado, interdisciplinar, envolvendo o setor de ação social e o setor jurídico, precisará pensar aspectos problemáticos que têm surgido nas tentativas de desenvolver projetos reabilitativos envolvendo trabalho e renda. Há conflitos legais não resolvidos sobre o trabalho de civilmente incapazes. A vinculação de cooperativas a CAPS pode levar a contestações na área trabalhista. O trabalho, em ritmo de terapia ocupacional, não pode ser remunerado ao paciente, sem riscos de problematização judicial. Está em fase inicial um intercâmbio de idéias entre a SES e equipes da Secretaria de Ação Social visando planos de geração de emprego e renda. Consultas ao Ministério Público precisarão ser efetuadas, para resolver conflitos legais sobre aspectos trabalhistas de civilmente incapazes em cooperativas, na formação para o trabalho em oficinas de CAPS e mesmo em empregos protegidos.

6 O Cuidado com os processos de trabalho e com a avaliação do sistema

Faz parte das preocupações do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial garantir condições para que a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina se consolide como centro de referência educacional para temas relacionados a crack e outras drogas. Além de cursos de especialização e de aperfeiçoamento na área da saúde mental estão sendo planejados cursos breves, de orientação e informação sobre temas conflituosos e geradores de tensão no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Um projeto de educação continuada foi planejado, para atingir a rede básica, a rede especializada de saúde mental e áreas de interface, incluindo a jurídica, a escolar e a de serviço social.

Um plano de criação de diretrizes e protocolos está sendo montado, no sentido de qualificar os processos sob supervisão matriciada.

O estudo dos aspectos regulatórios está em marcha, para a região, visando o estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência, fluxos, normas de encaminhamento, facilidade de agendamento e transporte.

Um plano de avaliação, visando não só um retrato do estado das estruturas e dos processos, vem se preocupando com o estabelecimento de métodos de gestão do trabalho, de acompanhamento, de monitoramento, de regulação, de auditoria e de análise de resultados. Esta proposta vem sendo discutida com técnicos e está em fase de planejamento.

7 A matriz do planejamento para o período de 2012 a 2015

A matriz sugerida no anexo da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 é ferramenta interessante na consolidação resumida dos dados planejados. Ela nos dá uma visão panorâmica do plano regional.

**MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA A REGIÃO DE SAÚDE 18 – FLORIANÓPOLIS**

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região: nº 18 - Grande Florianópolis					
Municípios: 22 municípios da área metropolitana					
População: 1.027.271 habitantes (segundo atualização do IBGE, 2012, baseado no Censo 2011)					
COMPO-NENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Supervisão e apoio matricial organizado, regulação do acesso, protocolos assistenciais.	252 equipes de saúde da família.	Expandir e qualificar a supervisão e o apoio matricial organizado sobre as equipes de saúde da família; estabelecer regulação do acesso e protocolos assistenciais.	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas		1 consultório na rua em Florianópolis	1 consultório na rua em São José, Equipes de apoio a unidades de acolhimento	Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	22 (12 NASF I, 10 NASF II); Falta a participação de psiquiatras em 15 e de psicólogo em 14 dos 22 NASF existentes	22 NASF (sendo 12 NASF I e 10 NASF II).	Incorporação de psiquiatras em 15 e de psicólogo em 14 NASF	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I	5 (Biguaçu, Garopaba, Tijucas, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista)	1 em Biguaçu; 1 em Garopaba)	3 microrregionais (em Tijucas, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista)	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II	3 (Florianópolis, Palhoça e São José)	1 em Florianópolis, 1 em Palhoça	1 em São José.	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
CAPS AD			2 em Florianópolis	Municípios ou regiões	

					com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII	Transformar os 2 CAPS AD de Florianópolis em AD III; criar em São José e Palhoça.		2 em Florianópolis, 1 em São José, 1 em Palhoça.	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i	2 (Florianópolis, São José).	1 em Florianópolis)	1 em São José.	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU	3 UPA em Florianópolis, 5 em outros municípios (Garopaba, Tijucas, Biguaçu, Palhoça, São José); 22 equipes de SAMU; 6 salas de estabilização (Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista)	2 UPA em Florianópolis; 21 equipes de SAMU; 21 equipes de SAMU;	6 novas UPA (em Florianópolis, Garopaba, Tijucas, Biguaçu, Palhoça, São José); 1 nova equipe de SAMU em Florianópolis; 6 salas de estabilização (Alfredo Wagner, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São João Batista).	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça 1 em Garopaba 1 em Biguaçu		1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça 1 em Garopaba 1 em Biguaçu	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL	1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça		1 em Florianópolis 1 em São José 1 em Palhoça	Municípios crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas ou em potencial para uso de drogas ilícitas.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA		Há restrições das CT à participação no SUS por recusarem cumprimento de regras do sistema, em especial as de vigilância sanitária.		
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA	53 leitos definidos em pactuação tripartite		30 leitos para adultos no Hospital Regional de São José; 16 leitos infanto-juvenis no Hospital Infantil Joana de Gusmão; 7 leitos no Hospital Universitário (UFSC).	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02

VI. Estratégias de Desinstituci- onalização	SRT	7 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 8 moradores); 2 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (com até 10 moradores em cuidados permanentes).		Criação do Programa Estadual de Desinstitucionalização com incentivo financeiro estadual para a criação de residenciais terapêuticos pela prefeituras municipais. Criação de 7 SRT tipo I e 2 SRT tipo II.	A depender do nº de municípes longamente internados
	PVC	15 moradores crônicos do Centro de Convivência Santana não têm curador e nem renda, devendo ser alvo de ações que incluam o Programa de Volta para Casa		15 moradores a serem desinstitucionalizados, numa 1ª. etapa, poderão ser incluídos no Programa de Volta para Casa, dependendo de negociações com prefeituras na montagem de SRT.	A depender do nº de municípes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPE- RATIVAS	Há conflitos legais não resolvidos sobre o trabalho de civilmente incapazes em SC. A vinculação de cooperativas a CAPS pode levar a contestações na área trabalhista. O trabalho, em ritmo de terapia ocupacional, não pode ser remunerado ao paciente, sem riscos de problematização judicial.		Está em fase inicial um intercâmbio de idéias com equipes da Secretaria de Ação Social visando planos de geração de emprego e renda. Consultas ao Ministério Público precisarão ser efetuadas, para resolver conflitos legais sobre o trabalho de civilmente incapazes, a formação para o trabalho em oficinas de CAPS e mesmo em empregos protegidos.	