

Comissão de Saúde e Meio Ambiente – COSMAM



Aldacir
Oliboni



Atena
Roveda



Cláudia
Araújo



Gilvani
o
Gringo



Hamilton
Sossmeier



Psicóloga
Tanise
Sabino

011ª COSMAM 01ABR2025

Pauta: Impacto da Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na rede de atenção à saúde mental: um debate necessário.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): (10h08min) Vamos dar início, então, à nossa reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente, a COSMAM. Eu sou Tanise Sabino, psicóloga, vereadora, presidente desta comissão. Já estão comigo a Ver.^a Cláudia Araújo, minha vice-presidente; o Ver. Aldacir Oliboni; e o Ver. Hamilton. O tema da reunião de hoje é sobre o impacto da Resolução nº 487, do Conselho Nacional de Justiça, o CNJ, na rede de atenção à saúde mental. Um debate necessário. Então, de imediato, eu já quero convidar para compor a Mesa a Dra. Laís Leboutte, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, representando o presidente, Dr. Eduardo Trindade. Pode ficar à vontade aqui na Mesa. Está também conosco, e quero convidar para compor à mesa, a Dra. Ana Cristina Tietzmann, presidente da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, a APRS. Pode sentar-se aqui à Mesa, conosco. A psicóloga Maynar Patricia Vorga Leite, do Conselho Regional de Psicologia, bem-vinda. A Sra. Paula Carvalho, representando a Polícia Penal, diretora, creio. Pode sentar aqui à Mesa. Sra. Grasielle Costa Schmaltz, diretora, representando o Instituto Psiquiátrico Forense, IPF. Perdoem a pronúncia de alguns sobrenomes. Convido também para compor a Mesa a Sra.

Marta Xavier Fadrique, coordenadora da Saúde Mental, representando a Secretaria Municipal da Saúde. Não sei se está presente conosco o Judiciário, o Sr. Diretor Luís Antônio de Abreu Johnson. Não? Não chegou? Eu gostaria que compusesse a Mesa também a Sra. Maria Inês, do Conselho Municipal de Saúde. Gostaria também de chamar para compor a Mesa o Dr. Pedro Zoratto, médico psiquiatra do IPF, ele não está aqui na condição de representar o IPF, já tem uma pessoa representando o IPF, mas é um grande especialista que eu conheço. Então acho que já estão todos aqui na Mesa. Tudo certo. Então sejam todos muito bem-vindos. O Cremers também está representado aqui.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Eu também gostaria que a Dra. Silzá comparecesse à Mesa, eu posso inclusive ceder o meu lugar.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Representando o Cremers também?

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Sim, sim.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Acho que quando for a sua fala, tu podes dividir o tempo, são dez minutinhos. Aí tu podes dividir o tempo com ela, pode ser?

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Então, assim, eu apresento o Cremers e ela me substitui. É possível, vereadora?

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Pode ser.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Porque, na verdade, ela tem a questão técnica do assunto.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Tranquilo. Então, dando continuidade, quero compartilhar com vocês que no início do ano de 2023, tomamos então conhecimento da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça, o CNJ, que institui a política antimanicomial no Poder Judiciário, a qual determina o fechamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico existentes no Brasil. Entendemos, obviamente, que essa resolução está em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica ou a Lei Antimanicomial de 2001, a Lei nº 10.216 de 2001, pois isso já estava previsto há mais de 20 anos, o fechamento desses hospitais de custódia. Em julho de 2023, fizemos uma audiência na Assembleia Legislativa, juntamente com o deputado Elizandro Sabino, foi pautada na Comissão de Saúde também, e eu estive lá representando, então, a Câmara de Vereadores. Ato contínuo, naquele mesmo ano, em 2023, fizemos aqui nesta Casa, aqui no Parlamento, na Câmara de Vereadores, nesta comissão, uma audiência com esse mesmo tema para tratar desse assunto. Inclusive, muitos de vocês também estavam presentes. E no início deste ano, então, 2025, o presidente do Cremers, Dr. Eduardo, entrou em contato comigo, com esta comissão, pedindo para pautar novamente esse assunto aqui nesta comissão, o que atendemos. Então, quero compartilhar com vocês que já realizamos uma reunião com o secretário municipal da Saúde, o secretário Fernando Ritter, para estudar e debater esse assunto, e fomos informados pelo secretário Fernando Ritter que os pacientes que estavam no Instituto Psiquiátrico Forense, no IPF, já estão sendo atendidos na rede de atenção psicossocial, através do SRT, que é o Serviço Residencial Terapêutico. O Fernando Ritter nos convidou para conhecer esse serviço, e, então, no dia 20 de março, eu fui, porque essa é uma pauta muito importante para mim, do meu mandato como psicóloga, o tema da saúde mental, e o Cremers também esteve presente nessa reunião, a doutora aqui também esteve presente, o Dr. Eduardo Trindade também esteve presente, enfim. Então, nessa visita, nós pudemos perceber, observar que os pacientes já estão lá, estão sendo atendidos, acolhidos e tratados. Salientar, então, que em Porto Alegre nós temos o Instituto Psiquiátrico Forense, o IPF, que, inclusive, conheço esse local, quando era

estudante de psicologia, nós tínhamos aula de psicopatologia lá, com o saudoso Carlos Barros, inclusive, tenho tentado achar algum familiar do Carlos Barros para encaminhar algumas situações, mas conheço ali o IPF, os profissionais que trabalham ali são excelentes, e lá, então, é um local específico para tratamento de pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes e foram considerados inimputáveis por doença mental. Com a Resolução nº 487, do Conselho Nacional de Justiça, então, são levantadas questões específicas sobre como lidar com essa população de pacientes e garantir que eles recebam tratamento adequado, mas, ao mesmo tempo, como garantir a segurança e a proteção necessária para o povo de Porto Alegre. Lembrando que os hospitais de custódia, os institutos psiquiátricos forenses são locais de cumprimento das medidas de segurança imputadas àquelas pessoas que cometeram um crime, mas apresentam algum tipo de transtorno mental e necessitam de atendimento especializado. E aqui estamos falando de diversos tipos de crimes e estamos falando de pessoas com perfil bem específico, não estamos falando de pessoas com transtornos mentais leves, como, quem sabe, até uma ansiedade, uma depressão; mas, sim, pessoas com transtornos mentais bem graves e que cometeram crimes. No entanto, devemos nos atentar para o fato de que existem vários tipos de transtornos mentais e muitos indivíduos que hoje estão abrigados, cumprindo suas medidas de segurança, são de alta periculosidade, e conforme o tipo de transtorno se torna uma ameaça, não apenas a si próprios, mas à sociedade em geral. Uma vez extintos esses locais como o IPF, como prevê essa Resolução nº 487, esses indivíduos, então, vão ser tratados nos hospitais gerais, nos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPs, e os Centros Residenciais Terapêuticos. Falando de Porto Alegre, que é a nossa realidade, é a nossa pauta aqui, com o fechamento, então, do IPF, os atendimentos serão realizados nos CAPS, como já foi dito, e Centros Residenciais Terapêuticos. Então, para iniciar o debate e já passar também a palavra para os colegas vereadores e para os nossos convidados, eu já quero colocar algumas questões para a nossa reflexão e debate.

Primeiro, Porto Alegre tem uma demanda considerável, e aqui está a nossa coordenadora da saúde mental, bastante na área da saúde mental, eu, diariamente, recebo ligações, WhatsApp, pedidos de pessoas solicitando psicólogos, solicitando psiquiatra, e o relato que eu tenho são de pessoas que esperam de dois a três anos para conseguir um psicólogo ou um psiquiatra na rede de saúde mental. É o relato que eu recebo. Diariamente, as pessoas me procuram. Então, o que a gente percebe? Que a rede da saúde mental já está robusta, como se diz, e ainda vai receber mais esses pacientes. Então, se a rede de saúde mental não tem condições de abarcar esse atendimento, qual será a consequência? Esses pacientes ficarão sem atendimento, podendo aumentar o risco de atos violentos, reincidência de crimes, e acabar em presídios e não em CAPS, como queremos. Então, a falta de uma rede estruturada pode resultar no abandono desses pacientes ou na sobrecarga desses serviços de emergência. Outra questão que eu quero chamar a atenção é a questão do financiamento, a questão financeira. Quem está arcando com esse recurso? A Prefeitura? O Estado? Está vindo aporte financeiro do governo federal?

Outra questão, outro ponto para questionamento. A coisa já está andando, mas só para reflexão. É competência do CNJ também normatizar essas questões que são bem técnicas? Como é que fica o debate com os psicólogos, com os psiquiatras, os médicos?

E, por fim, qual é a consequência e qual é o impacto nisso na rede de saúde mental e na população de Porto Alegre?

Então, fazendo essas considerações iniciais, quero perguntar se os meus colegas vereadores, nesse momento, querem deixar uma saudação inicial ou querem deixar para o final? A Ver.^a Cláudia Araújo quer dar uma saudação.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Bom dia a todas e todos, presidente Tanise, é importantíssimo esse tema, a gente precisa falar sobre saúde mental, até porque a gente vem vivendo muitos eventos na cidade. Tivemos pandemia, tivemos enchente, e tudo isso reflete também na saúde mental. Quero cumprimentar aqui o meu colega Hamilton, Oliboni. E essa fala da Ver.^a Tanise,

nossa presidente, é muito importante, porque a gente conhece a questão da saúde da cidade, eu tenho feito uma jornada com o prefeito em outros municípios da Grande Porto Alegre, na semana passada, nós estivemos em vários municípios e a fala de todos os prefeitos é a mesma: “nós estamos colapsados, estamos com muitos problemas de atendimento, de falta de recurso para poder atender a população no geral.” E aí quando a gente se depara com uma proposição desta, desta lei, onde... A Ver.^a Tanise mesmo disse que as pessoas serão atendidas nos CAPS, nos residenciais terapêuticos, nos hospitais em geral. Nós não temos condições de fazer isso. Hoje, nós temos cadastrados em Porto Alegre mais de 5 mil moradores de rua, em média, mas a gente sabe que a gente tem o dobro disso na rua. São mais de 10 mil. E eu posso falar com propriedade, porque eu conheço muitos, inclusive pelo nome, pois eu faço um trabalho social e atendo essas pessoas. Então, onde é que a gente coloca essas pessoas? A gente não tem como acolher todo mundo. E aí a gente ainda vai tirar pessoas que estão sendo atendidas, que estão sendo tratadas em um local específico, para que a gente possa fazer esse atendimento na rede pública? Isso não vai dar certo. A gente tem um projeto da Ver.^a Cláudia, que foi aprovado, que é a internação humanizada, onde muitos falaram que estava sendo feito também um minimanicômio, no momento em que a gente deixa 120 dias uma pessoa internada, ao invés de 21 dias. E tudo isso com um laudo médico, em que ele determina que aquela pessoa precisa ficar internada por mais tempo, porque ela precisa desse tratamento. As pessoas confundem isso com um manicômio. Gente, só um pai, uma mãe ou alguém que tenha alguém lá dentro - e aí eu falo da drogadição especificamente - sabe a importância de ter um paciente internado para tentar salvar essa vida. Porque 120 dias não salva, mas ameniza. E o que a gente faz com esse paciente? Porque esse é só o primeiro passo. O que a gente faz com esse paciente depois dos 120 dias? A gente não tem rede de acolhimento, a gente não tem local para colocar essas pessoas para que elas possam ser socializadas. Então, esse caso, esse tema da vereadora, é muito importante. Essas pessoas vão ficar desassistidas. Se a gente não tiver uma solução, e rápida para isso... E para ter uma solução, a gente precisa de

recurso. E não pode ser só recurso municipal. A gente não consegue resolver, infelizmente, essa situação que é gravíssima e que não é só em Porto Alegre. É no Estado, é no Brasil, é no mundo. Então, a gente precisa trabalhar locais de acolhimento e precisa de recursos para isso. A gente precisa que o governo federal, que o governo estadual sente na mesa com a gente para discutir essa questão. Porque, senão, nós vamos ter só mais uma reunião para falar de coisas que não serão resolvidas, infelizmente.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): O Ver. Hamilton Sossmeier está com a palavra.

VEREADOR HAMILTON SOSSMEIER (PODE): Quero saudar aqui a nossa presidente, a Ver.^a Tanise Sabino, o Ver. Oliboni, a Ver.^a Cláudia Araújo, todos que estão conosco, e, como disse antes da reunião, o Ver. Oliboni, nós queremos ouvir os profissionais que estão aqui sobre essa Resolução nº 487, até para a gente sair com uma definição e um aprendizado. Eu tenho acompanhado a saúde mental, inclusive, de 2023 para 2024, consegui uma emenda impositiva para o posto de emergência da saúde mental, lá do IAPI, este ano também estive visitando, e a gente sabe que o sistema está colapsado. A gente sabe que saúde não tem fronteira, mas o que me chama a atenção é que tem muita gente de fora de Porto Alegre utilizando o sistema, e não tem como deixar de atender. Então, o que me parece, assim, de fora, analisando essa resolução, que vai ser hoje pauta da nossa COSMAM, é que o sistema vai ser ainda mais colapsado, vai ser mais atingido de forma direta. Então, a minha fala inicial é justamente para entender melhor o que os profissionais da saúde mental pensam sobre essa questão, até para a gente que tem sido tão cobrado na questão do atendimento da saúde mental, que piorou muito pós-pandemia, poder ter respostas. Obrigado.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Antes de passar a palavra para o Ver. Oliboni, gostaria de convidar para compor a mesa a diretora

Cátia Lara, da Secretaria do Sistema Penal e Socioeducativo. Peço perdão por não ter te chamado, eu me passei aqui nos nomes. Perdão. O Ver. Aldacir Oliboni está com a palavra.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Saúdo a nossa presidente aqui da Comissão de Saúde, colegas vereadores – Ver.^a Cláudia e o Ver. Hamilton –, a todos os nossos convidados. Eu até tinha dito, não, primeiro vamos ouvir nossos convidados, mas nós sabemos que o SUS – Sistema Único de Saúde – é universal. Não tem como alguém dizer ou achar que pode prevalecer a sua opinião quando diz que o sistema está colapsado, e não tem como atender. O poder público tem que atender. O Sistema Único de Saúde é universal. “Ah, mas tem 10 mil moradores de rua”. Pode ter até mais. Nós estamos tratando aqui de saúde mental, é um direito do cidadão. Então, esse debate, Tanise, é de extrema importância, porque nós temos que encontrar saídas. “Ah, mas o governo já investe, além do que admite a lei, 15%, já está em 20 e poucos por cento”. Tem que encontrar saídas. O sistema é tripartite, governo federal, estadual e municipal. Olha o que aconteceu com o Estado. Aí o município toma para si e diz: “Não vou atender mais os pacientes do interior”. O sistema é universal, vai ter que atender. Nós temos que discutir aqui o que é fundamental nesse sistema para as pessoas não ficarem sem atendimento. Infelizmente, os gestores agora acham que por não ter recurso ou ter investimento além do que permite, então o cidadão tem que ficar desabrigado, desassistido. Não, nós temos que encontrar saídas. Essa é a grande questão. Muito obrigado.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Só para complementar, Ver.^a Tanise, a fala do Ver. Oliboni. O Município está botando, sim, 20, 22, 23% na saúde, mas o Estado não está cumprindo os 12% que deveria cumprir. Isso já ajuda bastante.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ok Tem chegado o Ver. Gilvani o Gringo. Fique à vontade, aqui tem um lugar para o senhor. Então, de

imediatamente, já passar a palavra para o Cremers. Eu vou marcar aqui o tempo e vou avisar quando faltar dois minutos.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Então é só, vou cumprimentar rapidamente a Ver. Tanise e os demais vereadores. Trago aqui o abraço do Dr. Eduardo Trindade e de todos os médicos do Estado que olham para essa questão com muita preocupação. Então, o conselho não poderia fazer diferente. Tinha que convocar, tinha que trazer esta discussão à baila de uma forma extremamente técnica. Nós queremos, assim, deixar muito claro que estamos falando aqui de um tipo de paciente absolutamente específico. Um paciente que tem doença mental e que já cometeu crime. Nós sabemos que é ampla a questão da saúde mental no Estado, talvez no planeta, mas aqui estamos falando desse tipo de paciente. E nos preocupa profundamente as condições de atendimento que esses pacientes vão ter em hospitais gerais. Tanto no interesse deles, eles têm uma equipe habilitada a atendê-los, como no interesse das demais pessoas. O paciente que está ao lado, os familiares que vão visitar aquele paciente. Eu fico me perguntando se a enfermeira, se a equipe de enfermagem que está acostumada a tratar broncopneumonia, pós-operatório vai ter condições técnicas de atender um paciente em agitação com condições extremamente específicas, como é o caso desses pacientes.

Então, a nossa preocupação se baseia na especificidade e no conhecimento que temos dos hospitais gerais. Também conhecemos o IPF. Eu, pessoalmente, conheci. Então, nós conhecemos a realidade da diferença de um tipo de internação para outro tipo de internação. E nós não estamos falando da mesma coisa.

Neste sentido, eu gostaria de ceder a minha mesa à doutora Silzá. Por gentileza, Dra. Silzá. Psiquiatra, professora do Hospital de Clínicas, que trabalha em internação e que, com certeza, tem as condições técnicas necessárias para que esse debate seja à altura do que os senhores merecem. Obrigada.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Obrigada. É importante, doutora, apresentar o seu nome, sobrenome e quem você está representando.

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: Eu sou Silzá Tramontina e eu represento o Cremers. Eu sou médica, psiquiatra, especialista em crianças e adolescentes e sou coordenadora da Câmara Técnica em Psiquiatria do Cremers. Já trabalhei em CAPS, já trabalhei em internação e ambulatório. Então, eu conheço bem essa realidade. Então, o que a gente pensa sobre isso? Primeiro que a lei antimanicomial foi necessária – acho que devo deixar isso bem claro – para dar dignidade aos pacientes que, na época, eram tratados não de uma forma adequada e em locais sem condições, e ficavam ali, na realidade, esquecidos. Só que essa resolução, no nosso entender, a Resolução nº 487, de uma forma totalmente arbitrária e preconceituosa – no meu ponto de vista – interfere até nas condições das melhores práticas médicas da psiquiatria. Porque, primeiro, nenhum médico psiquiatra foi ouvido para a formulação dessa resolução. Nós fomos completamente abandonados e ignorados. Apesar dessa resolução, e um até dos seus artigos versa como deve ser conduzido o tratamento médico, determinando dose, medicação, tempo de uso. As medicações devem ser usadas no menor tempo possível, na menor dose possível. Isso não tem nada de evidência científica. A gente tem que usar a medicação na dose que o paciente necessita, pelo tempo que o paciente necessita, e, na maioria das vezes, é para a vida toda. Pacientes que cometem delitos têm transtornos psiquiátricos graves. A maioria acaba matando os próprios familiares. Isso é a maioria dos casos. Então, a gente tem ciência hoje em dia. A psiquiatria saiu da Idade Média. Hoje, tem evidências científicas suficientes para que a gente trate pacientes até os mais graves.

Duas questões são importantes. Realmente, a rede pública está saturada. Os CAPS estão lotados, recebendo pacientes. O CAPS que eu trabalhava, que era de infância e adolescente, a gente atendia 200 pacientes e tinha uma lista de espera de dois anos. Paciente que entra no CAPS não sai tão cedo, porque as doenças mentais são crônicas, especialmente as graves. Então, precisam ser

tratadas. O SUS não dá nem medicação adequada. A gente não consegue. A medicação do SUS é horrorosa, não funciona. É de baixa qualidade. Pacientes graves, cometem delitos, precisam de medicações que não existem na rede pública. E, para conseguir essas medicações, a gente teve uma casa de apoio. Eles têm que entrar na Justiça. A casa de apoio tem que entrar na Justiça para conseguir as medicações, que leva dois, três meses para se conseguir. Tem que fazer todo um aporte...

(Manifestação fora do microfone. Inaudível)

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: Pois é, então essas são as questões, vocês conhecem, os prontos atendimentos também estão abarrotados de pacientes, sem também a mínima condição de atendimento. Então essa é a nossa preocupação, que o Conselho Nacional de Justiça está legislando em cima de questões médicas, e é essa a nossa preocupação. Porque diz também nessa lei: fechamento dos hospitais psiquiátricos, só hospitais gerais. Ninguém fecha hospital especializado em cardiologia, em pediatria, por que tem que fechar o hospital especializado em psiquiatria? Psiquiatria é uma especialidade médica, as doenças psiquiátricas, hoje, têm estudos a respeito. Se vocês pegarem uma ressonância magnética de um paciente deprimido e de um paciente que não tem depressão, vocês vão ver a diferença. Não é mais artesanato, a psiquiatria tem evidências científicas já determinadas, já se sabe as medicações que funcionam. É muito triste trabalhar no SUS. Eu trabalhei 26 anos e é muito triste porque a gente sabe o que a gente teria que fazer, qual é a medicação que salvaria aquela pessoa, e a gente não tem essa medicação no SUS. E as que tem são de baixíssima qualidade. Qualquer colega meu sabe que uma fluoxetina, por exemplo, que é a medicação mais simples para a depressão, a do SUS tu tens que usar três, quatro vezes a dose indicada para funcionar. Outra questão também...

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Doutora, só um minutinho, eu estou escutando uns barulhinhos aqui na plateia. Se puder ter silêncio, para nós respeitarmos a doutora.

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: Então, a primeira coisa a fazer é oferecer condições, por exemplo, de medicação. Eu tenho falado isso constantemente, mas nada acontece, Farmácia Popular não tem uma medicação psiquiátrica, então essa é uma questão importante. Acho que vocês estão falando em financiamento, realmente, sem dinheiro não se faz nada. A minha preocupação é que comece o “cumpra-se” do judiciário e esses pacientes vão passar na frente de todos aqueles que estão há dois anos na fila, esperando o atendimento. Sem também os CAPS terem recurso para isso. Porque assim, quem é que vai atender no CAPS esses pacientes? O psiquiatra, não é o psicólogo, não é o terapeuta ocupacional; esses vão atender depois, quando ele estiver estabilizado, mas no primeiro momento vai ser o psiquiatra. E a gente não foi ouvido, acho que isso é uma questão importante.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Muito obrigada. Queres fazer uma pergunta?

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Doutora, se me permite. Quando a gente faz uma crítica, tanto ao governo municipal, estadual, federal, e a senhora fez muito pontual sobre o medicamento. Isso nos indigna. Se tem um medicamento...

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: A mim também.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Mas nos indigna mais ainda quando não é atendido. Aqui, a Comissão de Saúde e Meio Ambiente também propõe, propõe ao governo municipal, estadual e federal. Qual é a medicação que a senhora propõe? Nós temos que depois fazer os encaminhamentos para...

Então é importante na sua fala, quando a senhora diz “não, nós, da classe médica psiquiátrica indicamos que tal e tal medicamento pode ser sugerido”. Isso é importante para nós, porque nossos encaminhamentos podem chegar ao Ministério da Saúde, por exemplo. Agora, recentemente, se ampliou a rede de fornecimento da Farmácia Popular. Por quê? Porque foram feitos inúmeros debates nas conferências estadual, municipal, no País todo. É importante que, nesse debate, a gente faça o indicativo. Por isso, eu gostaria de pedir que a senhora colocasse...

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: Eu até fiz isso, a gente teve uma consultoria lá na câmara técnica, que estão mudando. No Município, estão mudando as questões das medicações, e eu fiz um arrazoado sobre quais medicações a gente, no mínimo, precisaria.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Se pudesse passar para nós, a gente pode fazer um indicativo sobre isso.

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: Está bem, eu passo.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ok, obrigada. Vou ter que passar para o próximo convidado. Vou passar a palavra para a Dra. Ana Cristina Tietzmann, representando a APRS – Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.

SRA. ANA CRISTINA TIETZMANN: Sou psiquiatra, presidente da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Aqui, a presença nesta reunião foi também por indicação do CREMERS, que abriu este espaço para que a Associação de Psiquiatria pudesse estar representada. Eu gostaria de deixar claro que a Associação de Psiquiatria não é a única associação que reúne psiquiatras no Rio Grande do Sul, mas ela é a maior, ela é a mais representativa. É uma instituição que existe há 86 anos, ela é mais antiga do que a Associação

Brasileira de Psiquiatria e do que a Associação Mundial de Psiquiatria. Então, nós temos a psiquiatria no Rio Grande do Sul como uma especialidade muito forte. No nosso Estado, Porto Alegre é referência na formação de psiquiatras para o Brasil inteiro e também na formação de psiquiatras forenses. Eu trouxe aqui comigo o Psiquiatria Forense de Taborda, que foi um grande professor de forense que nós tivemos. E a professora Lisieux, que é autora desse livro, é professora no Hospital de Clínicas, tem a residência de psiquiatria forense no Hospital de Clínicas, na UFRGS. Eu trouxe isso porque a gente está aqui para falar das questões técnicas, acho que vai ter espaço de fala para várias perspectivas sobre essa questão. E a APRS, por ser uma instituição antiga, e para vocês terem uma ideia, a psiquiatria hoje, como a Silzá falou, ela avançou muito. E, na psiquiatria, a gente tem subespecialidades, a gente tem uma série de ramos da psiquiatria que precisam de especialização. Então, a gente tem áreas de atuação. Uma delas é a psiquiatria forense. Então, não adianta um psiquiatra com formação em psiquiatria geral querer fazer o trabalho de um psiquiatra forense, é um trabalho muito específico. Até as pessoas tentam fazer, mas vai ficar com uma qualidade limitada. O psiquiatra forense é um subespecialista na área de psiquiatria, é o psiquiatra qualificado para trabalhar com essa população: a população das pessoas com doença mental que cometeram um crime. Eu vou trazer aqui as considerações que o nosso departamento de psiquiatria forense listou. Para vocês terem uma ideia, isso aqui, ele chamou de *highlights*, mas é tudo que a gente tem que pensar e discutir nesse campo. Então, primeiro, são as considerações do departamento de psiquiatria forense da APRS para a COSMAM. Depois eu posso passar esse material. O IPF exercia uma quádrupla função: assistência jurídica por meios de diversos tipos de perícia; ensino e treinamento de profissionais psiquiatras forenses, campos de estágio para psiquiatras forenses, referência no País; pronto-socorro psiquiátrico do judiciário e assistência médica psiquiátrica dos pacientes custodiados pela justiça. O IPF careceu e carece de investimentos e ele não funciona mais no modelo manicomial há décadas. Então, o fechamento dos hospitais de custódia, da forma como está sendo feito, é aquilo que já foi

dito, sobrecarregará ainda mais a rede de saúde pública, aumentando a violência e colocando em risco a vida e saúde dos pacientes custodiados pelo Estado e da comunidade. O modelo substitutivo aos hospitais de custódia não foi discutido com as entidades médicas. As equipes de desinstitucionalização, em sua maioria, não possuem médico psiquiatra, e está sendo feito à revelia dos critérios técnicos. Nem todos os portadores de transtornos mentais cometem crimes. Isso é muito importante, a gente tentar reduzir esse estigma em relação à pessoa que tem um transtorno mental. Aqueles que cometem crime possuem gravidades diferentes. Então vai ter aquele que vai ter um transtorno mais grave e que, muitas vezes, entre esses pacientes com um transtorno mais grave, tem aqueles que não respondem a tratamento. Então, a gente tem uma regra dos terços em psiquiatria, em geral, um terço dos pacientes vai ter um tipo de doença grave que não vai responder a tratamento e vai precisar de medicamentos ultraespecializados: vai precisar de eletroconvulsoterapia, vai precisar de antipsicóticos de primeira linha. Então, esse acesso é uma coisa importante para esse tipo de paciente grave.

O modelo previsto nessa reforma não dá conta desses pacientes graves com alto risco e com altíssima taxa de reincidência e agressividade. E isso é um risco para a comunidade e para as equipes. A Resolução nº 487, da forma proposta, joga para a saúde pública, emergências e CAPs, uma responsabilidade que é a do Poder Judiciário. Pela complexidade da avaliação, o profissional capacitado para a realização de perícias de criminosos é o psiquiatra forense. Eu trouxe o tratado de forense, para quem tiver curiosidade, dá uma olhada aqui nos itens. Ele é um tratado de psiquiatria forense nosso, brasileiro, com autores brasileiros e tal. Mas a psiquiatria forense é um campo da psiquiatria enorme, com autoridades internacionais – até pode passar para quem quiser dar uma olhadinha. Ela se respalda nas informações de uma equipe multidisciplinar forense. A complexidade dessa avaliação, com o fechamento dos hospitais, as equipes serão desorganizadas. Então, estamos falando de uma equipe multidisciplinar especializada em forense. Os profissionais das UBS, CAPs e emergências não têm estrutura e treinamento suficientes para lidarem com a

complexidade desse perfil de paciente. Eles, além disso, são vítimas de discriminação. Os portadores de transtornos mentais condenados pela justiça não têm condições, muitas vezes, de aderir ao tratamento ou decidir por si em determinada situação. E por isso a necessidade do hospital de custódia. Em determinada fase do tratamento, uma boa parte dos pacientes vai precisar dessa internação em um ambiente especializado. Não é uma unidade de saúde mental em hospital geral qualquer. Ela precisa ter uma equipe treinada, precisa ter todo um ambiente preparado para lidar com essas pessoas. A avaliação psiquiátrica forense é uma peça fundamental para assessorar todo o sistema judicial, para que esse sistema funcione adequadamente. Evitar que o antissocial, que usa uma desculpa como a doença mental para se escapar de condenações, e, principalmente, evidenciar se a doença mental teve parcela nos delitos aos quais foi acusada. Essa perícia é importante. Excluir aqueles que estão usando a saúde mental para escapar da justiça e avaliar adequadamente o risco daqueles que têm doença mental. A resolução da forma proposta não considera a gravidade e o tipo de delito. O *serial killer* fica equivalente ao depressivo psicótico, legalmente falando. Se você tem uma situação, por exemplo, de um *serial killer*, como aconteceu há pouco tempo, em uma situação desastrosa, em que a pessoa morreu antes que se chegasse... Não foi solicitada perícia psiquiátrica para aquele caso da senhora lá de Torres. Então, isso é vergonhoso para nós, como Estado, ter acontecido esse tipo de situação.

Se a gente está falando de direitos humanos, que direitos humanos são esses que estão sendo preservados em um sistema em que a gente está vendo que vai ser falho? A psiquiatria forense é uma ciência reconhecida no mundo, no âmbito da saúde e da justiça. Outros locais que tentaram fechar hospitais de custódia voltaram atrás. Canadá, Itália, Estados Unidos e Inglaterra têm sistemas que funcionam. Até é interessante, talvez, ir lá e ver como é que funciona. Depois eu passo esse material. Canadá, Itália, Estados Unidos e Inglaterra.

Na terceirização e fechamento dos hospitais de custódia, as pessoas não serão mais assistidas integralmente por funcionários públicos. Perde-se o olhar do Estado, há conflitos de interesse, dinheiro mandando nos profissionais

envolvidos e, via de regra, tem uma qualidade técnica duvidosa, principalmente nos casos de perícia. Está faltando perito para fazer esse tipo de avaliação forense. A gente tem, no Rio Grande do Sul, pessoas qualificadas. Temos um centro de formação em psiquiatria forense e não temos perito no sistema. Essas perícias estão sendo solicitadas para profissionais... A Associação de Psiquiatria foi acionada para mandar lista de psiquiatras sem especialização, para que a Justiça pudesse selecionar peritos. Isso é um retrabalho, porque uma perícia que é mal feita vai ter que ser refeita. Então, a gente tem que poder planejar esse sistema. Vou encerrar minha fala por aqui. Obrigada.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Muito obrigada, doutora. Vamos passar para o Conselho Regional de Psicologia, psicóloga Maynar Patrícia. Quero aproveitar e te fazer uma pergunta, se você puder incluir na sua fala. A doutora Ana referiu que a classe médica, a comunidade médica não foi ouvida nessa resolução. A psicologia foi ouvida? O Conselho de Psicologia foi ouvido?

SRA. MAYNAR PATRICIA VORGA LEITE: Esse comentário sempre aparece nessas discussões. Meu nome é Maynar Patrícia Vorga Leite. Todo mundo me chama de Maynar ou Maynar Vorga. Estou representando aqui o Conselho Regional de Psicologia, mas também faço parte do GT de Políticas Penais do Conselho Federal de Psicologia, onde também discutimos esse assunto. Surpreendem várias coisas. A surpresa positiva da COSMAM promover essa discussão. Já trabalhei na Câmara Municipal, então, é sempre um pouco como voltar para casa aqui, mas é uma surpresa positiva colocar o assunto em pauta, um assunto importante.

A resolução, em si, não traz nada de novo. Ela só sistematiza todas as normativas que já existiam em nível federal. Então, não dá para dizer que tal ou qual categoria não foi chamada, porque essa discussão já existia no Brasil desde 2001, e ela não cria uma normativa, ela não legisla, ela só sistematiza o que já existia e define conceitos que já estavam em pauta. O fechamento dos hospitais

de custódia e tratamento psiquiátrico estava previsto pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária para 2020. Quando a resolução aparece, claro, ela coloca essa discussão muito mais em evidência porque, realmente, em muitos lugares, as redes de saúde não tinham ainda se ocupado, não apenas das pessoas em medida de segurança, mas de toda a população que está presa. Hoje, acho que temos em torno de 48 mil pessoas presas e 70 no IPF. Chegamos a ter 800 no IPF, quando tínhamos 30 mil pessoas presas. Então, o número de pessoas que cometem delitos e têm transtorno mental não é significativo nem para o sistema prisional e nem para a saúde, é um número muito pequeno. Mas o número das pessoas que estão presas e sofrem é muito grande, e desse a gente vem se ocupando pelo menos desde 2014 – eu, desde 2013, na minha primeira passagem pelo DTP. Então, era sempre uma dificuldade fazer com que tanto as redes de saúde quanto o Poder Judiciário entendessem que essas pessoas que estavam presas e sofrendo eram clientes do SUS, como todo mundo. Apesar da existência das equipes e das unidades básicas de saúde prisional, era necessário que alguém propusesse, que alguém enfatizasse a importância dessa costura entre as duas redes, que a gente fazia de dentro e alguém fazia de fora, mas precisava de alguma coisa mais institucional. Então, a resolução nos amparou para uma coisa que nós, psicólogas e psicólogos do sistema prisional, já fazíamos, que era quando a gente identificava uma situação de uma pessoa ou com deficiência intelectual ou com um problema de saúde mental, que talvez não fosse inimputável, mas que esse sofrimento estava sendo muito agravado pelo aprisionamento, a gente podia falar com o juiz, mediante um relatório, e propor: Olha, essa situação aqui é uma violação de direitos, o que dá para fazer?” E nem sempre éramos atendidos pelo juiz, nem sequer, às vezes, era lido aquele relatório. Agora nós temos um documento que nos ampara para, pelo menos, alertar para essa situação, e é sempre o juiz que vai decidir. Assim como, de acordo com a resolução, é sempre o médico que vai decidir se a pessoa precisa de uma internação ou não. É sempre o médico que vai decidir qual medicação aquela pessoa precisa. Em relação às situações de crise, que é uma coisa na qual eu também tenho alguma *expertise* – ontem até eu estava

numa aula da residência em saúde mental do GHC, justamente por conta do conhecimento que eu fui adquirindo sobre esse tema, e nos CAPS, ou até nas UBS –, eu fiquei surpresa agora com essa fala de que é sempre o psiquiatra quem atende primeiro, porque a gente sabe que, inclusive, pela especialidade...

(Manifestação fora do microfone. Inaudível.)

SRA. MAYNAR PATRICIA VORGA LEITE: Não, a crise mesmo. Muitas vezes, a porta de entrada se dá pelo enfermeiro ou pelo psicólogo, e aí a gente é que fica atendendo essa situação de crise até a chegada do psiquiatra. É claro que a gente não vai medicar, e a crise precisa da medicação, isso é ponto pacífico. Ninguém está querendo invadir outra área, não fazemos questão. Se eu quisesse medicar, eu estudava psiquiatria, mas é um trabalho multiprofissional. O atendimento em crise deveria ser sempre multiprofissional. Aliás, eu não falei antes, eu estou concluindo já o doutorado, e o meu tema é a periculosidade, então, eu acho que dá para dizer que eu tenho uma cabeça aberta, apesar de ser meio teimosa. Mas eu li muitas fontes, eu não fiquei somente naquelas fontes daqueles que pensam como eu, porque, senão, não adiantava fazer o doutorado. Eu fui ler tudo o que fui encontrando. E, claro que uma conclusão é sempre questionável, mas há muito questionamento a respeito do conceito de periculosidade. Entre os juristas, inclusive entre as várias áreas que tratam do assunto, é um conceito que não pode ser usado de uma forma sem crítica. A gente sempre precisa ler um pouco mais, ler pelo menos dois lados da coisa para entender um pouco melhor.

Em relação à reincidência, que seria o problema da periculosidade, nós já temos experiências exitosas no Brasil: o PAILI e o PAIPJ, que funcionam há 20 anos, com reincidência, cada vez que eu leio os dados, de 0,5%, 13,5%, quer dizer, é nada perto do restante do sistema prisional. E a gente estaria dando um atestado de incompetência, quem trabalha ainda ou quem já trabalhou no IPF, se dissesse que todas as pessoas que saem voltam a cometer delitos. Elas ficam em liberdade e o retorno é... Existem pessoas que chegam à reincidência, mas é um

número menor, não é um número maior. As pessoas sempre foram desinternadas do IPF. Elas nunca ficaram lá cumprindo pena perpétua, como o próprio IPF pode atestar, nunca foi intenção manter elas para o resto da vida. Elas sempre saíram, então elas vão continuar saindo. E, em Porto Alegre, nós fizemos uma série de reuniões, ano passado, muito proveitosas com a rede de saúde, porque Porto Alegre era um município que tinha, proporcionalmente, mais pessoas internadas no IPF. Então, a rede de saúde já está mais aquecida do que a de muitos outros municípios para entender a situação das pessoas que saem do IPF, mas também daquelas que estão presas e que, talvez, por uma falha no processo de justiça, não se percebeu que eram pessoas com algum transtorno mental ou com uma deficiência psicossocial.

Agora, falando pelo Conselho Federal de Psicologia, do qual o CRP faz parte do sistema de conselhos, então há uma coerência institucional ali, o Conselho Federal de Psicologia é *amicus curiae* em uma das ações diretas de inconstitucionalidade contra a resolução. O conselho sempre fez parte, pelo menos desde 2005, 2006, que eu tenho acompanhado a luta antimanicomial, então, sempre foi defensor do fechamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Alguns eventos foram realizados com participação de psiquiatras do Brasil e de outros países. Uma coisa que costumo explicar às vezes para pessoas leigas quando me perguntam: a pessoa cometeu um delito, o problema mental não vai ser curado e ela cometeu um delito; mas, quando você atende a situação de crise e a pessoa sai da crise e lembra do que ela fez, muitas vezes ela entra em depressão. Então, quer dizer que a questão de saúde mental, nestes casos, prevalece sobre a conduta atípica. Então, a gente atendendo a saúde mental, o delito não acontece. E sobre os receios de que a rede não vai dar conta; bom, essa pessoa que tem um problema de saúde mental, estamos falando, assim, em torno de 30, 40, talvez, para Porto Alegre, para a rede de saúde não representa um aumento de número. É sempre importante separar o que é questão de caráter. Como eu disse, nós temos perto de 48 mil pessoas presas, acusadas de cometerem delitos, que não têm transtorno mental; hoje em dia, 70, um pouco mais, que têm um transtorno mental, desses 48 mil. Então, se

a gente atende a questão de saúde mental, separamos o que é doença e o que é caráter. É por isso que o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAIPJ têm esses números de reincidência baixíssimos. Muito obrigada.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Muito obrigada. Passar a palavra agora, neste momento, para a Polícia Penal, Dra. Paula Carvalho.

SRA. PAULA CARVALHO: Eu vou passar só para a diretora Cátia; depois eu falo.

SRA. CÁTIA LARA MARTINS: Sou diretora do Departamento de Políticas Penais da Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo. Em nome da secretaria, do Governo do Estado, é um prazer estar aqui, revendo também a Ver.^a Cláudia, o Ver. Hamilton, a Ver.^a Sabino, o Ver. Oliboni – o senhor eu não conhecia, mas é um prazer estar aqui, porque nós tratamos esse assunto com muita responsabilidade e esmero, o governo. Na verdade, isso não é uma coisa nova que nós enfrentamos, porque o Hospital Psiquiátrico São Pedro já está desativado, assim como o Hospital Colônia Itapuã também. Então, nós temos, através da Secretaria da Saúde, uma *expertise* nesse processo de Desinst. Também entendemos a preocupação, porque a sociedade vive hoje em momentos de muita angústia, diante das violências. Então, se remete, sim, a essas pessoas também esse momento em que se vive. Mas é também um momento em que estamos aqui, com a sociedade civil, com o Município de Porto Alegre, o Estado, para também, nesse processo também de mudança de cultura e de tirar alguns estigmas que são necessários e que nós, com o tempo, vamos também desconstruindo. Em 2023, nós tínhamos 212 pacientes no IPF. Hoje nós temos 70. Mas, falando de Porto Alegre, Ver.^a Sabino, nós tínhamos, em 2023, 27 pacientes; hoje nós temos oito. Então, isso para a rede de Porto Alegre, uma cidade que tem quase 1,5 milhão de pessoas, é ínfimo praticamente. Mas nós precisamos cuidar, sim, com toda a responsabilidade, com todos os

profissionais, com psiquiatras, psicólogos, terapeutas. Nós temos que ter cultura, nós temos que ter arte, nós temos que ter políticas de habitação, nós temos que ter um cuidado e uma proteção mais do que especial para essas pessoas, mas nós precisamos, sim, garantir a dignidade humana. E não necessariamente é no modelo asilar, no modelo de fechamento que isso acontece. Por vezes é necessário, sim. E isso também tem previsão na resolução. Então, eu me coloco aqui a disposição para, quando precisarem, estarmos sempre dispostos a fazer, não um debate, mas uma construção do que a sociedade precisa enfrentar. Então, passo de imediato à nossa coordenadora da saúde prisional da Susep. A Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo tem duas vinculadas: a Susep e a FASE.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Deixa eu só te perguntar uma coisa, Cátia: oito pacientes em Porto Alegre?

SRA. CÁTIA LARA MARTINS: Nós temos oito pacientes hoje em Porto Alegre, que são de Porto Alegre. E 27 nós tínhamos em 2023. Hoje temos oito, que precisamos ainda, estamos no trabalho buscando... Isso, alguns buscando vaga em residencial, outros já buscando a vinculação com a rede, com a família, porque é um trabalho que se faz em conjunto, com assistência social, com o CAPS, com algum familiar. E, quando isso se vê impossibilitado ou que a condição dele necessita de um espaço mais protegido, aí o residencial terapêutico ou inclusivo, também alguns casos são de residencial inclusivo, que aí é a competência da assistência; e o residencial terapêutico, da saúde. Então, muito obrigada, à disposição.

SRA. PAULA CARVALHO: Então, bom dia. Agradecemos o convite da Ver.^a Sabino, cumprimento a Mesa, demais participantes. Então, coordeno a Divisão de Saúde Prisional do Departamento de Tratamento Penal, com a nossa direção da diretora Rita Leonard. Então, eu estive na primeira e na segunda audiência, coordenada pela vereadora. Lembro que, em 2023, a gente tinha um cenário em

que a sociedade, de alguma maneira, se alarmou com essa resolução, mas a gente, que é técnica, que é da área, que tem experiência, via que, pelo número de casos, não poderia ser esse alarme somente pelo número. Então, como a Maynar também trouxe, nós temos mais de 40 mil pessoas privadas de liberdade e, na época da resolução, nós tínhamos 212 pacientes no Instituto Psiquiátrico Forense; daqueles, 27 de Porto Alegre. Então, isso necessariamente não... Claro que a rede precisa ser estruturada, enfim, mais ainda, precisa de mais recursos, mas isso não seria um grande impacto, a gente já acreditava, mas era só uma previsão. E, daquela época, a gente também tinha somente o grupo condutor da PNAISP, porque eu também vou tentar trazer, pelo menos um pouco, resumidamente, um cenário mais geral. Porque a resolução chegou, então, claro que nós, da Polícia Penal, estávamos com essas pessoas no IPF, mas nós fomos buscar, então, além, claro, da nossa secretaria, que está sempre conosco, outras secretarias, a Secretaria Estadual de Saúde, as secretarias municipais. E, com a Secretaria Estadual, esse grupo condutor da PNAISP, porque é a política, porque existe uma política nacional para as pessoas privadas de liberdade, medida de segurança. Então, lá que a gente começou a discutir os fluxos e os primeiros casos, então, que chegaram, que a gente chama de casos novos, que são esses casos que já não adentravam no IPF, porque lá, em 2023, ele já foi interditado. Então, nós somos o primeiro estado do Brasil que, além de termos um impacto assim, impacto que eu digo, como a Maynar trouxe, uma lei que está aqui há 24 anos, mas que o CNJ não legislou sobre a saúde, nem outra coisa, mas trouxe que essa lei precisava ser cumprida no sistema prisional, porque nós, no sistema prisional, estávamos fora da política de saúde. Então, o Instituto Psiquiátrico Forense fazia todo o trabalho da saúde, da assistência dos municípios, da habitação, de todas as secretarias e municípios; e isso precisaria agora ser redistribuído para os municípios. Então, esse é o nosso cenário em 2023. E a realidade foi mais ou menos como a gente imaginava, talvez até... Claro que a gente tem muitos desafios, mas a gente vê que houve uma evolução. Então, esse grupo condutor da PNAISP evoluiu, éramos só nós da Polícia Penal, a nossa secretaria e a Secretaria Estadual da Saúde, para um grupo condutor

do CNJ, do Tribunal de Justiça, porque, sim, nós também fomos ao Tribunal, nós também levamos isso, porque, como a resolução é do CNJ, eles também precisavam fazer uma cartilha, tinham várias coisas ali que eram trazidas. Então, foi feito um grupo com o CNJ, todas as instituições foram chamadas – a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Cremers, a sociedade civil, enfim, todas as secretarias municipais de Saúde. E, a partir daí, hoje, nós temos o Ceimpa, que é o comitê que... Ele não vai legislar sobre, mas ele vai trazer todos esses atores para pensar em fluxos, porque, sim, as coisas, apesar de nada mais do que essas pessoas terem ido para a política de saúde mental, que é uma política que já existe, que nada foi criado, a gente também vai precisar olhar para esses casos de uma maneira específica, porque eles também necessitam de algumas questões específicas. Então, hoje, a gente já tem o Ceimpa; tem um grupo também de casos novos. Então, todos os grupos que entram hoje não vão para... Já não iam para o IPF em 2023. Mas a gente discute caso a caso. Então, nós temos em registro mais de 95 casos novos. Então, também já respondendo que, se a gente for ver os índices de reincidência dessas pessoas, eles são parecidos com os de Goiás; então, 3%. A gente já está vendo a realidade. Então, são mais de 95 casos novos. Claro que, em alguns municípios, a gente tem mais facilidade de reinserção dessa pessoa, que ela tem, sim, direito à reinserção nessa rede. Só que é toda uma rede, não é só a rede de saúde, é a rede de assistência. Alguns a gente tem mais facilidade, outros não. Alguns serviços precisam ser criados. A gente percebe que os serviços residenciais terapêuticos, que são para moradia, o que é bem importante dizer, e não para tratamento – é uma moradia assistida –, eles precisam ser aumentados. Então, tem coisas que precisam ser estruturadas, mas, ao mesmo tempo, a gente também percebe que, além da rede... A rede também foi aportada de recursos pelo Ministério da Saúde. Então, também teve um aumento dos CAPS, teve um aumento dos hospitais gerais, o que, claro, ainda precisa ser aumentado. Mas, então, a gente percebe todos esses avanços.

Acredito que, hoje, o nosso principal nó seriam os serviços residenciais terapêuticos, que depois a diretora do IPF vai falar, mas é o principal motivo pelo

qual a gente ainda não desinstitucionalizou todos ou quase todos os pacientes do IPF. Não é a questão da rede de saúde, e sim da rede de assistência social e de habitação, porque a gente precisa de lugar para essas pessoas morarem. O manicômio, enfim, o hospital de custódia, não o IPF, mas qualquer manicômio do País ou do mundo, ele vai tirar a pessoa dessa rede. Então, recolocar essa pessoa na rede, seja na rede familiar, seja na rede da comunidade, seja na rede de assistência, depois, às vezes, de dez anos – ou menos, que seja – é muito complicado. Então, essa lógica é complicada. Então, para esses pacientes, a gente também tem essa dificuldade pela própria maneira que o hospital de custódia se estrutura.

Então, o que eu mais queria trazer era isso, que naquela época a gente tinha uma previsão, e hoje a gente tem uma realidade. É uma realidade em que essas pessoas, a maioria não está reincidindo, não está voltando para o IPF, está, sim, sendo atendida na rede; pelo número, acaba não sobrecarregando a rede, apesar de, sim, a gente ter uma cultura que precisa ser mudada. A gente estava acostumado com essas pessoas isoladas, e o Estado, enfim, cumprindo todos os papéis; e agora, sim, cada ente vai ter que cumprir o seu papel, e não é só uma questão de saúde. Inclusive, no Município de Porto Alegre – só quero terminar minha fala dizendo isso –, a gente não vê muitos casos nem do IPF, que eram 27 de 212, e agora são 8, assim como casos novos. De mais de 95 casos, nós não temos, pelo menos olhando pelas varas... A principal vara é Novo Hamburgo, então é Região Metropolitana, não é Porto Alegre – a maior parte dos casos novos não é de Porto Alegre. E aí, a gente vê que tem uma ligação muito forte, não com saúde mental e delito, mas com saúde mental e atendimento. E, de alguma maneira, a gente vê que a rede de Porto Alegre é uma rede robusta, ela é uma rede que não vê essas pessoas só na parte da saúde, mas também na assistência social, enfim. Então, a gente tem muito poucos casos de Porto Alegre novos. Então, é como a diretora Cátia disse, se a gente investir mais em, além de saúde, assistência social e outras políticas, mesmo essas pessoas com questões de saúde mental grave, provavelmente

não vão cometer delitos. Então, acredito que essa é a principal reflexão que eu deixo.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Muito obrigada. Estou adorando aqui o debate, porque cada um traz o seu ponto de vista, e é isso que é rico em uma reunião como esta. Então, neste momento, vou passar a palavra para o IPF – Instituto Psiquiátrico Forense. A Sra. Grasielle Schmaltz, diretora, está com a palavra por dez minutos.

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: Bom dia. Sou diretora-geral do Instituto Psiquiátrico Forense, representando o superintendente Luciano Lindemann, da superintendência de Serviços Penitenciários, Polícia Penal. Acho que parte da minha fala já foi dita, então vou ter que minimizar um pouco. Primeiramente, gostaria de dizer que, no IPF, estou lá faz um ano, faz pouco tempo, mas, quando cheguei lá, me deparei com uma situação bem diferente da minha rotina na Polícia Penal. Eu me deparei com um tratamento médico que, na minha concepção, não abarcava o tratamento médico em si. Eu tinha pacientes, alguns, contam os colegas mais antigos, um deles ficou 12 anos isolado dentro de uma cela. Isso, para mim, na minha parte leiga – eu sou advogada de formação, então não é a medicina –, quando me deparei com algumas situações lá, realmente fiquei chocada. Isso me fez pensar em até onde o paciente do IPF é realmente tratado, como se ele estivesse em um hospital, porque o paciente do IPF, hoje, quando entra em surto, não é tratado no IPF. Os médicos psiquiatras que tenho lá, o Dr. Pedro, o Dr. Ruben, desde 2023, quando o IPF foi totalmente interditado, o trabalho deles lá não é de medicina clínica. O que eles fazem são as perícias. Eu tenho uma Unidade Básica de Saúde lá, e aí, até para informação da colega – eu não lembro o nome, doutora, desculpe – sobre o psiquiatra forense... Enfim, eu tenho uma UBS lá, em convênio com o Município, e nós temos, sim, uma psiquiatra forense, especialista, e ela trabalha de segunda a sexta e trata todos os pacientes, todos. Então, dos 70 que eu tenho hoje lá, são 67 homens e três mulheres. Eu acho importante a gente dizer que quando há um surto, e não é

uma coisa diária, é difícil, bem difícil acontecer, tem sido pelo menos, não sei se por causa das equipes ou porque os pacientes estão melhorando ao longo dos anos, alguns eu acredito que não regrediram, mas também não progrediram, mas o que a gente usa é o SAMU. O SAMU vai até lá e leva, sim, para um hospital geral, leva para o hospital Vila Nova, para o leito comum. Porque a gente tem uma vedação judicial, a gente não pode levar nossos pacientes para leitos da Susep, de presos, porque a gente tem que, inclusive, resguardá-los.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Hoje só o Vila Nova recebe em Porto Alegre?

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: Não, depende da situação, se for surto psiquiátrico a gente leva para o Vila Nova ou para o PAM-3. Em situações clínicas eles vão, dependendo da condição, para o HPS, vão para o PAM, para o Hospital Conceição, dependendo da situação, porque, diferente do que a maioria, inclusive eu pensava, e aí me colocando como leiga mesmo, os pacientes lá, eles não sofrem somente de problemas mentais e drogadição. Além disso, eles acumulam outras doenças e essas outras doenças são tratadas na rede pública já.

Então, a gente não está falando em inchar ainda mais o sistema de saúde, porque eles já são atendidos pelo sistema de saúde. E eu acho que uma coisa importante é dizer que desses oito pacientes que eu tenho de Porto Alegre, seis já têm vaga no serviço de residencial terapêutico. O que é esse serviço? Algumas famílias, mesmo querendo tê-los em casa, elas não têm condições. Eu tenho paciente que a mãe tem 90 anos. Se o paciente não tomar a medicação, o que acontece? Acontece o que acontece também fora das pessoas que são ditas normais e que de uma hora para a outra surtam e matam. Então, quer dizer que não são esses 70 pacientes do IPF, e aí eu não sou a gestora do sistema público, mas, dentro da minha ignorância, entendo que não são esses 70 que vão inflar tanto o serviço de saúde pública de Porto Alegre, até por que hoje, indiretamente, eles já são atendidos aqui. Desses oito pacientes que estão no

IPF, seis já têm vaga, inclusive já estão em Porto Alegre no serviço residencial, que é quando a família não pode ficar ou realmente está em um caso de abandono familiar. Então, eles vão a esses residenciais e lá eles moram, como a colega Paula disse, e já estão vinculados aos CAPS, porque um dos requisitos para que o juiz da VEPMA, o Dr. Alexandre Pacheco, libere para que o paciente seja transferido é que ele esteja vinculado à rede de saúde. E isso é feito, depois que ele sai, a gente continua acompanhando para saber qual foi o nível de adaptação e se realmente há esse vínculo. Havendo o vínculo, o juiz tem um parâmetro, tem um período ali, ele analisa, e eu gostaria de deixar claro que quem desinterna não é o IPF, não é a Susep, não é a Polícia Penal, não é a Secretaria de Saúde, não é o Governo do Estado. Quem desinterna é o juiz; ele é quem cuida da execução. Então, não adianta nós falarmos que estamos fechando o IPF. Não estamos. O meu papel lá é puramente administrativo. Mas sim, eu acompanho todas as rotinas do IPF e me orgulho de dizer que acompanho bem de perto. Eu sei praticamente tudo que acontece lá dentro e sou muito zelosa quanto a isso. O que a gente está fazendo lá, como desinstitucionalização, na verdade a gente só propicia que o paciente possa sair para um SRT, possa sair para conviver com a família. Mas quem faz a desinternação de fato é somente o juiz da execução. Não somos nós. O nosso trabalho é feito com muita responsabilidade, nós temos uma equipe de... Nós colocamos o nome de equipe desinsti, até já criou alguma confusão com a EAP desinsti da resolução, Maynar, Paula, mas nós temos uma equipe muito boa, formada por psicólogo, tem um assistente social, temos terapeuta ocupacional, e ele sim, a equipe de saúde, a psicossocial é ouvida sempre. Por que não temos um médico psiquiatra? Porque esse passo do trabalho não exige que se tenha um psiquiatra dentro dessa comissão. O que a gente faz é tratar o paciente, verificar a situação, verificar se o residencial que foi fornecido muitas vezes pelo município, que nem é o de Porto Alegre, mas que o paciente acaba tendo que ficar aqui, porque isso a resolução traz também, a gente tem uma situação territorial e um vínculo afetivo. Alguns nasceram em Passo Fundo, mas estão em Porto Alegre, porque o vínculo é aqui, quem custeia essa vaga é Passo Fundo,

não é Porto Alegre. Exatamente, então isso também é importante dizer. Hoje, desses 70 que eu tenho lá, 56 estão aguardando vagas no Estado, três estão aguardando vagas fora do Estado, ou seja, eles nem ficarão aqui. Em Porto Alegre, atualizando o número das colegas, tenho mais ou menos em torno de 35 pacientes já desinternados sendo atendidos no município. Então, eu não vejo onde esse número possa inflar tanto o sistema de saúde do município de Porto Alegre. Ainda quanto a isso, principalmente considerando o número que a Dra. Carla trouxe, de um milhão e meio de habitantes. É um número realmente muito ínfimo. Quanto às medicações, doutora, gostaria também de trazer isso à baila. Nossas medicações no IPF não são diferentes de nenhuma medicação de qualquer paciente do Estado. A gente usa a mesma medicação, risperidona, clozapina, que essa sim é por um processo especial, mas uma vez conseguido lá dentro do IPF, quando eles saem, eles continuam recebendo a medicação. Cito que não raro, às vezes, nós temos que buscar a medicação fora. Inclusive, os pacientes, às vezes, são conduzidos às farmácias da rede ali, da farmácia popular, para receber a medicação. Eu estou falando das outras medicações, doutora. Esta, como eu disse, tem um processo especial e uma vez garantida, mesmo fora do IPF, eles continuam recebendo. Mas a...

SRA. SILZÁ TRAMONTINA: (Fora do microfone. Inaudível.)

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: Doutora, como eu lhe disse, eu tenho uma psiquiatra forense lá e que faz esse cuidado. Eu tenho também um médico clínico geral na UBS. Então, a parte médica eu não vou poder falar, porque realmente não é a minha área. Mas, quanto à medicação fornecida no IPF, é a mesma medicação que qualquer paciente que saia do IPF tome. O IPF não tem nenhuma medicação que foi criada para os pacientes do IPF. Não temos. É a mesma medicação. A senhora concorda comigo nisso, não é? Com certeza. Então, não temos essa medicação especial para pacientes do IPF. Até onde eu sei, dentro da minha ignorância, como já disse, são os medicamentos que são usados do SUS no sistema, em geral, fora do IPF. Mas é importante dizer

também que, desses 59 que temos lá, desses oito, um deles está aguardando residência inclusiva, que é diferente de um residencial. Quanto aos pagamentos desses residenciais, Porto Alegre já pagou todos. As vagas que nós aguardamos agora no IPF são vagas justamente desses municípios que precisam pagar as vagas em Porto Alegre por conta do vínculo familiar, efetivo, que eles criaram aqui. Então, o que eu posso deixar claro é que, no IPF, hoje, o trabalho que está sendo feito é um trabalho muito sério, muito responsável e que, talvez, discordando de alguns, não vai impactar diretamente o sistema de saúde do município.

VEREADOR HAMILTON SOSSMEIER (PODE): É o município quem compra a vaga?

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: É o município quem compra a vaga. O município de origem, ou seja, onde ele nasceu.

(Manifestação fora do microfone. Inaudível.)

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: Não, Porto Alegre. Tem os de Porto Alegre, mas tem os que vêm para Porto Alegre por que criaram um vínculo territorial. Porém, é o município de fora quem paga essa vaga. E alguns, poucos, os familiares, ou se eles têm renda, eles também fazem uma coparticipação.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Grasielle, olha só. Quando tem um surto, quando tem uma emergência, tem colocação imediata? Tu disseste que tem a SAMU que faz isso. Porque, na nossa rede, nós percebemos, por exemplo, Pronto Atendimento da Bom Jesus, fica lá dez dias no corredor, aguardando a contrarreferência. Tu tens essa solução? Tu resolves isso rápido?

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: O que a gente tem é o leito comum do HVN, e, onde eles são levados, eles aguardam atendimento. Dependendo da

crise, da situação, eles acabam passando na frente de outras pessoas, assim como outras pessoas passariam se fosse o caso. Isso é uma condição médica, eu não tenho como analisar, porque é o médico quem faz essa triagem da gravidade do surto. Mas eles já são atendidos, sim, nos hospitais fora do IPF. Até, porque, nesta parte, tenho certeza que vou desagradar inclusive o Dr. Pedro, mas não vejo o IPF como um hospital. Tenho um paciente lá que passou mal, que deveria fazer hemodiálise, e inclusive a gente está aguardando vaga num SRT, porque o IPF não se presta para isso. O que vai acontecer é que, se determinados pacientes continuarem lá, eles têm muito mais chances de piorar do que melhorar. Estou falando da parte clínica, não da parte de saúde mental. Eu, hoje, não classificaria o IPF como um hospital de custódia, porque, na minha visão, para ele ser considerado um hospital, ele precisaria melhorar muito. Não é o que acontece hoje lá. Eles têm assistência psicossocial, porém, acho que, quanto à condição clínica, lá não é um ambiente tão favorável.

Uma coisa importante a dizer é que, quanto às reincidências em Porto Alegre, eu não tenho nenhuma; oficialmente, nenhuma. Os pacientes saem, às vezes, eles se desorganizam, eles voltam ao IPF, o que não é negado. Eles saem em alta progressiva, voltam para o tratamento, assim que são estabilizados, novamente o juiz autoriza e aí eles retornam para essas residências. Obrigada.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Obrigada. A gente está na parte final da nossa reunião. Vou passar a palavra para o Dr. Pedro Zoratto, por cinco minutos. Depois, vou passar a palavra para a Maria Inês, representando o conselho, e, por fim, a Marta, representando a Prefeitura. São agora 11 horas e 30 minutos.

SR. PEDRO HENRIQUE ISERHARD ZORATTO: Primeiro, agradecer, Tanise, pelo convite para participar. Pedro Zoratto é o meu nome. Reforçar que eu não estou aqui representando o IPF, nem o governo, enfim. Participo da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, como diretor do exercício profissional. Teria muito mais do que cinco minutos para falar. Que bom que a Ana já trouxe

diversas questões a se usar também. E dizer o seguinte, desde que houve a publicação da resolução, a gente vem debatendo o que deveria ter sido debatido antes e a gente passou a debater depois da resolução.

Já um pouco respondendo algumas coisas que o pessoal ali trouxe. Os 70 pacientes que estão no IPF são realmente pacientes mais crônicos, que agudizam em algum momento. Agudizam menos, porque já estão medicados. Não tem tantas emergências psiquiátricas no IPF, porque não tem pacientes novos entrando. O paciente novo está lá na comunidade, isso é um outro ponto importante. Quando a gente fala: Onde estão esses pacientes? A Paula comentou, estão sendo acompanhados, mas a gente não tem conhecimento de como isso é feito.

O paciente que vai para uma medida de segurança, e a resolução propõe a medida de segurança ambulatorial, basicamente, que existe, já existia antes, mas a medida de segurança ambulatorial não contempla questões muito específicas. Claro que eu não vou falar de casos, mas eu vou citar um caso que eu acho que é bem emblemático, por exemplo, de um paciente que decapitou a mãe. Não quero ser sensacionalista de maneira nenhuma, mas é para que entendam um pouco como é que a questão funciona. Dentro do sistema atual, esse paciente iria, provavelmente, inicialmente, iria para uma casa prisional comum, seria avaliado e seria direcionado para uma unidade que já existe na Susep, que é uma unidade para tratamento no Hospital Vila Nova, uma unidade específica para tratamento de apenados, pessoas que estão presas. É uma unidade que está substituindo a triagem do IPF, que acolhia esse tipo de paciente, os presos, mas é um local que o paciente fica temporário. Depois que esse preso fica nessa unidade, ele retorna para o estabelecimento prisional. No caso deste paciente, que eu trouxe, ele ficaria aguardando uma perícia. Isso é um ponto muito importante também, que já foi mencionado, que a perícia fica no ar. No Rio Grande do Sul, as perícias eram feitas pelo IPF, as perícias de responsabilidade penal, seria a porta de entrada. Atualmente, essas perícias não estão sendo feitas no IPF. Em outros estados, o Departamento Médico Legal, o Instituto-Geral de Perícias, faz esse tipo de perícia. Aqui no Rio Grande do Sul

não. E a nossa preocupação, como entidade médica, psiquiátrica, é da qualidade dessas perícias e de quem vai fazer essas perícias, de que forma isso vai ser conduzido. Para onde esse paciente, hipotético não, paciente real, que eu estou citando, iria ser conduzido? Ele iria para um CAPS. Se ele estivesse em surto, ele iria para um hospital geral. O hospital geral do interior é uma cama num quarto. Isso é um hospital geral, um leito psiquiátrico no hospital geral. É assim que funciona. No caso de o paciente precisar de uma internação, ele iria para uma internação psiquiátrica num hospital geral de maior complexidade. Mas não é um hospital especializado para tratar uma situação desse tipo.

O tempo da doença mental, principalmente do paciente em conflito com a lei, não é o mesmo tempo de um paciente psiquiátrico comum. Esse paciente, por exemplo, ele decapitou a mãe, ele precisava de mais duas ou três cabeças que ele precisava, ele conseguiu uma, que era da mãe. Vocês acham que essa pessoa vai para o hospital geral, vai ficar um mês internado, que seja dois, que seja três meses internado, ele vai retornar para a família ou ele vai para um serviço residencial terapêutico? Não, né?! Não tem como. Ah, mas isso é a minoria dos pacientes. Exatamente, é a minoria dos pacientes. E por isso mesmo esses pacientes precisam ter um olhar mais diferenciado, uma estrutura adequada para ter esse paciente pelo tempo que for necessário, que vai ser um ano; pode ser que seja um ano, dois, três. Desde 2015, a medida de segurança não é mais por tempo indeterminado. A medida de segurança é pelo tempo calculado de uma possível pena, vamos dizer assim. Enfim, então, não se leva em conta a complexidade. A [Lei nº 10.216](#), lá atrás, trouxe – a Dra. Ana trouxe também – alguns avanços, inclusive estabelecendo os tipos de internação. Então não tem mais aquilo do paciente ficar internado, porque, enfim, a mulher brigou com o marido, o marido internou, a pessoa ficou internada. Isso não existe. Existe, atualmente, a internação voluntária, involuntária e compulsória. Isso foi determinado por essa lei, nesse ponto de vista excelente. Mas essa mesma lei desconsiderou a possibilidade de ter hospitais psiquiátricos especializados, entre eles, o hospital de custódia. Não contempla, nessa lei, um hospital psiquiátrico. Essa questão das perícias é uma coisa muito importante, porque a Dra. Ana

também mencionou a questão dos antissociais, quer dizer, como é que fica o paciente que vai manipular o sistema, vai manipular um psiquiatra que não tem a expertise para poder verificar do que se trata aquela situação que está se apresentando. Eu estou há 30 anos lá, o IPF – Instituto Psiquiátrico Forense – este ano vai fazer cem anos, desde os anos 60, existe alta progressiva, então essa ótica manicomial, ela foi, ao longo do tempo, sendo modificada. O paciente não fica por tempo indeterminado no IPF. A dificuldade, justamente, se dá do paciente não ter acesso ao tratamento fora, e muitas vezes ele acaba indo para o IPF por falta do tratamento. Isso sempre foi, ainda hoje é. Pessoas com mais recursos econômicos, por exemplo, acabam não indo para o IPF, porque a família consegue internar pelo convênio. Pacientes do SUS, comorbidades, por exemplo, a gente falou antes ali, a infância, as especialidades da psiquiatria, subespecialidades, infância e adolescência – carência de leitos; área das adições, dependência química – carência de leitos; e agora a psiquiatria forense – carência de leitos. Só para finalizar, claro que o IPF hoje não é um hospital, não tem médico de plantão, não tem uma estrutura hospitalar, então não dá para se considerar que seja um hospital. A unidade básica de saúde funciona pela manhã, então é durante a manhã que os pacientes são atendidos pela equipe médica. Nas emergências, a diretora colocou que são chamadas, enfim, estruturas da comunidade para fazer o atendimento.

Eu teria muito mais a falar, mas acho que ficou por aí o meu tempo.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ok, muito obrigada, doutor. Passar agora para o Conselho Municipal de Saúde, o nome completo, por favor.

SRA. MARIA INÊS BOTHONA FLORES: Maria Inês Flores, Conselho Municipal de Saúde, mas quem vai falar pelo conselho é a nossa coordenadora da Saúde Mental, da Comissão de Saúde Mental. Então vou passar a palavra para a Marta, para a gente não perder tempo.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ah, *ok*, obrigada. Então, Dra. Marta.

SRA. MARTA XAVIER FADRIQUE: Marta Xavier Fadrique, psicóloga, coordenadora da Atenção à Saúde Mental, Secretaria Municipal da Saúde, município de Porto Alegre.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Marta, só vou te perguntar uma coisa, se tu puderes incluir na tua fala. Confirmar o número de pacientes em Porto Alegre, se são oito, se é esse número mesmo, e a questão orçamentária, financeira, se tu também tens dados. Obrigada.

SRA. MARTA XAVIER FADRIQUE: Primeiro, só para agradecer este momento, Ver.^a Tanise, que propôs a COSMAM, porque tem sido muito importante poder ouvir várias posições diferentes e, principalmente, a partir da forma como ele se organizou, para ver um processo em andamento também, que eu acho que é uma situação importante, vai nos ajudando a compreender qual é a parte do Executivo Municipal. Então, representando o Executivo Municipal, e respondendo também já as perguntas, sim, aqui representa a RAPS, a Rede de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre, até para a gente situar um pouco de onde cada um está falando.

Esse processo de desinstitucionalização, de entrada nos residenciais terapêuticos, ele é um processo que não é de agora. De fato, em 2023, 2024, houve um incremento, e em 2025, então, chegamos a um momento mais, esse momento que a gente pode falar dos oito de Porto Alegre, seis estão com vagas em residencial terapêutico, dois estão em discussão. Então, a conclusão de uma etapa importante que foi a constituição, em Porto Alegre, de nove residenciais terapêuticos públicos, diferenciando bem, que é importante, existem os residenciais privados, mas nós estamos falando dos nove residenciais terapêuticos públicos, oito deles em termos de colaboração com o Hospital Vila Nova e um nosso próprio, que é o Nova Vida. Neste momento, nós temos 90

vagas de moradia em residencial terapêutico em Porto Alegre, quase todas já em processo de preenchimento. Hoje, a gente tem muito claro que o residencial terapêutico é um espaço para pessoas que moraram, que estiveram por dois anos ou mais em hospital de custódia ou hospital psiquiátrico. Então, estamos com esses últimos residenciais, inclusive, o que a senhora visitou na semana passada, acolhendo moradores do IPF, mas ainda também recebendo pessoas que estavam morando no Espírita, morando em hospitais que não eram adequados por situações específicas que foram acontecendo.

É importante destacar que um residencial terapêutico é um espaço de moradia acolhedora, protegida, com uma organização, com acompanhamento, mas não é um lugar de tratamento. Esse lugar de tratamento são os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial –, isso em Porto Alegre, em todos os municípios, isso está na política da RAPS como funciona. E essa parte, sim, eu acho muito importante a gente poder conversar, porque Porto Alegre está aí, no momento, precisando, trabalhando para incrementar a sua rede, apesar de ter uma rede robusta, precisa incrementar a sua Rede de Atenção Psicossocial e vem fazendo essa discussão. Nós viemos fazendo, falamos sobre alguns desses elementos em outras reuniões da COSMAM ano passado, que eu acho que vale a pena sempre apontar. Quando acontece esse processo, a gente vê um aumento da parte do financiamento, pensando que o SUS é universal, mas o investimento é municipal. O repasse é municipal, sim, principalmente na abertura dos residenciais terapêuticos, algo que passa a ser do Município, e que é importante esse aporte, a gente poder discutir, sim, com o Estado também, mas, no momento, o número de residenciais terapêuticos é suficiente para a demanda que a gente tem. Nos CAPS, pensando no que nós temos e pensando na fila, que a senhora também colocou, é importante a gente olhar: Por que nós temos fila de espera de atendimento de saúde mental em Porto Alegre? Porque nós, diferentemente do que está proposto na lei, não temos CAPS porta aberta. Os nossos CAPS em Porto Alegre ainda, espero que não passe desse ano, funcionam através de regulação. E a regulação dos casos, ela coloca um filtro, ela diminui, ela demora com a entrada, e nós temos isso, porque nós temos um número menor de CAPS,

de Centros de Atenção Psicossocial, do que deveríamos ter. Porto Alegre tem a proposta de ter, a ideia, pelo número, pela população, oito CAPS de saúde mental adulto – Centros de Atendimento Psicossocial – e, neste momento, nós temos cinco. Então, existem dois processos de crescimento que nós precisamos apontar, e que acho que a COSMAM pode nos ajudar muito, que é, neste momento, pensando em fortalecimento do número de profissionais nos CAPS que nós já temos. Precisamos, sim, de mais gente para trabalhar, precisamos chamar servidores, precisamos desse aporte nos nossos CAPS II. Falando, então, dos CAPS que nós temos nesse momento, todos eles são do tipo II, que não têm também a cama de permanência, de acolhimento à crise, mas, em 3 de fevereiro de 2025, nós lançamos o edital de abertura de mais cinco Centros de Atenção Psicossocial para Porto Alegre. Desses cinco, dois infantis e três adultos. Esses cinco, todos são na modalidade III, então, a proposta que já tem é um acolhimento à crise, muito também ocupados, e isso numa construção de política de saúde mental da secretaria nesse momento, preocupados com a superlotação dos nossos dois PESMs, o PESM/PACS e o PESM/IAPI, que, com a reabertura dos CAPS AD, melhorou um pouco, mas não resolve, ainda precisamos de outros recursos para que a gente não tenha tanta sobrecarga na nossa rede. E esses, então, o que nós temos a partir do momento em que foi lançado o edital? Hoje, nós já temos aprovado os dois CAPS I, que estão em processo de abertura ainda no primeiro semestre, e os três CAPS III que são previstos para Morro Santana, um na região Sul e outro na região Norte, Sul, Extremo-Sul, e outro na região Norte, vão demorar um pouco mais porque nós tivemos problemas na proposta, tivemos que rever a proposta trazida para que seja um CAPS qualificado. Porque existe algo também que, neste momento, na política de saúde mental, a gente se preocupa de que um CAPS não seja prioritariamente e que não funcione ambulatorialmente, que a gente não tenha um CAPS que atende primeiro na lógica médica e depois as outras lógicas. Um CAPS é um centro de atenção em saúde mental e o acolhimento, em geral, ele começa numa área com outros profissionais não médicos e que precisa muito dos psiquiatras, mas que os psiquiatras fazem o atendimento em conjunto. Esses

cinco CAPS que nós estamos propondo abrem um espaço na rede para chamamento, para contratação para o SUS de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, enfermeiros que trabalham em saúde mental, porque é, de fato, um atendimento no coletivo que faz com que se consiga um acompanhamento adequado de saúde mental e recuperação das pessoas. A gente também sabe que um CAPS é um lugar, que os transtornos de saúde mental não se resolvem rapidamente. A gente sabe que o CAPS é um lugar onde se fica por muito tempo e isso está previsto nessa política. Mas, então, na abertura, na nossa previsão no segundo semestre de 2025, nós, além de abriremos os três CAPS que estão faltando na cidade, também vamos abrir as portas dos CAPS, porque vão ser oito, além disso, com as sete equipes de saúde mental adulto que também temos na cidade, pensando na política, a gente faz, com todo o cuidado, com toda a discussão técnica necessária, um processo de abertura de portas que nos tira desse processo de filtro, de regulação. Enquanto isso não acontece, é importante a gente comentar que, participando de todas as reuniões, do processo de desinstitucionalização e dos casos novos esses, dos 95 casos novos, os que são de Porto Alegre, a CASM participa, não necessariamente os CAPs, a gente faz esse trabalho, porque nós temos um número pequeno e pontual de CAPS. Então, a CASM, a Coordenação da Atenção à Saúde Mental, participa. Todos esses casos são feitos, todo o estudo com muito cuidado. E, quando há necessidade de atendimento em CAPS, a regulação é a prioridade um, que é o que tu colocaste, o que funciona, por que fica na fila ou não. A gente tem uma classificação de risco que inclui como alto risco e como prioridade de atendimento. Então, a gente também não tem a mesma espera que tem casos mais leves. Para resolver isso na rede também, a gente organizou, e isso foi algo bastante falado no ano passado, as eMultis na rede de Atenção Primária, justamente para a gente não sobrecarregar o CAPS com casos que podem ser atendidos em outras instâncias e deixar o CAPS para os casos que realmente precisam de um aporte diferente, de um atendimento diferente. Então, isso também faz parte desse processo político. E, sim, para completar, acho que tu

perguntaste e eu não respondi ainda, um residencial terapêutico hoje custa, para o Município, um valor que é pago em 50% a 60% pelo Município e os outros 40%, uma parte pequena, pelo Estado e uma parte maior pelo governo federal. Acho que essa é uma informação importante também. E mais ou menos a mesma condição para CAPS, que também têm esse aporte numa proporção que quem paga mais acaba sendo, sim, o Município. Mas, então, esses CAPS a serem abertos vão ser habilitados e vão ter esse aporte também do governo federal. Mas isso, sim, é algo que, na sobrecarga aos municípios, é importante que a gente possa discutir desse equilíbrio. Obrigada.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Muito obrigada. Conselho Municipal da Saúde. Uma breve saudação. São dez para o meio-dia.

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: Vereadora, com licença. Eu posso falar 30 segundos? Muito rápido.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Bem rapidinho.

SRA. GRASIELE COSTA SCHMALTZ: Prometo. Só um contraponto à fala do Dr. Pedro. Os pacientes que estão lá não estão aguardando por causa do tipo de delito, isso em decorrência da vaga ou família. A exemplo do doutor que trouxe a pessoa do paciente que decapitou a mãe, eu tenho pacientes lá por furto simples há mais de seis anos. Um brigou na rua e roubou um celular e está lá há sete anos. Então, só para deixar claro que essa demora não é em... Doutor, só um momentinho, por favor. Não, doutor, só deixa eu acabar por gentileza. Só para não ficar esse estigma que esses 70 que estão lá são casos graves. Obrigada, vereadora.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Feito o registro.

SRA. ANA PAULA DA SILVA: Bom dia a todos, sou psicóloga da rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde e coordeno a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde. Então, vou falar em nome do Conselho. Eu queria primeiro parabenizar todos os profissionais aqui que falaram com muita *expertise* do IPF e com muita implicação e cuidado em relação ao tema. E queria destacar que a Resolução nº 487, para a gente entender como se dá o arcabouço do ponto de vista das políticas públicas, é uma resolução do Conselho Nacional de Justiça. Nós estamos falando aqui da rede de Atenção Psicossocial, das implicações. Primeiro, é importante entender que uma resolução do Conselho Nacional de Justiça não incide diretamente em produzir efeitos diretos na política. Essa é a primeira coisa. Na saúde são políticas diferentes, são instâncias diferentes. Por óbvio, quando tem uma resolução, seja de que área, e que tem alguma interface, e essa tem total, porque fala da questão da RAPS aqui todo o tempo, como a rede que deve dar conta dessa política antimanicomial do Poder Judiciário, que é o que trata. Mas precisamos entender que, do ponto de vista da política, temos uma política nacional de saúde mental, e é ela que nos guia. Dentro dessa política, temos uma portaria, que é a Portaria nº 3.088 de 2011, que define e estabelece tanto as diretrizes como a composição da rede de atenção psicossocial. Tanto é que, se vocês lerem aqui nos preâmbulos da própria resolução, citam somente: a legislação, a Lei nº 10.216, de 2001, que é a principal, que estabelece a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, portanto, todas as políticas têm que estar alinhadas a essa lei; e citam aqui uma outra portaria interministerial, a Portaria nº 94, de 2014, que institui a política nacional de atenção integral de saúde ao sistema prisional, de 2014. Depois dessa resolução, o Ministério da Saúde não produziu nenhuma outra normativa, portanto, nós nos referendamos nas normativas existentes. Só para a gente alinhar, porque foram várias falas, e algumas, inclusive, desconhecendo o funcionamento do SUS. Acho que a gente tem que tomar bastante cuidado, porque estamos falando do Sistema Único de Saúde, que não pode ser questionado, porque ele foi instituído pela Constituição Federal. A gente pode ter

críticas, pode fazer apontamentos, mas esse é o sistema vigente no nosso País, e é a ele que a gente está vinculado enquanto política de saúde. Foi dito aqui, ficou bem explícito, que a gente não tem um problema de volume de atendimento com o impacto do atendimento dessa resolução, mas queria exatamente apontar, enquanto conselho, que a gente precisa, então, pensar na RAPS como um todo, que acho que é um pouco o que a Marta traz, de qual a rede que temos hoje. Várias pessoas falaram aqui em RAPS robusta. Acho que a gente pode questionar se a nossa RAPS é robusta ou não, o que quer dizer isso, porque, na medida em que a gente não tem garantia de acesso a todas, porque o SUS é universal, todas as pessoas que precisam de atendimento de saúde mental, obviamente, nas suas diferentes complexidades, como a Marta falou, a gente vai ter componentes na Atenção Básica, desde a unidade de saúde, agora as equipes multiprofissionais, a gente tem consultório na rua, a gente tem vários componentes que compõem essa RAPS, que é uma rede complexa e que pensa em vários dispositivos. Agora, é importante a gente colocar que, por exemplo, hoje a gente ainda não tem, está em processo, a gente não tem nenhum CAPS III na cidade, esperamos que a gente consiga implementar, e isso nos causa, sim, um problema muito sério. A gente não tem as portas de entrada das emergências hoje. Todas as portas de entrada de emergência estão dentro da RAPS. Só que hoje as portas de entrada de emergência não necessariamente atendem saúde mental, isso é um problema. Isso, sim, é um descumprimento do que está aqui. O que é que precisam, então, por exemplo, os prontos atendimentos, ou as UPAs, ou as portas de entrada de emergência dos hospitais? Isso, sim, a gente precisa garantir, porque, se a gente tiver essa RAPS funcionando, se a gente tiver as unidades de acolhimento, vocês falaram aqui do serviço residencial terapêutico, são fundamentais, mas nós não temos unidade de acolhimento na cidade, e esse é um vácuo importante, alguém falou aqui de população em situação de rua, especialmente para atender população em situação de rua, mas não só, pessoas que não têm a questão da moradia e que têm transtornos mentais associados ao uso de álcool e outras drogas. Então, é óbvio que, se a gente não tem aqueles componentes todos, a nossa rede tem

furos, e são esses furos que têm que ser vistos para atender toda a população. Em relação às medicações, foram faladas várias coisas aqui. Acho que também é importante esclarecer que existe todo um fluxo, e que a inclusão de insumos e medicações no Sistema Único de Saúde, entendendo que ele é universal, existe todo um fluxo, e isso é discutido em nível nacional, tem comissões específicas com vários profissionais e entidades que discutem a inclusão de insumos e medicamentos. E existe a Remume, que é coordenada pela assistência farmacêutica, que inclui, no âmbito municipal, essas medicações e insumos, alinhados sempre à nacional. Isso é importante, porque tem coisas aqui que a gente está discutindo que não é do âmbito municipal, que a gente precisa seguir no âmbito municipal o que está no âmbito federal, que o município sozinho não tem competência, porque, se não está incluída no âmbito nacional, por exemplo, uma medicação, o município não tem como receber recurso federal para custear essa medicação. É importante a gente entender essas dimensões para fazer esse debate. Eu queria, inclusive, só para finalizar, trazer a importância de debater, aqui na COSMAM, realmente, a efetivação da RAPS dentro das necessidades que nós temos em Porto Alegre hoje, considerando que Porto Alegre é uma capital e que, sim, é retaguarda, por exemplo, para a situação de emergência da Região Metropolitana e de outros municípios. E a questão de discutir, eu queria até propor como pauta para a COSMAM, a gente falou bastante do hospital de custódia, que já está em processo de extinção, mas a gente ainda tem um hospital psiquiátrico funcionando, que é o nosso maior volume de internações, que é o Hospital Espírita, e ninguém fala sobre isso. Isso é muito mais grave, gente. O Hospital Espírita hoje é a principal retaguarda para a internação em Porto Alegre, e está escrito aqui que nós não podemos ter hospital psiquiátrico. Nós sabemos a condição que o Hospital Espírita opera. Isso nós precisamos discutir aqui, isso, sim, é violação de direitos; isso, sim, é descumprir o que está, inclusive, nessa resolução e na Lei nº 10.216, de 2001, que estabelece o novo modelo assistencial. Infelizmente, Porto Alegre não conseguiu enfrentar isso. No Hospital São Pedro, que é de âmbito estadual, foi enfrentado esse problema. Também, agora, o IPF. E o Hospital Espírita, nós

seguimos, e ninguém discute sobre isso. São mais de 300 vagas custeadas pelo... Eu queria propor, em termos de financiamento, só para finalizar, que, sim, o financiamento é finito e insuficiente. Por isso, nós precisamos ouvir as deliberações das conferências do controle social em relação a onde nós vamos aplicar, obviamente, de acordo com as necessidades em saúde. Eu queria, inclusive, colocar que hoje o Município de Porto Alegre utiliza recursos do Tesouro Municipal, porque sabe que não pode usar recursos federais para pagar e comprar vagas de comunidades terapêuticas pela saúde, o que não é mais permitido. Então, esse recurso deve ser canalizado para a RAPS, porque, hoje, temos uma orientação clara do Ministério da Saúde que não podem ser utilizados recursos do Fundo Nacional de Saúde e do governo federal para pagamento de comunidades terapêuticas. Queria fazer também esse encaminhamento em relação a financiamento.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ok, obrigada. Eu vou ter marquei aqui por causa do tempo. É um minuto para o meio-dia, mas a Dra. Lais pediu um minutinho, e a Dra. Ana também pediu um minutinho. Dra. Lais, quer falar primeiro? Um minutinho, porque, senão, a gente vai ficar até tarde aqui.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: A participante, desculpe, Cláudia... Ana, que as emergências estão abertas dentro do possível, nós visitamos a UPA, então é fácil de entender como fica difícil ter mais um grupo de atendimento lá. Gostaria de dizer que ouvi, com muita alegria, esse redirecionamento do CAPS, porque nós, há horas, não temos uma boa notícia dessas em medicina. Estamos preocupados, porque hoje a emergência do hospital de Canoas talvez não funcione, por falta de luva, de material, de médicos, inclusive. A de Rio Grande, do hospital de Rio Grande, talvez seja interditada esta semana por absoluta falta de condições de trabalho. Então, quando eu vejo que o CAPS está se organizando de uma forma brilhante, nós devemos passar daqui a pouco de cinco unidades para oito, isso me deixa muito feliz, talvez a saúde mental melhore.

Eu queria voltar para o foco dessa discussão. Quantos pacientes, 3 ou 165? Porque eu ouvi que hoje nós temos 70 para serem realocados, independentemente do motivo, e em lista de espera 95, ou eu entendi mal? Novos casos?

SRA. PAULA CARVALHO: Eles não estão em lista de espera. Como eles não entram mais no IPF, eles são direcionados à rede. Claro que essa rede não exclui internação, e eles já estão direcionados, eles não estão em lista de espera.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Eu penso o seguinte: quantos novos pacientes teremos mês a mês? Independente do lugar para o qual eles vão ser enviados, qual é a expectativa?

SRA. PAULA CARVALHO: Esses pacientes já são atendidos na rede de saúde mental. Nenhum caso que... Não em medida de segurança. Alguns já têm medida de segurança também, até mais de uma. Então, os pacientes desses 95 casos novos já estão sendo atendidos nas redes, eles não são pacientes novos nas redes.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Sim, mas seriam se o IPF estivesse funcionando como antigamente?

SRA. PAULA CARVALHO: Mas eles voltariam em algum momento para as redes. Esses pacientes não são...

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: O que eu queria entender é o seguinte: eu gostaria de entender de que contingente de pacientes nós estamos falando. Falar só dos de Porto Alegre não resolve, porque Porto Alegre resolve o problema de saúde do Estado, em qualquer especialidade. Não fosse assim, as UPAs não estariam como estão, as emergências não estariam como estão. E se os municípios pagam os leitos daqui, isso significa que Porto Alegre reconhece

como responsabilidade dela também receber esses pacientes. Eu gostaria de entender... Eu gostaria de entender de quantos pacientes nós estamos falando, porque eu penso assim, pacientes, quantos? Nessa condição, por favor.

SRA. MAYNAR PATRICIA VORGA LEITE: Havia uma demanda reprimida de perícias e tal, por isso esse número de 90. Mas o que se tem em números, tanto pelo CNJ como aqui no Rio Grande do Sul, é que são, em média, umas 20 medidas de segurança novas por ano para todo o Estado.

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Por ano?

SRA. MAYNAR PATRICIA VORGA LEITE: Sim, para todo o Estado. Também é um número ínfimo.

SRA. PAULA CARVALHO: E só para eu explicar também melhor. Esses 95 casos que eu trouxe são casos novos, casos que, teoricamente, estariam no IPF e não estão, então eles são direcionados à rede. Mas nenhum desses casos estava sem atendimento nas redes, não em Porto Alegre, mas nas redes de saúde. Então, eles não são casos novos nas redes de saúde, e nem todos têm medidas de segurança, muito pelo contrário. Foi também falado aqui que a resolução aumentaria as medidas de segurança. A resolução até diminuiu as medidas de segurança. Porque a gente via no IPF casos que eram, inclusive, de privados de liberdade, de semiaberto, de várias questões. Era muito mais fácil fugir da punibilidade com o IPF. Agora elas são bem mais rigorosas. Também só mais uma coisa que eu anotei aqui da psicopatia. Psicopatia não é medida de segurança; não é, nunca foi. Se a pessoa teve um planejamento, a pessoa não teve o ato ali no surto.

(Manifestação fora do microfone. Inaudível.)

SRA. PAULA CARVALHO: Noventa e cinco no Estado.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Dra. Lais, fechamos?

SRA. LAIS DEL PINO LEBOUTTE: Fechamos.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): A Dra. Ana também quer um minutinho, depois temos o psicólogo aqui na plateia que também quer. E a gente tem que encerrar e fazer os encaminhamentos.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: São 165 pessoas hoje...

SRA. ANA CRISTINA TIETZMANN: É um problema supercomplexo. Acho que essa discussão é válida porque a gente tem vários olhares. Mas eu queria só lembrar que, quando a gente fala de sistema público e dessa tentativa de abarcar e dar conta do *gap* de atendimento em saúde mental, seja ele nesse nicho especializado como no geral, a gente fala de dois aspectos. Um que é o acesso a esse cuidado, que é o que a gente está falando aqui com o aumento do número de CAPS, o aumento do número de equipes na Atenção Básica, a gente está falando de acesso a esse cuidado, que é um dos pontos, mas a gente precisa falar da qualidade desse cuidado. É disso que a gente está falando aqui, de a gente precisar que esse atendimento, seja internação, seja ambulatorial, seja na qualidade da perícia, de quem vai fazer a perícia, tenha um olhar técnico para isso. Aí a importância dos psiquiatras forenses, e eu não digo que o IPF não tem psiquiatra forense. O IPF é um dos poucos lugares que ainda tem psiquiatra forense. A gente precisa que a psiquiatria ou que os psiquiatras possam estar sendo contratados como peritos, como profissionais, em toda essa rede. E que, sim, a gente tenha consultoria de psiquiatra forense para qualificar esses atendimentos. Então, a nossa preocupação é na qualidade, além do acesso.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ok, colega da saúde.

SR. GABRIEL DA SILVA MAZZINI: Sou psicólogo, sou assessor técnico da Coordenação de Saúde Mental, sou servidor municipal e participei de todo o processo da desinstitucionalização dessas pessoas no ano de 2024, o ano todo, com a Maynard, com a Paula, a gente discutiu os planos terapêuticos de todos esses usuários que saíram do IPF. A gente tem, nos nossos SRTs, em Porto Alegre, 20 pessoas egressas do IPF. Não desse momento especificamente, até porque, retomando o que a Maynard falou, as pessoas sempre saíram do IPF, não é uma novidade as pessoas saírem do IPF, então nós temos 20 pessoas egressas do IPF nos nossos residenciais. E não é à toa que elas são do IPF e que são dos hospitais psiquiátricos, as pessoas que estão nos nossos residenciais. E não é à toa que tem essa confusão de números também, que são 27, são 40. Nós começamos com 40 casos – eram 40 –, aí tem alguns que já tinham suas famílias, suas casas. Mas é porque é no hospital psiquiátrico que a história das pessoas se perde, aí que a gente começa a ter as confusões de números. A gente precisa saber de onde é aquela pessoa, e, às vezes, a gente demora e descobre várias histórias da pessoa que se perderam porque ela estava no hospital psiquiátrico. As pessoas que estão nos nossos SRTs, além do IPF, são de outros hospitais psiquiátricos. É lá nos hospitais psiquiátricos que elas ficam muito tempo, nos hospitais gerais elas não ficam. É por isso que é um dado que depõe contra a gente manter um hospital psiquiátrico funcionando. A gente tem uma pessoa no SRT que estava há nove anos contida num hospital psiquiátrico. Nove anos, 23 horas por dia, contida numa cadeira, numa cama. Ela entrou no SRT, a gente tirou ela da contenção e ela nunca mais precisou da contenção. Ele está há quase um ano e nunca mais, ele nunca mais precisou, é chocante. Mas estou trazendo essa imagem chocante para colocar um pouco sobre qual chão estamos pisando. Essas pessoas que estão nos hospitais, esses números, desculpe, são confusos, porque também as histórias das pessoas se perderam, e a gente precisa retomar... E esse é muito o trabalho da saúde mental. Porto Alegre fica com as pessoas que vão ficar morando aqui, não pagas pelo município de Porto Alegre, a moradia delas não vai ser paga, o tratamento vai ser, porque elas vão se tratar nos nossos serviços. Mas também temos que

reconhecer a história das pessoas. Tem pessoas que vieram de Cachoeira, de Passo Fundo, porque cometeram um delito lá, e vieram para Porto Alegre, para o IPF. Tem pessoas que já estavam morando em Porto Alegre, são de Cachoeira, mas estavam morando em Porto Alegre, e têm uma vinculação, a família está aqui, trabalham aqui. Tem pessoas que estavam no IPF e estavam trabalhando, e estão saindo agora do IPF, então já têm vínculos na cidade. E essa é a história das pessoas que precisamos respeitar. Essa é a reforma psiquiátrica, essa é a grande luta manicomial.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Muito obrigado, Gabriel. Vou passar um minutinho só para a Dra. Carla Bicca, médica psiquiatra, para fazer uma fala, e, depois, a gente faz os encaminhamentos e encerra a reunião.

SRA. CARLA BICCA: Bom dia a todos. O meu nome já foi dito, sou vice-presidente da Associação de Psiquiatria. Fiquei olhando os comentários e fiquei pensando ali, eu confesso que fiquei meio atrapalhada. Eu tenho déficit de atenção e dislexia, então, eu penso em quadradinhos, e ao sentir que abrimos vários quadrados, aí eu me perdi. Agora saio daqui sabendo tudo o que está funcionando, mas não me preocupo com isso, eu me preocupo com o que não está funcionando. Nós temos a tendência, e eu também sou assim, de achar o meu trabalho ótimo, mas sou eu que acho, não é? Então, às vezes, preciso da crítica dos colegas e dos pacientes para saber que ele não está tão ótimo. Vi que temos várias coisas pensadas e encaminhadas, mas acho que tem falhas. Nós, da psiquiatria, tendemos a batalhar muito em cima de uma doença que é 1%, que é a esquizofrenia, 1% da população tem esquizofrenia. Essa doença é a mais cabeluda para nós, e a que a gente mais batalha, mais gasta dinheiro e tem mais cuidado. Então, eu confesso que estou meio perdida aqui, porque vi muitas coisas funcionando, está tudo maravilhoso, só que vi coisas que não a gente não discutiu. Nem todo hospital psiquiátrico é manicômio, então, tu falas do hospital psiquiátrico como manicômio. Tenho um paciente oncológico internado há sete meses na Santa Casa. Tenho um outro que está há um ano no Instituto de

Cardiologia, e são excelentes serviços, porque são doenças muito graves. Então, temos que pensar... Não sou a favor de manicômio, mas sou a favor no Instituto de Cardiologia, no Instituto de Psiquiatria, como foi feito em São Paulo. Então, desmontarmos uma coisa simbólica, que é um prédio, não significa que vamos resolver os nossos problemas. Então, acho que temos que pensar mais sobre isso. Estamos cada um pensando em cima, parece: “Ah, estou fazendo tudo bem aqui, estou fazendo tudo bem ali, estou fazendo tudo bem ali”. Mas temos uma desassistência tremenda. Eu trabalho com dependentes químicos, o meu mestrado, o meu doutorado, e a vida inteira trabalhando, principalmente com mulheres, usuários de *crack* em situação de rua, que é um quadro muito grave, em que a gente tem que pensar que muitas delas têm delitos e tudo mais. Então, isso que eu queria dizer, eu não entendi muito bem, e não conseguiria terminar o roteiro. Isso parece aquele filme com várias histórias paralelas, em que a gente não consegue botar o roteiro, a gente termina o filme. Obrigada.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Obrigada. Então, colegas, todos que estão presentes, vamos ter que encerrar a reunião pelo avançado da hora, mas vemos que é um debate importante. Quero agradecer a presença de todos. Um debate rico, diversificado, complexo, como disse a colega da Psicologia, a Maynar, não é um tema muito comum aqui na Câmara de Vereadores, mas fizemos questão de pautar esse assunto nesta comissão, justamente para uma forma também de conhecimento. Lembro quando colocamos nesta comissão, em 2023, uma colega vereadora que não se reelegeu, enfim, não está aqui, ela disse: “Eu nunca tinha escutado falar sobre esse debate”. Então, esse é um assunto que vai estar no *site* da Câmara de Vereadores, vai ser falado, os colegas vereadores vão estar, agora, mais atentos a esse debate. Então, achei muito rico nesse sentido.

Fiz aqui algumas colocações. Então, assim como foi falado, a questão da reincidência de 3%, foi colocado esse dado, isso também já nos chama a atenção. A questão dos pacientes também, acho que não ficou muito claro, uma

hora são oito pacientes, depois, vinte pacientes, mas, enfim, dá a entender que não são muitos pacientes como se imaginava.

Acho que também uma fala que foi dita aqui, pensar a RAPS, a gente tem que fortalecer cada vez mais, fico contente que vai ter mais cinco novos CAPS.

A questão dos remédios, sobre a medicação, foi dita aqui pela doutora, a gente sabe que é uma pauta federal, a questão de mudar a medicação no SUS, não é assim.

(Manifestação fora do microfone. Inaudível.)

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Mas, enfim, de certa forma, é mudar, então também é um debate que a gente tem que fazer em nível federal. A Ver.^a Cláudia sugeriu também uma visita num RST, em que pese residencial terapêutico. E até sugeriu também o IPF, em que pese está diminuindo os pacientes.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Para a gente entender como funciona dentro dos residenciais. Acho que é importante para a gente poder saber e falar do assunto, conhecer como é que funciona.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Eu não sei, Cláudia, se tu tens mais algum outro encaminhamento. Ver. Hamilton, algum outro encaminhamento? Dos convidados que estão aqui, vocês queriam deixar formalizado algum encaminhamento? A gente pode fazer. Dos convidados, o Conselho de Psicologia quer deixar registrado algum encaminhamento?

SRA. MAYNAR PATRICIA VORGA LEITE: Eu lembrei, depois de ouvir a Ana Paula, que o Conselho de Psicologia sempre faz parte do controle social. Então é importante que tanto o Conselho Municipal de Saúde, quanto nas outras esferas, mas aqui estamos no Município, seja mais ouvido pela gestão e pelo Legislativo. Porque a gente percebe, como Conselho de Psicologia, algumas

situações, vamos chamar de dificuldade de diálogo, porque aqui a gente está buscando melhor para os pacientes. Mas tem algumas arestas ali para aparar.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Inclusive, sobre o Conselho Municipal de Saúde, a Ver.^a Atena Roveda não está aqui hoje, mas uma das pautas dela, no dia 22 de abril, vai ser só sobre o Conselho Municipal de Saúde. Então prepare uma apresentação bem bacana para nós. O Dr. Pedro pediu 15 segundos como encaminhamento.

SR. PEDRO HENRIQUE ISERHARD ZORATTO: A questão que me preocupa muito, a gente falou bastante, é das perícias. Então, quando o pessoal trouxe os 95 casos, eu queria entender, não que precise responder agora, mas para a gente contextualizar, quem está fazendo essas perícias? São pacientes de medida de segurança? Pena que o Judiciário não está aqui. Isto tem que ficar registrado: a omissão do Judiciário, porque não estar aqui é uma omissão. Então, as perícias, quem é que avalia? Enfim.

SRA. PAULA CARVALHO: As perícias estão sendo feitas por peritos indicados pelo Judiciário.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB): Ok. O debate é amplo, vocês percebem que a gente não consegue terminar a reunião, não é? Mas podemos até pautar no segundo semestre novamente. Então, muito obrigada pela presença de todos.

(Encerra-se a reunião às 12h14min.)