



Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009

Workshop MPF

09 de outubro de 2008

Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental do SUS

1º momento: crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978 – 1991)

2º momento: implantação da rede de atenção psicossocial (1992 – 2000)

3º momento: a Reforma Psiquiátrica depois da Lei Federal 10.216/01 – consolidação do novo modelo (2001 - ...)

Principais aspectos da Lei 10.216/01

- Reorientação do modelo assistencial
- Direitos dos usuários: melhor tratamento (preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental), inserção na comunidade, informação sobre o tratamento (os menos invasivos) – direito a cuidados integrais
- Responsabilidade do estado para desenvolver políticas públicas para esta população
- Internação como último recurso terapêutico
- Proibição de internações em instituições asilares
- Políticas específicas para pacientes longamente internados

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental

1. Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar – desinstitucionalização

- Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar – PRH: redução gradual e planejada de leitos
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH-Psiquiatria
- Implementação do programa “DE VOLTA PARA CASA”
- Expansão dos serviços residenciais terapêuticos
- Reorientação dos manicômios judiciários
- Leitos em hospitais gerais

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental

2. Expansão e consolidação da rede de Atenção Psicossocial

- Expansão e qualificação dos CAPS
- Qualificação dos ambulatórios
- Implantação de centros de convivência
- Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica
- Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas
- Política de Saúde Mental Infanto-juvenil
- Programa Permanente de Formação de profissionais para a Saúde Mental
- Programas de geração de renda e trabalho, intervenções na cultura, mobilização de usuários e familiares

Magnitude epidemiológica

- 3% da população com transtornos mentais severos e persistentes (necessita de cuidados contínuos)
- 9% transtornos mentais leves (precisam de atendimento eventual)
- 10 a 12% da população dependente de álcool
- 56% das ESF informam realizar alguma ação de saúde mental ou lidar com esta questão (DAB/2001)

Para se pensar em uma rede de cuidados em saúde mental é necessário considerar:

1. critérios epidemiológicos;
2. critérios populacionais;
3. perfil da rede de saúde e de saúde mental já existentes;
4. fluxo das demandas de saúde mental
5. histórico do município e da região
6. priorização no orçamento

Composição de uma rede de serviços de saúde mental

- CAPS (CAPS I, II, III, Álcool e Drogas e Infanto-juvenil)
- ações de saúde mental na atenção básica
- Ambulatórios – reorganização e qualificação
- leitos de atenção integral (CAPS III, hospitais gerais e emergências gerais)
- para moradores: residências e Programa de Volta para Casa
- centros de convivência
- experiências de geração de renda
- articulações intersetoriais



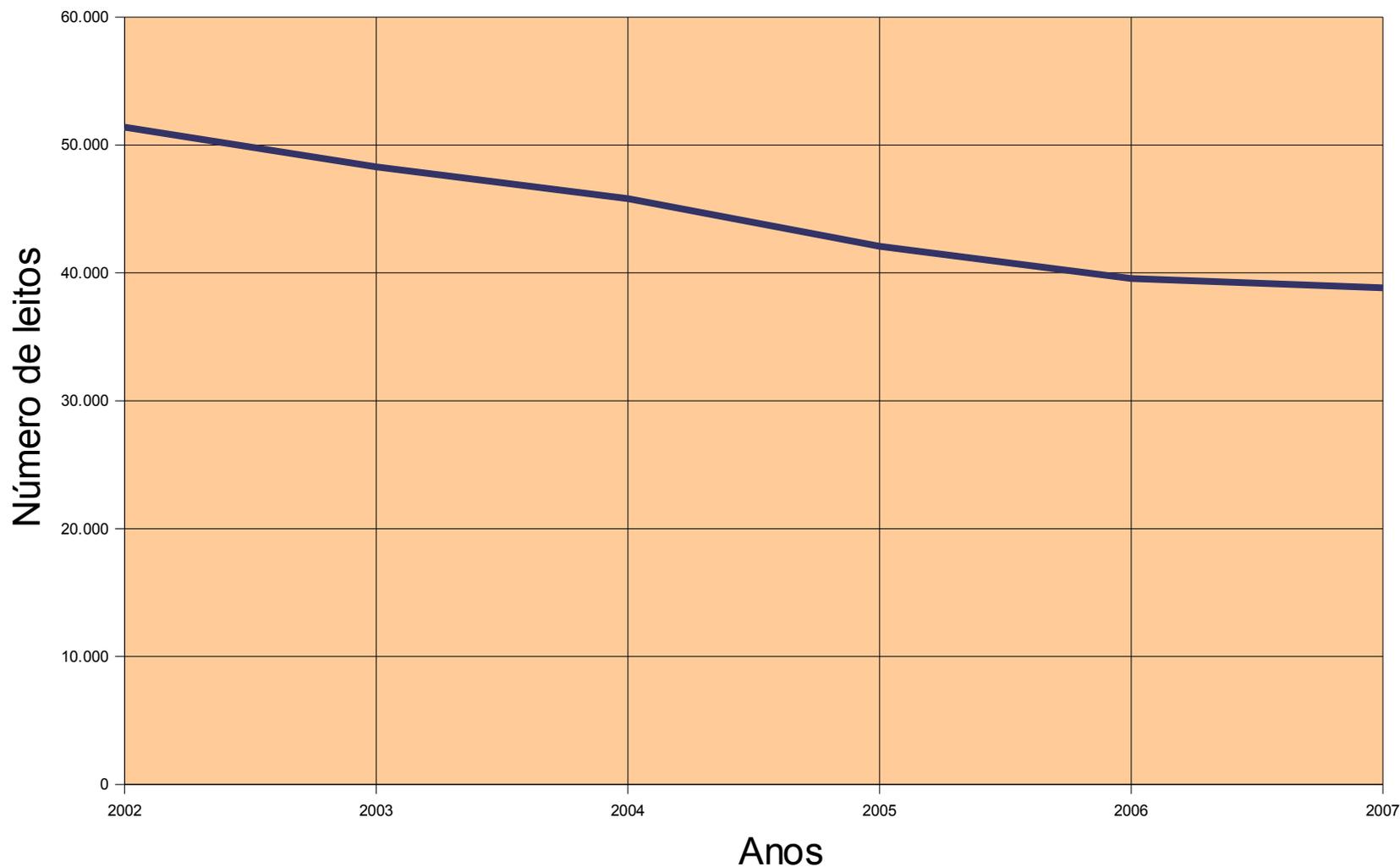
Desafios da desinstitucionalização

Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS

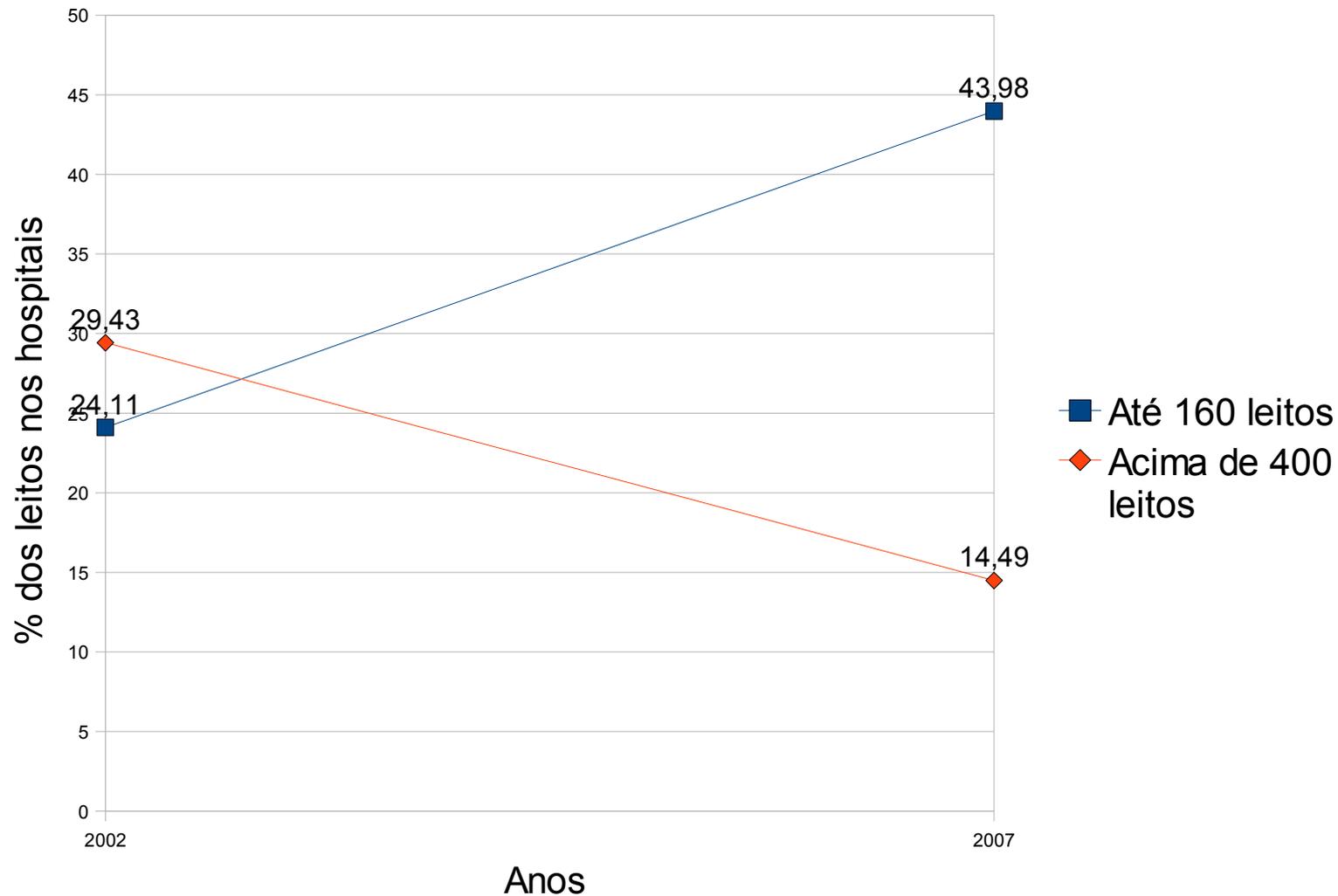
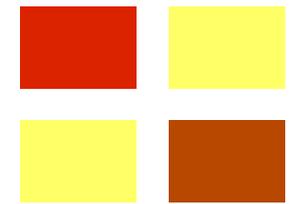
- Programa de redução gradual e contínua de leitos psiquiátricos e substituição progressiva por uma rede comunitária de atenção psicossocial
- Redução especialmente nos hospitais de maior porte
- Pactuação entre gestores e prestadores
- Compromisso dos gestores para ampliação da rede extra-hospitalar
- Maiores diárias para os hospitais de menor porte
- Reduções de 2500 a 3000 leitos por ano

A redução pactuada e programada de leitos (2002 a 2007)

Ano	Leitos HP
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.076
2006	39.567
2007	38.842



Mudança no perfil dos hospitais (2002-2007)



Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria

- Instituído em 2002 – realizado em 2003-2004, 2005 e 2006-2007
- Critérios claros para a assistência psiquiátrica dentro do SUS (melhora na qualidade)
- Conjuga olhares da SM, vigilância sanitária e avalia satisfação dos usuários
- Diagnóstico da qualidade da assistência
- Indicação de descredenciamento dos piores hospitais

Avanços do PNASH/Psiquiatria

- **Diagnóstico** da rede de hospitais psiquiátricos
- Subsídios para **supervisão** hospitalar
- Indução de **processos de desinstitucionalização**
- **Balanco:**
 - 9 hospitais descredenciados
 - 2 sob intervenção municipal/estadual – finalização do processo
 - Diversos hospitais em processo de desinstitucionalização

Cenário I - Desinstitucionalização

- Relação de conflito entre gestor-prestador
- Baixa contratualidade do gestor público - relação de “dependência” do gestor com o hospital - cultura da internação
- Baixa informação sobre o perfil da clientela internada
- Judicialização das internações

Cenário II - Desinstitucionalização

Mecanismos de gestão:

I) Conjunto de programas e estratégias da saúde mental

- Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica
- PNASH/Psiquiatria
- Regulação da rede
- Censos clínico-psicossocial da clientela internada
- Planejamento da expansão da rede extra-hospitalar

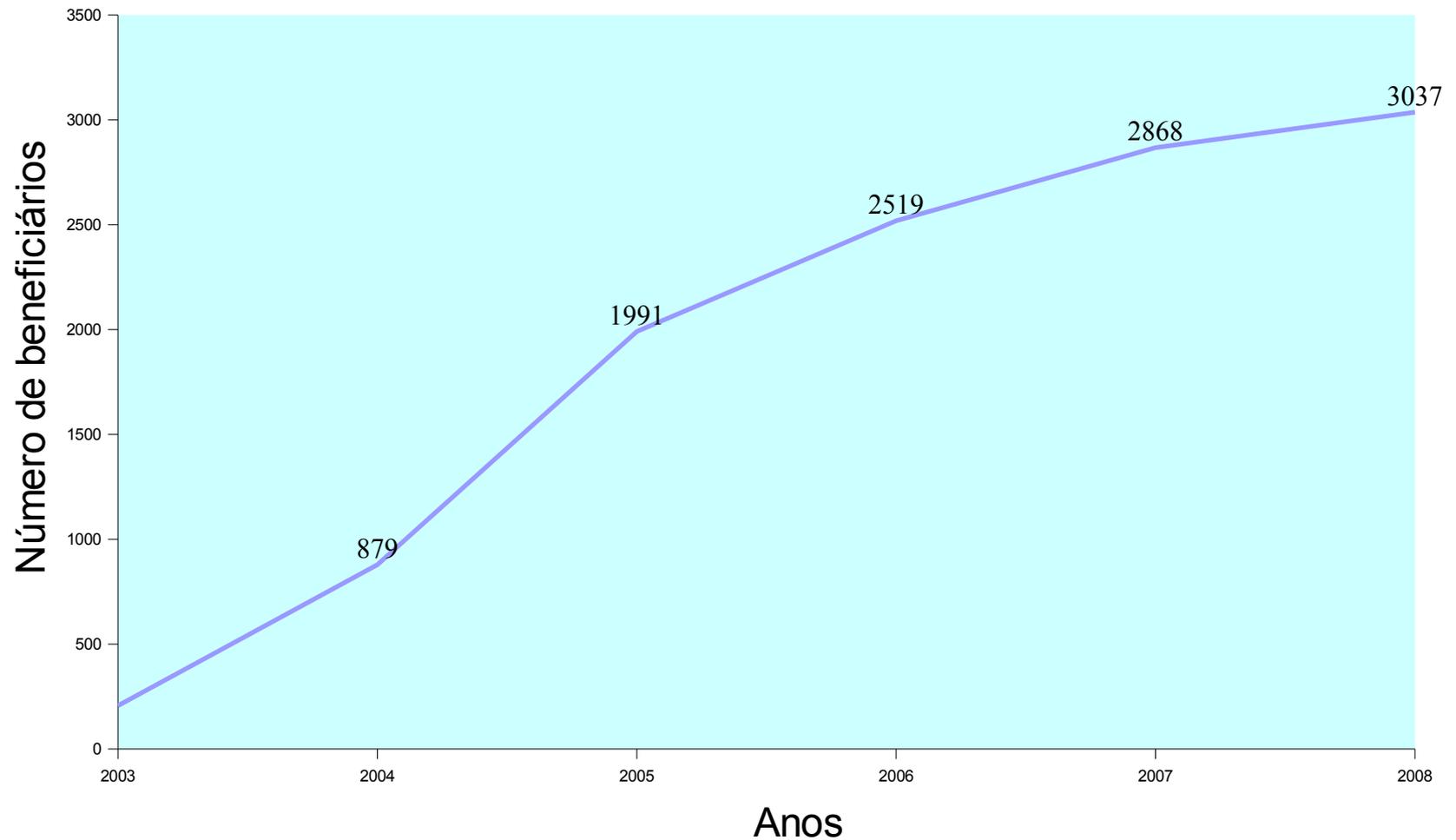
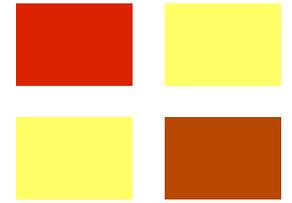
II) Conjunto de mecanismos/estratégias de interface:

- Intervenções sanitárias
- Intervenções judiciais
- Articulações do/com controle social

Programa de Volta para Casa

- Estratégia potencializadora da autonomia dos usuários
- É fruto de reivindicação histórica do movimento social
- Destinado a pessoas egressas de longas internações
- Foi criado pela Lei Federal 10.708 em 2003
- Auxílio-reabilitação psicossocial de R\$ 320,00
- Compromisso do gestor em garantir a assistência extra-hospitalar ao paciente egresso de internações

Expansão do Programa de Volta para Casa (2003 a julho de 2008)



Desafios do Programa De Volta para Casa

- Garantia de documentação à população egressa de internações (dificuldade de identificação e registro)
- Resistência de profissionais tanto da saúde como da Justiça em aceitar os direitos dos pacientes
- Necessidade de melhor compreensão por parte dos profissionais do potencial do
- Uso desnecessário da interdição judicial para recebimento do auxílio - cultura da tutela
- Crítica à noção de “incapacidade” de inserção produtiva do usuário

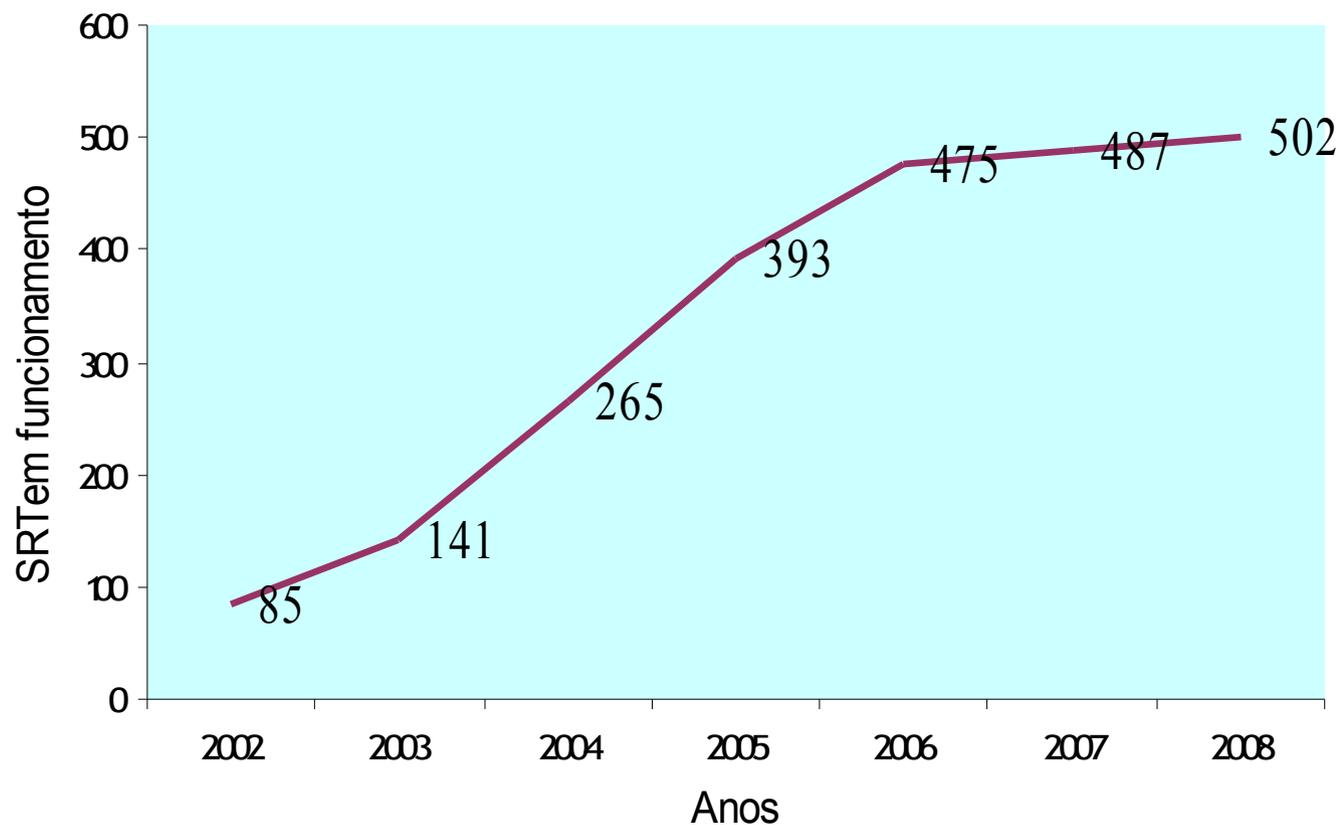
Residências terapêuticas

- Dispositivo essencial para o processo de desinstitucionalização
- Devem estar localizadas no espaço urbano e atender às características de uma moradia
- Deve acolher, no máximo 8 pessoas e deve estar articulada a um CAPS (onde houver)
- Acompanhamento de um cuidador para apoiar os moradores

Financiamento residências terapêuticas

- Incentivo federal de R\$ 10.000 para a montagem de cada casa
- Custeio: recursos oriundos do fechamento de leitos (AIHs)
- Necessidade de pactuação entre gestores para o remanejamento dos recursos das AIHs

Expansão das Residências Terapêuticas (2003 a julho de 2008)



Desafios para as residências terapêuticas

- Aumentar o n° de residências
- Articular com programas de habitação existentes nos municípios
- Melhorar a forma de custeio das residências (atualmente recursos das AIHS)
- Superar dificuldades de ordem cultural e social



Desafio da ampliação do acesso e redução
de iniquidades

Caps como dispositivo estratégico

- Serviços abertos de atenção diária
- Acolhimento da crise
- Atenção diária que possa promover a redução das internações em hospitais psiquiátricos
- Articulador dos recursos do território: criação de rede (sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais)
- Suporte às ações de SM na atenção básica

Modalidades de CAPS

- Critérios: porte, capacidade de atendimento e clientela atendida
 - ❖ CAPS I
 - ❖ CAPS II – turno noturno
 - ❖ CAPS III – 24 horas
 - ❖ CAPS infanto-juvenil
 - ❖ CAPS álcool e outras drogas

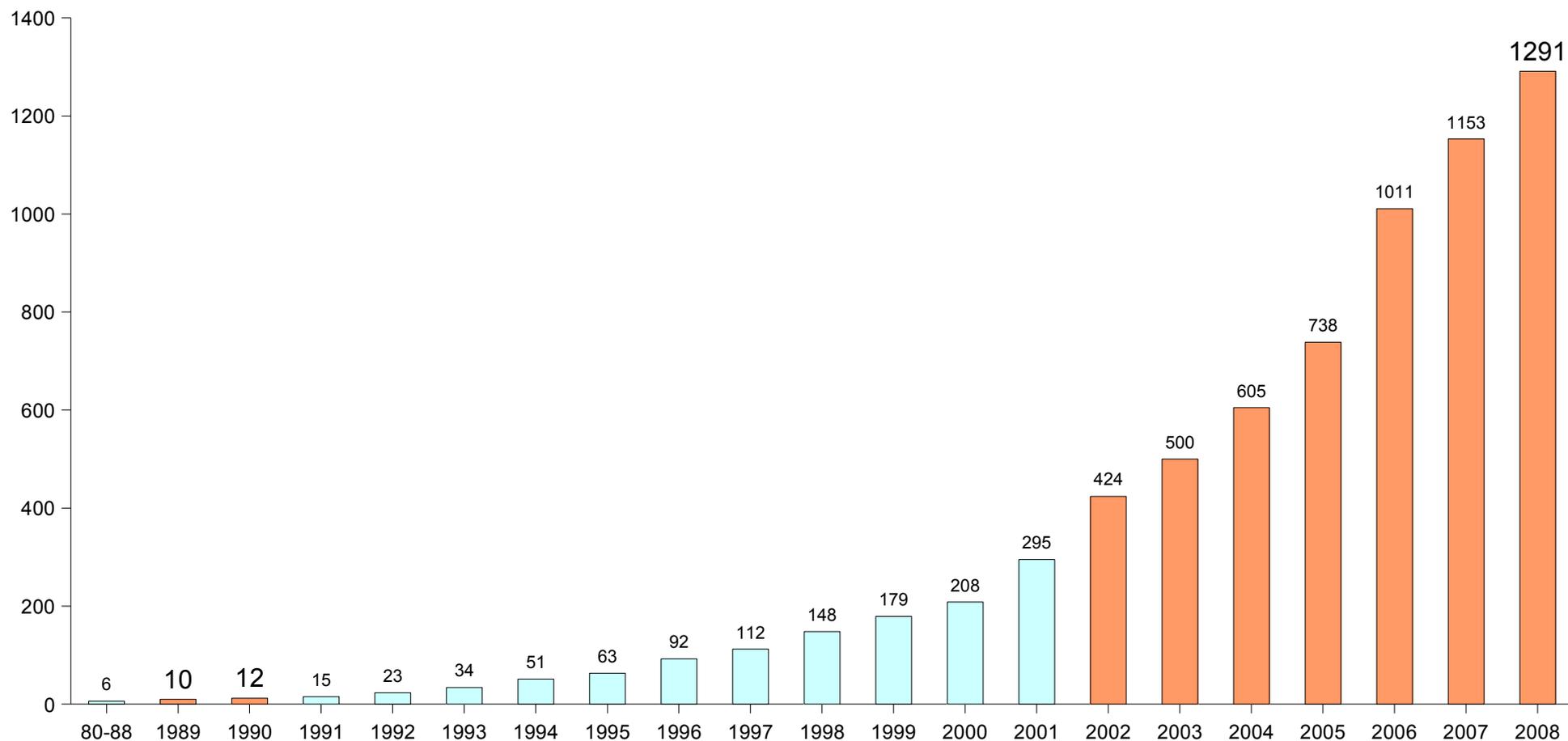
Financiamento dos CAPS

I) **Incentivo** antecipado para implantação dos serviços (repasses fundo a fundo):

- CAPS I – 20 mil;
- CAPS II e infanto-juvenil – 30 mil
- CAPS III e AD – 50 mil

II) **Custeio**: recursos repassados pelo MS a estados e municípios, a partir dos procedimentos realizados pelo CAPS (de acordo com o tipo de CAPS – variação de R\$ 20 a 50 mil por mês) – atualmente são recursos extra-teto

A expansão da rede CAPS



	UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de CAPS	CAPS por 100.000 hab
1	PB	3.742.606	26	9	2	6	5	48	0,96
2	SE	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,90
3	RS	10.855.214	51	32	1	12	15	111	0,79
4	AL	3.127.557	33	6	0	1	1	41	0,78
5	CE	8.450.527	33	28	2	4	13	80	0,76
6	SC	6.052.587	36	13	0	5	7	61	0,71
7	RN	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
8	MT	2.957.732	24	1	0	2	5	32	0,68
9	RO	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
10	PR	10.590.169	32	23	2	7	17	81	0,62
11	BA	14.502.575	85	24	2	4	11	126	0,58
12	MA	6.305.539	34	12	1	2	3	52	0,56
13	PI	3.119.697	18	4	0	1	3	26	0,54
14	MS	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
15	MG	19.850.072	64	40	8	7	7	126	0,49
16	RJ	15.872.362	29	36	0	12	15	92	0,49
17	SP	41.011.635	49	64	17	23	45	198	0,44
18	PE	8.734.194	12	16	1	3	10	42	0,42
19	GO	5.844.996	8	12	0	2	4	26	0,38
20	ES	3.453.648	5	7	0	0	3	15	0,36
21	TO	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
22	AP	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
24	PA	7.321.493	15	10	1	1	4	31	0,33
23	AC	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
25	RR	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
26	DF	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
27	AM	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
	Brasil	189.612.814	603	368	40	97	183	1291	0,53

Rede CAPS Brasil

Cobertura CAPS (julho de 2008)



Estratégias para qualificação dos CAPS

- Supervisão clínico-institucional – 3 Chamadas
389 CAPS com supervisão financiada pelo MS
- Estímulo às Escolas de supervisores
- Cursos de formação para profissionais da rede de saúde mental
- Avaliar-CAPS: 3 aplicações
- Encontros de CAPS estaduais e regionais e por tipo (Encontro de CAPS III e CAPS i)

Desafios para a expansão e qualificação dos CAPS

- Dificuldades na expansão dos CAPS III, CAPS AD e infanto-juvenil
- Sustentabilidade financeira dos CAPS no contexto do Pacto de Gestão
- Insuficiência de profissionais qualificados para os novos serviços

Saúde Mental na Atenção Básica

- Importante estratégia de aumento do acesso aos cuidados em saúde mental
- Estratégia: equipes de saúde mental ofertam apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (atendimento conjunto, supervisão, formação continuada) – aumento da capacidade resolutiva
- Importância das experiências implantadas e consolidadas – apoio matricial a partir do CAPS, de ambulatórios, de equipes volantes de SM

Saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

- Portaria GM 154/08: cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família
 - “Art. 4º § 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 profissional da área de saúde mental”

Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

- NASF I: 5 a 13 profissionais de nível superior atendem a 8 a 20 equipes de Saúde da Família
- NASF II: 3 a 8 profissionais de nível superior atendem 3 equipes de Saúde da Família

Profissionais de SM (dentre 13 especialidades):
psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social

- **Cerca de 20% dos profissionais contratados para os NASF são de saúde mental**

Levantamento preliminar sobre saúde mental na atenção primária em municípios com menos de 20 mil hab. (2006)

UF	Municípios < 20.000 habitantes	% municípios com ações	%municípios Ações Sistemáticas	%municípios Ações Irregulares
SE	54	75,93	5,56	70,37
AL	63	63,49	34,92	28,57
RJ	28	57,14	35,71	21,43
ES	44	50,00	50,00	0,00
PB	194	48,97	8,25	40,72
SC	236	48,73	27,12	21,61
MG	675	43,56	24,15	19,41
PR	312	21,15	14,10	7,05
MS	55	20,00	1,82	18,18
RN	139	11,51	0,00	11,51
SP	399	9,27	6,02	3,26
PA	49	8,16	4,08	4,08
AM	34	0,00	0,00	0,00

Leitos de Atenção Integral

- Leitos em CAPS III
- Serviços Hospitalares de Referência para AD
- Leitos em Hospitais Gerais

Desafios:

- Necessidade de ampliação destes serviços;
- Superação da resistência entre os profissionais;
- Serviço deve estar articulado à rede de saúde mental;
- A rede deve se oferecer como suporte e para compartilhamento de casos;
- Necessidade de revisão da normatização dos HG

A política de álcool e outras drogas

- Cenários: alta prevalência e graves consequências familiares e sociais, com altos índices de internação em hospitais psiquiátricos
- Cenário institucional: superposição e conflito – justiça, segurança pública, associações religiosas e filantrópicas, entre outros
- Política intersetorial que enfrenta embates e interesses da indústria das bebidas alcoólicas – ex.: restrição da propaganda e da venda de bebidas

Diretrizes da Política de Álcool e outra Drogas

- Reorientação do modelo assistencial – instituições fechadas, baseadas na abstinência para uma rede de atenção integral que reduza a exclusão e a falta de cuidados, evitando internações desnecessárias
- 2002: álcool e drogas como questão de saúde pública – Política de Álcool e Drogas do MS
- 2007: Política do Álcool

Política de Álcool e outras Drogas

- Ampliação do acesso ao tratamento:
- Centros de atenção psicossocial AD, (além dos CAPS I e CAPS III) Hospitais Gerais, ações na atenção básica e articulação com uma rede de suporte social
- Redução de danos como estratégia valiosa
- Integração Intra e Intersetorial
- Restrição do uso de bebidas alcóolicas e trânsito (alcoolemia) e restrição de venda de bebidas alcóolicas em zonas rurais e estradas federais (Lei 11.705/2008)
- Campanhas sobre os riscos do abusivo do álcool

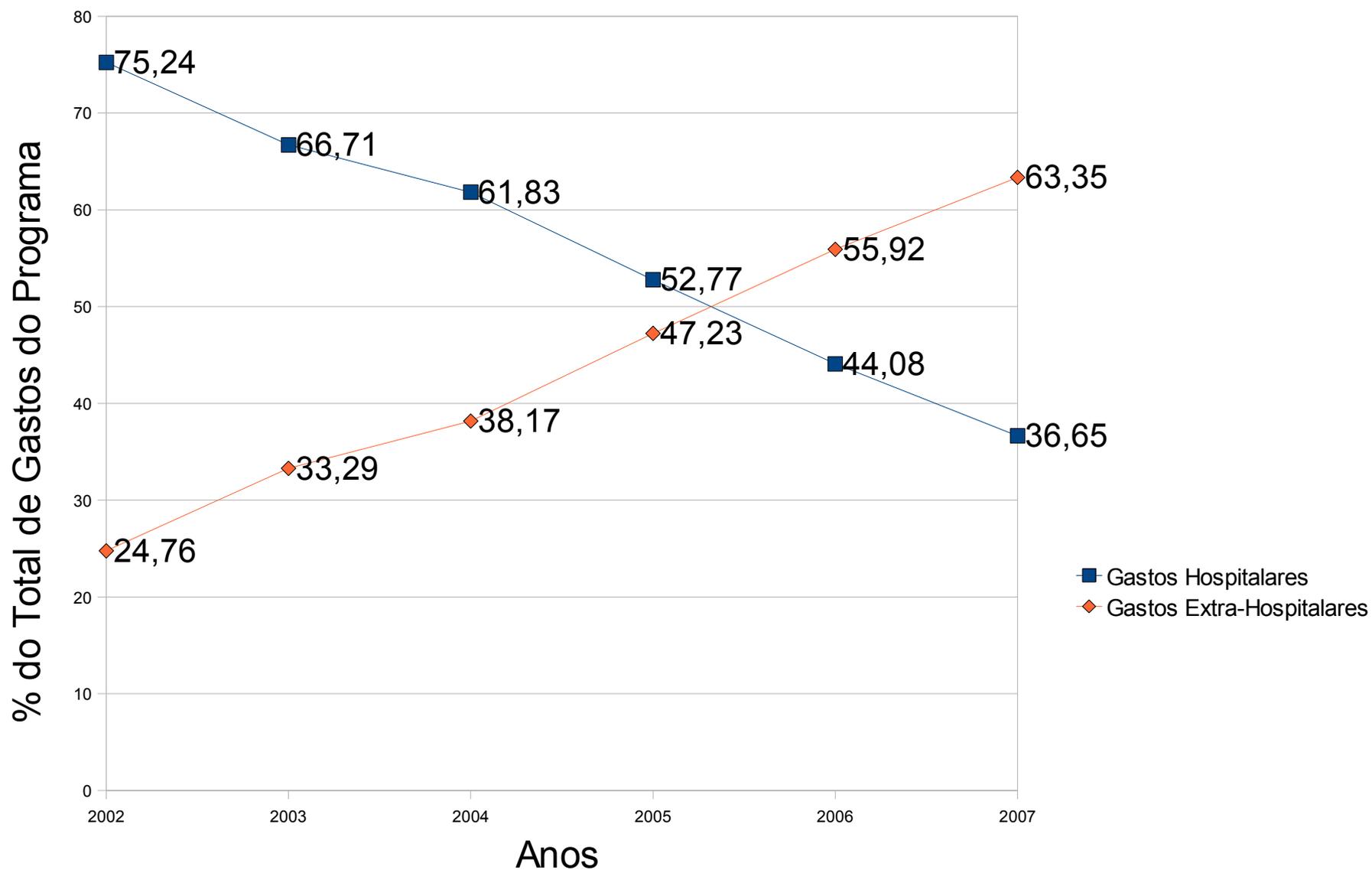
Política de Saúde Mental Infanto-juvenil

- ❑ Desinstitucionalização de crianças e adolescentes
- ❑ Aumento do acesso ao tratamento com expansão da rede e seu fortalecimento: CAPS infanto-juvenil, CAPS álcool e drogas, CAPS I, Ambulatórios, Equipes de Saúde da Família, leitos em HG
- ❑ Intersetorialidade: educação, justiça, cultura, entre outros
- ❑ Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infanto-juvenil (Portaria GM 1608/2004) - pactuação intersetorial
- ❑ Projeto piloto sobre atenção em SM e construção de redes de apoio para adolescentes em conflito com a lei

Formação Permanente em Saúde Mental

- **Cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização em saúde mental (90 cursos, com cerca 5000 alunos formados)**
- **Residências multiprofissionais em Saúde Mental**
- **Supervisão Clínico-Institucional**
- **Novas estratégias no MS:**
- **Ampliar apoio de cursos à distância**
- **Telessaúde**

A Inversão do Financiamento



Gastos Saúde Mental

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	Incremento 2002-2003	2003	Incremento 2003-2004	2004	Incremento 2004-2005	2005	Incremento 2005-2006	2006	Incremento 2006-2007	2007
Ações e programas extra-hospitalares	153,31	47,42	226,00	27,14	287,35	41,34	406,13	33,45	541,99	40,31	760,47
Ações e programas hospitalares	465,98	-2,80	452,93	2,78	465,51	-2,54	453,68	-5,81	427,32	2,94	439,90
Total	619,29	9,63	678,94	10,89	752,85	14,21	859,81	12,74	969,31	23,84	1.200,37
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75,24	-11,34	66,71	-7,31	61,83	-14,66	52,77	-16,45	44,08	-16,87	36,65
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24,76	34,47	33,29	14,66	38,17	23,76	47,23	18,38	55,92	13,3	63,35
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293,33	6,83	30.226,28	20,88	36.538,02	11,65	40.794,20	13,22	46.185,56	7,15	49.489,37
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2,19	2,62	2,25	-8,27	2,06	2,29	2,11	-0,42	2,10	15,57	2,43
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293,34	11,89	27.181,16	20,32	32.703,50	13,58	37.145,78	9,7	40.750,59	12,4	45.803,74
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2,55	-2,02	2,5	-7,84	2,3	0,55	2,31	2,76	2,38	10,18	2,62

Política Nacional de Saúde Mental: o período 2001-2008

- Ampliação significativa da rede de serviços
(2002 – 21% da população coberta por CAPS, em
2008 – 53%)
- Mudança do perfil de financiamento
- Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos
- Ampliação da oferta de programas de formação
- Tomada da questão do álcool e outras drogas
como questão de saúde pública

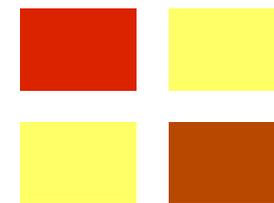
Desafios na reorientação do modelo assistencial em saúde mental

- Aumentar o acesso aos cuidados em saúde mental, sobretudo na atenção primária
- Ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental
- Integralidade da atenção às crises nas grandes cidades
- Magnitude do problema das drogas e da violência

Pautas com o Ministério Público

- Priorização das ações de saúde mental no nível local
- Discussão da judicialização – novas institucionalizações – internações compulsórias
- Notificação das internações involuntárias
- Documentação dos pacientes internados
- Discussão sobre a banalização da interdição

Contato:



**Coordenação de Saúde Mental
Ministério da saúde
Edifício Sede, 6º andar, sala 606
Brasília – DF
CEP 70058-900
Fone: 61 3315-3319/2313
Fax: 61 3315-2313**

**Email:
saudemental@saude.gov.br**

