

# SAÚDE MENTAL NO SUS:

*acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*



RELATÓRIO DE GESTÃO - 2003 - 2006

Coordenação Geral de Saúde Mental  
Ministério da Saúde

**Ministério da Saúde**

**Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do  
Modelo de Atenção**

**Relatório de Gestão**

**2003-2006**

**Coordenação Geral de Saúde Mental**

**Ministério da Saúde**

**Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do  
Modelo de Atenção**

**Relatório de Gestão**

**2003-2006**

**Coordenação Geral de Saúde Mental**

**Brasília – Janeiro de 2007**

Ministério da Saúde, 2007

Ministro da Saúde: José Agenor Álvares

Secretário de Atenção à Saúde: José Gomes Temporão

Diretora do DAPE: Maria Cristina Boaretto

Coordenador de Saúde Mental: Pedro Gabriel Delgado

Capa: sobre tela de Maria do Socorro Santos (militante do movimento de usuários de saúde mental do Rio de Janeiro, falecida em 2005). Autorizado pela curadoria do acervo: Projeto Maria do Socorro Santos (Projeto Transversões/Escola de Serviço Social/UFRJ e IFB).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

## Sumário

Apresentação.....	7
1. Articulação entre as instâncias do SUS para o processo de gestão da política de saúde mental.....	9
1.2 O Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental.....	9
2. Avanços na construção da rede de atenção de base comunitária.....	11
2.1. Os Centros de Atenção Psicossocial: expansão e consolidação.....	11
2.2. As Residências Terapêuticas.....	18
2.3. Os Ambulatórios de Saúde Mental.....	19
2.4. Os Centros de Convivência e Cultura.....	21
2.5. Saúde mental na atenção básica: as Equipes Matriciais de Referência.....	21
2.6. Hospitais-dia.....	24
3. Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e o processo de desinstitucionalização ....	25
3.1. Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar: redução de leitos e mudança do perfil dos hospitais.....	25
3.2 O processo de Intervenção do Ministério da Saúde em Hospitais Psiquiátricos.....	30
3.3. Experiências exitosas: Campina Grande - PB e Carmo - RJ.....	35
3.4. O Programa de Volta para Casa.....	37
4. Estratégia de atenção para transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.....	39
4.1. A construção da Política de Álcool e Outras Drogas.....	39
4.2. Política sobre o Álcool.....	41
4.3. Legislação.....	42
4.4. Articulação com a sociedade.....	42
5. Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica .....	44
6. Avanços na construção e implementação de políticas e programas de saúde mental: o desafio da intersetorialidade.....	45
6.1. Política de Saúde Mental para a infância e adolescência.....	45
6.2. Programa de Inclusão Social pelo Trabalho.....	47
6.3. Saúde Mental e Direitos Humanos.....	48
6.4. O Caso Damião Ximenes.....	49
6.5 Política de Saúde Mental e Intervenção na Cultura.....	50

6.6. Saúde Mental da População Negra.....	51
6.7. Brasil sem Homofobia.....	52
6.8. Saúde Mental e Gênero.....	53
6.9. Os Manicômios Judiciários.....	54
6.10. Atenção às urgências.....	55
6.11. Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.....	56
6.12. Acesso ao tratamento em epilepsia: articulação saúde mental e atenção básica.....	57
7. Perspectivas de sustentabilidade da mudança de modelo.....	58
7.1. Sustentabilidade econômica.....	58
7.2. Sustentabilidade social .....	60
7.3. Sustentabilidade cultural.....	61
7.4. Sustentabilidade tecnológica.....	61
7.5. Sustentabilidade e Pacto pela Vida.....	61
Glossário.....	63
8. Anexos.....	67
8.1. Principais Eventos, Seminários e Encontros promovidos/apoiados pelo Ministério da Saúde no período 2003-2006.....	67
8.2. Pesquisas e outros projetos financiados e/ou apoiados.....	69
8.3. Atos Normativos.....	73
8.4. Apoio para Realização de Programas de Formação no período.....	77
8.5. Publicações e periódicos.....	79

## Apresentação

O objetivo deste documento é relatar os avanços e dificuldades, entre 2003 e 2006, da gestão do complexo processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental, a partir das ações do Ministério da Saúde – um dos diversos atores do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da lei 10.216/2001 e é referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental e conferências nacionais de saúde. O que apresentaremos a seguir não será um relato exaustivo das ações do Ministério neste período, mas suas principais estratégias e resultados, e as mudanças observadas na superação do cenário de desassistência que já caracterizou a atenção à saúde mental pública no Brasil.

Sempre que for possível, séries históricas serão apresentadas para uma melhor apreensão da mudança de cenário efetuada nestes últimos quatro anos, assim como para a análise das dificuldades, impasses e indicação de futuras ações. A listagem dos principais atos normativos do período, dos principais projetos de pesquisa financiados e dos eventos mais relevantes promovidos também será oferecida em anexo ao documento, e permitirá não somente um registro histórico do período, mas a indicação do porte do investimento na mudança do modelo de atenção.

O relatório é apresentado em 6 partes, seguidas de um Anexo:

1. Articulação entre as instâncias do SUS para o processo de gestão da política.
2. Avanços na construção da rede de atenção de base comunitária.
3. Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar e o processo de desinstitucionalização.
4. Estratégia de atenção para transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.
5. Programa de formação permanente de recursos humanos para a atenção em saúde mental.
6. Ações intersetoriais.

Inclui-se ainda uma discussão final, sobre a sustentabilidade do processo de mudança do modelo assistencial, especialmente nos aspectos da gestão e do financiamento.

Destacamos dois fatos relevantes descritos neste relatório: a marca atingida em 2006, de mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial cadastrados e em funcionamento no SUS, e a superação, pela primeira vez, do montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em

relação àquele destinado aos hospitais psiquiátricos, num cenário de ampliação regular dos recursos. Ambos os fatos autorizam a conclusão de que a mudança do modelo assistencial psiquiátrico no SUS tornou-se uma realidade.

Este Relatório foi apresentado à Comissão Intergestores Tripartite, em sua reunião de 08.02.2007.

Para facilitar a leitura deste relatório, será oferecido um glossário ao final do documento. Os verbetes disponíveis no glossário estarão marcados em [azul](#) ao longo do texto.

# 1. Articulação entre as instâncias do SUS para o processo de gestão da política de saúde mental

Como em outras áreas do SUS, a gestão da política de saúde mental é tarefa complexa, descentralizada, com diversos níveis de decisão e de controle social. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001), com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu, na melhor tradição do Sistema Único de Saúde, os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil nos últimos anos. A formulação, a pactuação e a articulação das diretrizes propostas pela III Conferência exigiu uma instância democrática e articulada de gestão pública deste processo. Neste sentido, foi de especial importância a construção e consolidação do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM), reunido pela primeira vez em 2003.

## 1.2 O Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental

Composto por 146 pessoas, entre coordenadores de saúde mental do estados, das capitais e grandes cidades, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde, CONASS e CONASSEMS, o Colegiado sustentou-se, no período do primeiro governo Lula, como a instância mais abrangente de articulação do processo de gestão da Política de Saúde Mental. O Colegiado reuniu-se ao menos duas vezes ao ano a partir de 2003, e em reuniões de dois dias tinha a tarefa de discutir os desafios e avanços do processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental em cada um dos estados brasileiros, propondo as ações prioritárias para cada semestre ou ano. Abaixo, o registro da sua composição.

### Composição do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental

Participantes	Nº membros
Coordenadores Estaduais de Saúde Mental	27
Coordenadores de Saúde Mental de Capitais	26
Coordenadores de Saúde Mental de Municípios com mais de 300.000 habitantes	44
Equipe da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde	13
Coordenadores de Saúde Mental de Municípios com grande concentração de Leitos	13
Consultores ou interlocutores da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde	14
Representação CONASS e CONASSEMS	2
Observador do Conselho Nacional de Saúde	1
Técnicos de outras instâncias do Ministério da Saúde/SUS (DAPE, DERAC, DABe, SE, PN DST/AIDS, ANVISA)	6
<b>Total</b>	<b>146</b>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS

Em todos os estados, uma instância de coordenação de saúde mental encarrega-se da articulação com as instâncias de coordenação municipais. Alguns estados constituem Comissões de Acompanhamento da Política de Saúde Mental, com participação do controle social. Instâncias específicas de articulação intersetorial vão se formando em diversos estados e municípios, como o Fórum de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, com forte participação de outras políticas públicas, especialmente Ação Social, Justiça e Educação.

No âmbito do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Saúde Mental situa-se no Departamento de Ações Estratégicas (DAPE), subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

## **2. Avanços na construção da rede de atenção de base comunitária**

A articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária foi um dos principais desafios desta gestão. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços. Abaixo, os principais avanços conquistados na construção de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS.

### **2.1. Os Centros de Atenção Psicossocial: expansão e consolidação**

Nos últimos quatro anos, a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos [Centros de Atenção Psicossocial \(CAPS\)](#), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, a expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Neste período, o Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços.

A decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, uma vez que o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública. As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e o caráter estratégico destes serviços, que têm atribuições intransferíveis, fundaram, no entanto, a decisão política por uma rede CAPS de gestão pública. A partir de 2003, apenas CAPS públicos (em sua quase totalidade, municipais) foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na mesma direção, os municípios foram incentivados a municipalizar os poucos serviços privados ou filantrópicos, existentes há mais tempo na rede, e que prestassem atendimento relevante. Hoje, 98,6% dos CAPS da rede são públicos.

Durante o primeiro governo Lula os gestores também foram incentivados a expandir a rede CAPS a partir dos municípios de maior porte. A relação serviço/população, de fato, é um dos principais indicadores da adequação da rede às demandas da população. Como resultado deste processo, a rede CAPS totalizou 1011 serviços no ano de 2006. Temos hoje 430 CAPS I, 320

CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPSi e 138 CAPSad e os CAPS estão presentes em todos os estados da federação. Apenas 6 dos 74 municípios com mais de 300.000 habitantes não têm um serviço tipo CAPS em sua rede de atenção à saúde. O número de serviços mais que dobrou nos últimos quatro anos e, embora a maioria deles ainda se concentre nas regiões Sul e Sudeste, é evidente o impacto, no acesso ao tratamento, da expansão de serviços em estados onde a assistência extra-hospitalar em saúde mental era praticamente inexistente, especialmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. A Tabela 1 mostra o incremento anual, no período analisado, dos CAPS nas unidades federativas (totais de serviços ao fim de cada ano).

**Tabela 1 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por UF: serviços existentes (dezembro de 2002 a dezembro 2006)**

UF	Número de Centros de Atenção Psicossocial				
	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Região Norte</b>					
AM	0	0	0	1	3
AC	0	1	1	1	2
AP	1	1	2	2	2
PA	12	15	19	20	24
TO	4	5	5	5	5
RR	0	1	1	1	1
RO	2	3	4	7	9
<b>Região Nordeste</b>					
AL	6	7	7	13	35
BA	14	32	37	42	89
CE	24	26	29	36	57
MA	4	5	6	19	36
PB	2	4	12	16	34
PE	11	17	20	24	31
PI	1	1	3	10	21
RN	6	7	9	12	21
SE	3	8	13	16	20
<b>Região Centro-Oeste</b>					
DF	2	2	2	3	3
GO	6	11	13	16	19
MT	9	12	17	24	28
MS	4	4	5	9	12
<b>Região Sudeste</b>					
ES	6	7	9	11	15
MG	56	67	80	91	105
RJ	51	52	59	63	72
SP	105	110	127	143	166
<b>Região Sul</b>					
PR	15	16	22	31	54
RS	55	61	70	78	97
SC	25	25	33	44	50
<b>TOTAL</b>	<b>424</b>	<b>500</b>	<b>605</b>	<b>738</b>	<b>1011</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental

O estado da Bahia, por exemplo, sextuplicou<sup>1</sup> o número de CAPS em funcionamento nos últimos quatro anos, passando de 14 CAPS ao final de 2002, para 89, ao final de 2006. O estado de Pernambuco, assim como Goiás, quase triplicou o número de CAPS nos últimos 4 anos: Goiás passou de 6 CAPS em funcionamento, ao final de 2002, para 19 CAPS em 2006 (embora com expansão concentrada na capital). Note-se que se trata de estados com grande tradição hospitalocêntrica e baixa cobertura assistencial.

Uma grande expansão de serviços pode também ser detectada nos estados de Mato Grosso, Alagoas, Piauí, Paraíba, Paraná, Rondônia e Sergipe, além dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Desta forma, embora a distribuição espacial dos CAPS ainda reflita as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras, está dada uma clara tendência de ampliação igualitária da cobertura.

De fato, neste período a política de financiamento do Ministério da Saúde para os Centros de Atenção Psicossocial foi extremamente favorável à expansão da rede. O estabelecimento de uma forma estratégica de financiar os serviços, através do FAEC, ainda no ano de 2002 (PT 336/02), foi crucial para a expansão, consolidação e fortalecimento da rede extra-hospitalar. Os recursos do FAEC, por serem novos, fora dos tetos financeiros municipais, favoreciam uma distribuição mais homogênea destes serviços no Brasil.

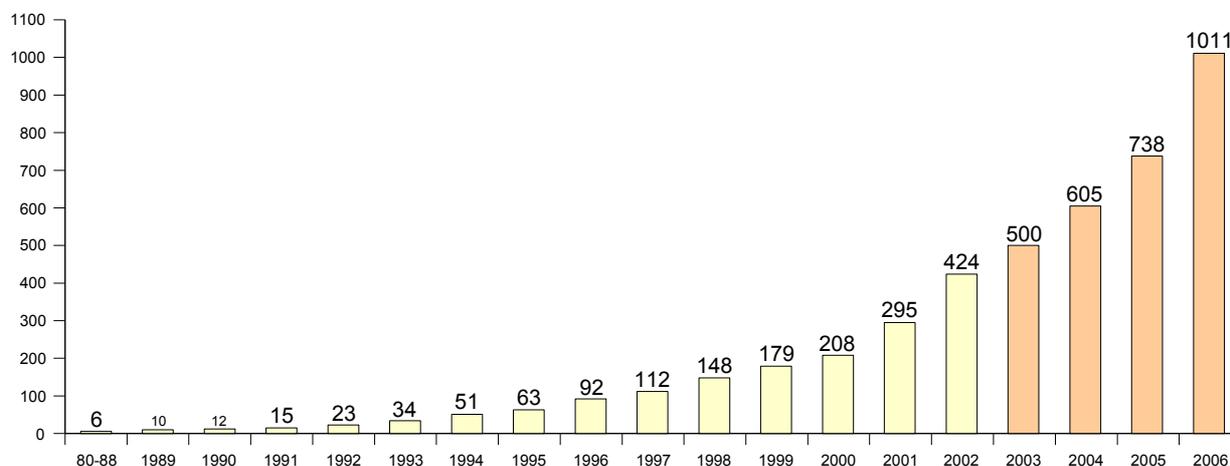
Em 2003, num esforço permanente de expansão e consolidação da rede, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM 1455, que estabelecia incentivos financeiros únicos, repassados fundo a fundo, para cada CAPS implantado no país, superando o lento e ineficiente mecanismo de celebração de convênios entre o Ministério da Saúde e os municípios. Neste período (2003), o Ministério da Saúde repassou recursos para a compra de equipamentos **para todos os CAPS públicos do país**, e estabeleceu o repasse automático do recurso para cada CAPS que fosse cadastrado no futuro.

Ao fim de 2004, os incentivos para os CAPS passam a ser antecipados, isto é, repassados antes de o serviço estar em funcionamento (PT GM 1935/04 e PT GM 245/05). Isto possibilitou aos gestores sanar problemas com os espaços físicos, equipamentos ou capacitação. Apenas em 3 meses de vigência desta portaria, cerca de 100 solicitações de recurso já haviam sido recebidas pelo Ministério da Saúde, e não restou dúvida de que este foi um dos principais mecanismos de indução da implantação destes serviços nos municípios nos últimos dois anos.

---

<sup>1</sup> Expressando o deslocamento do ritmo de crescimento dos CAPS no sentido do Nordeste e do Norte, e tomando como base o número de CAPS em janeiro de 2003, os estados que tiveram maior incremento foram, pela ordem: 1. Piauí, 2. Paraíba, 3. Maranhão, 4. Sergipe, 5. Bahia, 6. Alagoas, 7. Rondônia, 8. Paraná, 9. Rio Grande do Norte, 10. Goiás. Os de menor crescimento (devendo levar-se em conta, obviamente, aqueles do Sul e Sudeste que partem de um patamar de maior cobertura) foram: 1. Roraima, 2. Tocantins, 3. Rio de Janeiro, 4. Distrito Federal, 5. São Paulo, 6. Rio Grande do Sul, 7. Minas Gerais, 8. Santa Catarina, 9. Amapá e 10. Pará.

**Gráfico 1 : Expansão anual dos CAPS (da década de 80 a dezembro de 2006)**



Fontes: Ministério da Saúde. A partir de 2001, Coordenação de Saúde Mental. Antes de 2001 - Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001

A avaliação da cobertura da rede CAPS deve levar em conta a população residente nos estados e nos municípios. Nos últimos quatro anos, a construção e constante revisão pelo Ministério da Saúde do indicador CAPS/100.000 habitantes, deu instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial. Tal indicador deve ser sensível às peculiaridades de cada serviço da rede CAPS e à capacidade de resposta efetiva de cada um deles (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad). Desta forma, considerou-se para o cálculo do indicador que o CAPS I provê cobertura efetiva a 50.000 habitantes; que o CAPS III dá cobertura a 150.000 habitantes; e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes. Desta forma, o retrato da cobertura da rede CAPS no país passou a ser mais acurado, orientando melhor os gestores em saúde mental (Tabela 2).

**Tabela 2 – Cobertura CAPS/100.000 habitantes por UF  
(dezembro de 2002 – dezembro de 2006)**

UF	CAPS/100.000 habitantes ponderado				
	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Região Norte</b>	<b>0,11</b>	<b>0,19</b>	<b>0,22</b>	<b>0,23</b>	<b>0,27</b>
AM	0	0	0	0,02	0,09
AC	0	0,17	0,16	0,15	0,29
AP	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32
PA	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27
TO	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26
RR	0	0,28	0,27	0,26	0,25
RO	0,14	0,17	0,2	0,36	0,42
<b>Região Nordeste</b>	<b>0,12</b>	<b>0,18</b>	<b>0,25</b>	<b>0,33</b>	<b>0,55</b>
AL	0,17	0,21	0,2	0,3	0,67
BA	0,08	0,19	0,23	0,25	0,44
CE	0,25	0,27	0,3	0,35	0,57
MA	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43
PB	0,06	0,1	0,27	0,36	0,72
PE	0,14	0,2	0,24	0,27	0,32
PI	0,03	0,03	0,08	0,22	0,48
RN	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56
SE	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>0,15</b>	<b>0,18</b>	<b>0,22</b>	<b>0,31</b>	<b>0,36</b>
DF	0,07	0,07	0,07	0,11	0,11
GO	0,1	0,18	0,21	0,24	0,28
MT	0,25	0,32	0,41	0,57	0,66
MS	0,16	0,16	0,2	0,31	0,40
<b>Região Sudeste</b>	<b>0,24</b>	<b>0,26</b>	<b>0,30</b>	<b>0,33</b>	<b>0,40</b>
ES	0,17	0,18	0,23	0,28	0,37
MG	0,26	0,3	0,35	0,37	0,44
RJ	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39
SP	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38
<b>Região Sul</b>	<b>0,30</b>	<b>0,32</b>	<b>0,39</b>	<b>0,46</b>	<b>0,59</b>
PR	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45
RS	0,39	0,44	0,52	0,56	0,70
SC	0,35	0,35	0,43	0,54	0,61
<b>TOTAL</b>	<b>0,21</b>	<b>0,24</b>	<b>0,29</b>	<b>0,33</b>	<b>0,44</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental / MS  
IBGE – Estimativas populacionais (2002 a 2006)

Considerando as estimativas populacionais do IBGE para os anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006, o indicador CAPS/100.000 habitantes é capaz de refletir a efetiva capacidade de resposta dos serviços para uma população residente sempre crescente. Considera-se que um estado ou município tem de razoável a boa cobertura quando o indicador ultrapassa 0,50. Note-se que sete estados (Alagoas, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Sergipe e Ceará), em 2006, já alcançam esta referência, em contraste com dois estados (Distrito Federal e

Amazonas) que apresentam cobertura muito baixa (abaixo de 0,20 CAPS por 100.000 habitantes). O indicador aplicado à população brasileira, reflete, por sua vez, um sensível aumento da cobertura, que, ainda que esteja aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, revela uma melhora progressiva da cobertura assistencial. A Tabela 3 apresenta o ranqueamento da cobertura de CAPS por UF, em dezembro de 2006.

**Tabela 3 – Ranking da cobertura CAPS/100.000 hab. Por UF.**

<b>Ranking</b>	<b>UF</b>	<b>CAPS/100.000 hab. Dezembro de 2006</b>
1º	SE	0,75
2º	PB	0,72
3º	RS	0,70
4º	AL	0,67
5º	MT	0,66
6º	SC	0,61
7º	CE	0,57
8º	RN	0,56
9º	PI	0,48
10º	PR	0,45
11º	BA	0,44
12º	MG	0,44
13º	MA	0,43
14º	RO	0,42
15º	MS	0,40
16º	RJ	0,39
17º	SP	0,38
18º	ES	0,37
19º	AP	0,32
20º	PE	0,32
21º	AC	0,29
22º	GO	0,28
23º	PA	0,27
24º	TO	0,26
25º	RR	0,25
26º	DF	0,11
27º	AM	0,09

Fonte: Coordenação de Saúde Mental/MS

O mapa ajuda a visualizar a cobertura CAPS/100.000 habitantes em todo o país:



A rede de Centros de Atenção Psicossocial, a depender do tipo de CAPS, experimentou diferentes ritmos de expansão neste período. Os CAPS I e os CAPSad aumentaram em duas vezes e meia o número de serviços existentes. A expansão dos CAPS específicos - CAPSad, CAPSi e CAPS III - foi o principal desafio do período. Por serem inovações e tecnologias complexas, estas três modalidades apresentam como desafio central, além de sua expansão, o asseguramento da qualidade do atendimento, com a característica de serviços abertos territoriais de atenção diária. Notadamente, o CAPS III foi o tipo de serviço com menor expansão durante o período, por tratar-se de um dos dispositivos de maior complexidade da rede e por enfrentar o preconceito cultural da necessidade estrita da internação hospitalar.

**Tabela 4 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por tipo  
(dezembro de 2003 – dezembro de 2006)**

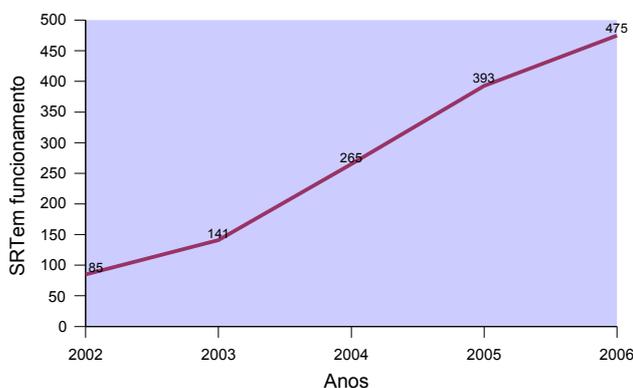
Tipo de Serviço CAPS	2002	2003	Ano 2004	2005	2006
CAPS I	145	173	218	283	439
CAPS II	186	208	236	271	320
CAPS III	19	24	29	26	37
CAPSi	32	37	44	56	77
CAPSad	42	58	78	102	138
<b>Total</b>	<b>424</b>	<b>500</b>	<b>605</b>	<b>738</b>	<b>1011</b>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental

## 2.2. As Residências Terapêuticas

Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das [residências terapêuticas](#) exigiu dos gestores do SUS uma permanente articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. O Ministério da Saúde pautou-se durante o atual governo pela orientação dos municípios para a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, pelo respeito a cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, mostrou ter um ritmo próprio e acompanhou, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos.

**Gráfico 2 – Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento (2002 a 2006)**



Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental

A rede de residências terapêuticas conta hoje com 475 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2.500 moradores. A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, foram alguns dos fatores que contribuíram para a expansão desta rede, que contava, em dezembro de 2002, com apenas 85 residências em todo o país e que hoje quintuplicou o número de serviços. De fato, o incentivo financeiro antecipado, isto é, repassado aos municípios antes de a residência estar em funcionamento, parece ter sido um dos mais importantes fatores de incentivo à expansão desta rede.

### **2.3. Os Ambulatórios de Saúde Mental**

Podemos considerar que avançamos nos últimos anos na superação da dicotomia CAPS *versus* ambulatórios, muito embora esta discussão exija ainda maior amadurecimento. Não avançamos, ou avançamos muito pouco, no entanto, na apreensão qualificada dos dados sobre o número, a configuração e o modo de funcionamento dos ambulatórios (862 serviços, segundo levantamento realizado pela Coordenação de Saúde Mental em dezembro de 2006). De fato, é necessário que o campo da Saúde Mental discuta estes serviços de forma mais aprofundada, articule melhor a relação entre CAPS – ambulatórios – território e entre ambulatórios - atenção básica e território, formulando diretrizes de funcionamento destes equipamentos, ainda sob a normatização da PT SNAS 224, de 1992.

Neste campo, ainda há muito a ser feito. Em geral, os ambulatórios de saúde mental prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores - cerca de 9% da população (todas as faixas etárias) - e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. São referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem sido baixa - a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são freqüentes. Entendemos que, em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, discutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes.

Os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. Porém, em municípios que ainda não possuem CAPS e municípios menores, é necessário que os

ambulatórios existentes se responsabilizem pelos transtornos mentais graves, articulando-se com a atenção básica para o acompanhamento dos transtornos menores. Para isso, é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelos CAPS. Essa discussão ainda precisa de um maior aprofundamento para a definição de novas diretrizes nos próximos anos. Levantamentos mais sistemáticos do dispositivo ambulatorial estão em andamento.

**Tabela 5 – Ambulatórios de Saúde Mental por UF<sup>2</sup>**

<b>Unidade Federativa</b>	<b>Ambulatórios de Saúde Mental</b>
<b>Região Norte</b>	<b>18</b>
Acre	4
Amapá	1
Amazonas	2
Pará	1
Rondônia	1
Roraima	2
Tocantins	7
<b>Região Nordeste</b>	<b>148</b>
Alagoas	8
Bahia	37
Ceará	4
Maranhão	4
Paraíba	3
Pernambuco	62
Piauí	17
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	12
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>22</b>
Distrito Federal	1
Goiás	9
Mato Grosso	6
Mato Grosso do Sul	6
<b>Região Sudeste</b>	<b>394</b>
Espírito Santo	31
Minas Gerais	89
Rio de Janeiro	68
São Paulo	206
<b>Região Sul</b>	<b>280</b>
Paraná	54
Rio Grande do Sul	104
Santa Catarina	122
<b>Brasil</b>	<b>862</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, levantamento 2006.

Também integram o componente ambulatorial os procedimentos do sistema SIA, que remontam ao antigo INAMPS: consultas de psiquiatria, psicodiagnóstico, terapias em grupo, terapias individuais. O quadro abaixo expressa o número de consultas de psiquiatria, em totais anuais, no período 2002-2006. O número permanece estável. Este componente (consultas avulsas remuneradas pelo SUS) tem baixa articulação com o sistema como um todo, regulação apenas

<sup>2</sup> Adotou-se o critério de considerar como dispositivo ambulatorial o serviço constituído por pelo menos 4 (quatro) profissionais prestando atendimento. Não são definidos aqui como “ambulatório de saúde mental” os centros de saúde (atenção básica) ou hospitais gerais que contam com um até três profissionais que prestam consultas de saúde mental. Assim, existe um “atendimento ambulatorial” disperso na atenção básica e hospitais gerais, e que não está incluído nos dispositivos referidos na Tabela 5.

administrativa e efetividade de difícil avaliação.

**Tabela 6: Produção ambulatorial do SUS – Consulta em Psiquiatria 2002-2006**

	Quantidade aprovada				
	2002	2003	2004	2005	2006*
Consulta em psiquiatria	5.096.945	5.043.187	4.960.583	5.135.009	5.267.382

Fonte: Datasus  
\* 2006: estimativa

## 2.4. Os Centros de Convivência e Cultura

Entre os anos de 2003 e 2006, o Ministério da Saúde promoveu a avaliação da inclusão dos **Centros de Convivência e Cultura** nas redes de atenção à saúde mental das grandes cidades. Dispositivo altamente potente e efetivo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais em tratamento, a implantação dos Centros de Convivência e Cultura nos municípios necessita, como requisito prévio, de resposta pública efetiva e consolidada para os transtornos mentais severos e persistentes. O processo de discussão dos Centros possibilitou ao Ministério da Saúde a recomendação, especialmente a partir de 2005, da implementação destes dispositivos em municípios com uma boa rede CAPS e com população superior a 200.000 habitantes. A política de financiamento para estes serviços ainda está em construção, e, a partir de 2006, passa a ser articulada junto ao Ministério da Cultura uma estratégia de inclusão destes serviços no programa de Pontos de Cultura do MINC. Existem hoje aproximadamente 60 Centros de Convivência e Cultura em funcionamento no país, em sua maioria concentrados nos municípios de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo.

## 2.5. Saúde mental na atenção básica: as Equipes Matriciais de Referência

O Ministério da Saúde estimulou ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde

mental junto a essas equipes.

A partir de 2005, os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica, embora a mudança no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) ainda não tenha entrado em vigor. Em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica (entre outros) nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - PPI, publicados na Portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006, e intensificou-se o esforço de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental.

Em um número expressivo de municípios existem profissionais de saúde mental lotados em Centros e Postos de Saúde, realizando consultas, atendimento individual, atendimento em grupo, ações de promoção da saúde (ver nota 2, p.20). Esta forma de atendimento ambulatorial na atenção básica, tradicional na saúde pública brasileira, necessita de maior efetividade, resolutividade e articulação mais orgânica com a rede de saúde.

A estratégia de implementação de [Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental](#) foi articulada junto aos gestores e cada vez mais os municípios têm aderido a esta proposta.

Com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família na maior parte do país, a atenção básica viu-se obrigada a invenções para desenvolver a integralidade da atenção com grupos de saúde mental egressos de longas internações psiquiátricas, como é o caso de Campina Grande –PB, com sua experiência com mulheres do Pedregal. No Ceará, a atenção em saúde mental junto às equipes de saúde da família organiza-se a partir dos CAPS; em Pernambuco e Vale do Jequitinhonha-MG, são criados serviços próprios de onde as equipes de saúde mental acompanham as equipes de saúde da família; em Campinas/SP, as equipes de saúde mental que existiam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram inseridas na equipe de saúde da família com o papel de referência à especialidade e apoio à atenção integral da equipe generalista. Com base em diretrizes gerais, a atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde passa a desenvolver diferentes modelagens de norte a sul, acompanhando as mudanças.

Várias experiências de apoio em saúde mental na atenção básica estão acontecendo hoje, tais como: em Recife/PE, com as chamadas equipes de retaguarda; em Aracaju/SE com a vivência de equipes itinerantes desenvolvidas a partir de profissionais dos CAPS junto com as equipes de referência ambulatorial nas UBS; em Betim/MG, por meio da parceria entre equipe de saúde mental e Agentes Comunitários de Saúde; o esforço de João Pessoa/PB para inclusão da saúde mental no Sistema de Informações, entre tantas outras experiências. Nota-se que nos municípios onde existem CAPS o acompanhamento às equipes da atenção básica tem sido organizado e realizado a partir desses serviços. Daí a importância da organização de planos municipais de saúde mental que, partindo da realidade local, planejam e implantam uma rede de saúde mental, por meio da

organização de CAPS por território, obedecendo aos parâmetros de cobertura, com equipes ampliadas, para que esses serviços possam dar conta do trabalho de matriciamento às equipes da atenção básica, além dos demais dispositivos necessários a essa rede. De todos os CAPS, espera-se que realizem atividade sistemática de matriciamento, o que é aferido através do Programa AVALIAR-CAPS (ver Anexo,8.2).

Levantamento recente realizado junto às Coordenações Estaduais de Saúde Mental, mesmo que ainda não concluído, revela que em muitos estados existem ações de saúde mental sendo desenvolvidas na atenção básica em municípios com menos de 20 mil habitantes; em alguns municípios existem ações sistemáticas, com apoio de profissionais de saúde mental. Porém, em grande parte dos municípios as ações apresentam menor regularidade e não contam com o apoio de profissionais de saúde mental. Constatou-se também que, nos municípios em torno de 20 mil habitantes onde foram implantados CAPS, o apoio matricial às equipes da atenção básica acontece a partir dos CAPS. Esse levantamento, embora ainda não concluído, demonstra que mecanismos de indução financeira, pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica, são fundamentais. Esta deverá ser uma das principais prioridades para a expansão e qualificação da saúde mental na atenção básica na gestão 2007- 2010.

Vários municípios de menor porte não possuem CAPS, mas têm ambulatórios. No entanto, é necessário melhorar a articulação desses serviços com a atenção básica para que as equipes dos ambulatórios se desloquem de seus espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica.

Quanto à formação das equipes, podemos contabilizar inúmeras capacitações para integração Saúde da Família e Saúde Mental numa única rede de cuidados aos usuários de todo o SUS.

Os cursos oferecidos para as equipes da atenção básica têm se configurado em diferentes modalidades: cursos para as equipes da atenção básica (incluindo todos os profissionais), cursos somente para agentes comunitários de saúde, cursos para equipes da atenção básica juntamente com equipes de saúde mental. Além disso, o Ministério da Saúde tem incentivado o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, envolvendo diferentes profissionais da rede pública de saúde. Vários cursos de Especialização em Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, têm sido financiados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos em diversos Estados, tais como: AC, AL, AP, CE, DF, ES, GO, MG, RS, SC, SP, MT, PA, PB, RN, PR, SE, entre outros. Os cursos de capacitação em saúde mental para equipes da atenção básica têm sido desenvolvidos em estados como: CE, SE, PA, PR, RS, MG, RJ, entre outros (ver Anexo, 8.4).

As experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão

ainda em construção. Não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos 4 próximos anos e para a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, que envolva tanto as equipes de saúde mental como as da atenção básica, deverá ser uma das principais prioridades se queremos dar conta de fato da integralidade do sujeito.

Como estratégia de ampliação do conhecimento nesta área, e indução de ações específicas, a Coordenação de Saúde Mental propôs a implementação de um Observatório de Saúde Mental na Atenção Básica, a ser conduzido pelas áreas responsáveis por estas políticas, no âmbito do Ministério da Saúde, em parceria com Universidades. Trata-se de mais um desafio para os próximos anos.

## **2.6. Hospitais-dia**

O hospital-dia de saúde mental, um dos primeiros equipamentos do SUS a garantir o cuidado em meio aberto às pessoas com transtornos mentais, é hoje em dia um serviço em processo de superação, especialmente face ao papel desempenhado pelos Centros de Atenção Psicossocial. De fato, o investimento do Ministério da Saúde nos CAPS nos últimos anos, tanto na expansão da rede como na capacitação de suas equipes, fez com que vários hospitais-dia de base comunitária transformassem progressivamente seu cotidiano num cotidiano mais dinâmico e com um alto comprometimento com a inserção social de seus usuários. Muitos hospitais-dia transformaram-se assim em Centros de Atenção Psicossocial, assumindo sua função estratégica de ordenamento da rede de atenção em saúde mental em seu território.

Existem ainda, no entanto, 24 serviços cadastrados junto ao Ministério da Saúde como hospitais-dia em saúde mental (segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) – que recebem do SUS cerca de 15 milhões de reais/ano. Por tratar-se de uma tecnologia de cuidado em processo de superação, o Ministério da Saúde deverá recadastrar nos próximos anos os hospitais-dia que já funcionam como CAPS, e rediscutir aqueles que permanecerem com um perfil hospitalar, os quais têm mostrado baixa efetividade na reintegração social dos pacientes egressos de internações. Espera-se que a implantação de serviços comunitários (CAPS e ambulatoriais) e a expansão da atenção psiquiátrica em hospitais gerais conduza à superação progressiva deste dispositivo, que teve importância histórica na mudança do modelo de atenção em saúde mental.

### 3. Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e o processo de desinstitucionalização

#### 3.1. Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar: redução de leitos e mudança do perfil dos hospitais

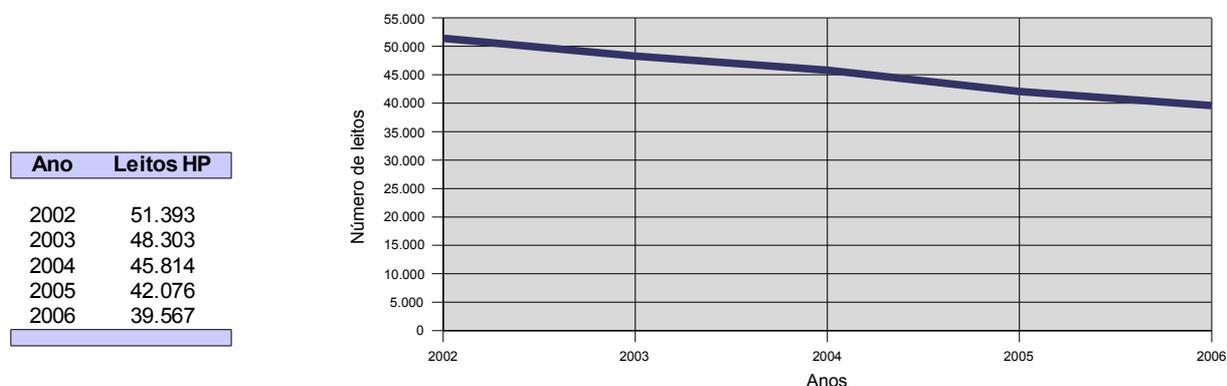
No primeiro governo Lula, o processo de desinstitucionalização avançou significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Neste período, o [Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria \(PNASH/Psiquiatria\)](#) - primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil, instituído em 2002 - e o [Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS \(PRH\)](#) - estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais, instituída em 2004 - foram os principais mecanismos de avaliação e redução de leitos psiquiátricos.

Tais mecanismos, aliados à expansão de uma rede de atenção aberta e comunitária, permitiu a redução e substituição significativa de leitos psiquiátricos, especialmente de longa permanência, e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos efetivou-se em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de mudança do modelo de atenção. Entre os anos de 2003 e 2006 foram reduzidos 11.826 leitos.

No gráfico 3 pode-se ver a curva descendente da redução gradual de leitos. **Em 2006 rompemos a barreira dos 40.000 leitos, tendo hoje 226 hospitais, que totalizam 39.567 leitos.**

**Gráfico 3 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (dezembro de 2002 – dezembro de 2006)**



## O PNASH/Psiquiatria

O PNASH/Psiquiatria revelou dados importantes do ponto de vista da gestão, para a reorientação da assistência psiquiátrica hospitalar. Nas duas avaliações realizadas foram constatados problemas graves na assistência prestada pelos hospitais:

**Projeto terapêutico:** a maioria dos hospitais não possuía um projeto terapêutico para seus pacientes, ou o projeto apresentado não condizia com a prática institucional. Em 2002, os hospitais foram muito mal avaliados neste item: 62,30% foram avaliados como regulares e ruins e 14% como péssimos. Em 2004, aumentaram os hospitais avaliados como péssimos (18%) e aumentaram os hospitais regulares e ruins (67,87%). Isto significa que a maioria dos hospitais apresentava um projeto escrito que não condizia com a realidade (regular e ruim). E os avaliados como péssimos (14%) sequer tinham projeto terapêutico. Ou seja, os hospitais, em geral, não trabalhavam a reinserção social dos pacientes, gerando cronicidade nesta população.

- **Recursos Humanos:** em 2002, a maioria dos hospitais não foi bem avaliada neste quesito. 34% péssimo, 17% ruim e 20% regular (71%). Isto significa que eles não atendiam às exigências da Portaria GM/MS nº 251/02 quanto ao número de profissionais e/ou quanto à categoria profissional. Em 2003 este número se manteve estável (72%), ou seja, os hospitais continuam mal avaliados, em geral, no que se refere ao item recursos humanos.
- **Aspectos gerais da assistência:** em 2003, 62,42% dos hospitais foram avaliados como ruins ou péssimos neste quesito, ou seja:
  1. Apresentam tempo médio de internação em torno de 1 mês ou mais;
  2. Possuem 20% ou mais de pacientes de longa permanência (mais de 1 ano de internação).

O PNASH aponta que 62% dos hospitais apresentam 20% *ou mais* de pacientes de longa permanência. Levantamentos e censos feitos por algumas Coordenações de Saúde Mental definem melhor estes dados: na Bahia (censo 2004) temos 25,6% de moradores nos hospitais; em SP (levantamento 2003) há quase 60% de moradores; no RJ há censos que indicam entre 40 e 50% de moradores. Como índice aproximado para fins de planejamento podemos considerar 35% de pacientes moradores, considerando as diferenças regionais.

Os estados do Sudeste concentram a maior parte dos leitos (60,32%) e dos pacientes moradores, o que aponta a necessidade de maiores investimentos destes estados nesta população, para sua desinstitucionalização.

Esta tarefa é complexa, em função das características que esta população adquire no processo de longa institucionalização: desterritorialização, diferentes graus de dependência, afastamento familiar, poucos recursos sociais, idade avançada, entre outros. Porém, temos tido experiências exitosas neste campo (ver relatos de Campina Grande/PB e Carmo/RJ), que nos exigem mais estudos sobre este segmento e maior intensificação no processo de desinstitucionalização desta população.

O processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos enfrentou diversos obstáculos e resistências em sua implantação e em seu processo de consolidação, sobretudo por parte dos prestadores conveniados ao SUS. Sofreu várias ações judiciais, tendo havido suspensão das vistorias, nos dois processos avaliativos realizados (2002 e 2003-2004), provocando atrasos na finalização das avaliações; a avaliação 2003-2004 no estado de São Paulo só foi realizada em 2005. O PNASH/Psiquiatria 2006 está em curso, tendo se iniciado em novembro de 2006. Ainda hoje há ações judiciais em curso, a pedido dos prestadores privados conveniados ao SUS, para que a Portaria GM nº 251/02, que institui o programa, seja suspensa.

O PNASH/Psiquiatria consolidou-se, neste período, como importante instrumento de avaliação dos hospitais psiquiátricos. Além de traçar claramente os critérios da qualidade de assistência a ser prestada nestas instituições, constitui-se como um mecanismo regulador da rede psiquiátrica hospitalar, a partir da articulação entre os setores da Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Controle e Avaliação.

### **O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS**

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS - PRH foi instituído em 2004, pela Portaria GM nº 52/04, visando uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria. Este programa foi discutido amplamente com gestores estaduais e municipais de saúde e prestadores filantrópicos e privados, com o objetivo de formular uma proposta de reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução de leitos e da melhoria da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos. O programa foi também amplamente discutido no Conselho Nacional de Saúde, após ação judicial interposta pela Federação Brasileira de Hospitais, tendo sido aprovado pelo plenário do CNS; no âmbito judicial, as portarias que o regulamentam foram igualmente confirmadas.

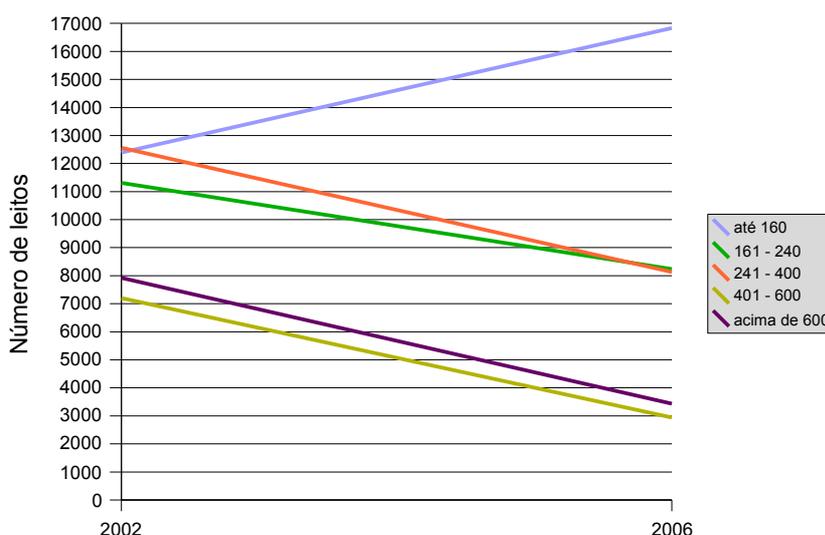
Três questões fundamentaram a condução das discussões:

- a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial;
- a urgência de se estabelecerem critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares.
- A necessidade de estabelecer um mecanismo de redução progressiva dos leitos, de modo a modificar o perfil dos hospitais, privilegiando instituições de menor porte.

Desta forma, buscou-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (até 160 leitos). Os hospitais de menor porte são tecnicamente mais adequados a um bom funcionamento clínico e integração eficaz com a rede extra-hospitalar, ao contrário dos macro-hospitais. Ao mesmo tempo, garante-se que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais.

No período 2004-2006, houve uma reconfiguração dos portes dos hospitais. Em 2002, tínhamos **24,11%** dos leitos nos hospitais até 160 leitos (hospitais de pequeno porte). Em 2006, **42,53%** dos leitos estão em hospitais deste porte, como pode-se constatar nos gráficos abaixo.

**Gráfico 4 : Migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, sem a criação de novos leitos ou novos hospitais**



Fonte: Em 2002, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2006, PRH/CNES.

**Tabela 7: Migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, sem a abertura de novos leitos ou novos hospitais**

Faixas/Portes Hospitalares	Leitos Psiquiátricos			
	2002		2006	
	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	16.829	42,53
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	8.234	20,81
De 241a 400 leitos	12.564	24,45	8.128	20,54
De 401a 600 leitos	7.198	14,01	2.942	7,44
Acima de 600 leitos	7.927	15,42	3.434	8,68
<b>Total</b>	<b>51.393</b>	<b>100</b>	<b>39.567</b>	<b>100</b>

Fonte: Em 2002 , SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2006, PRH/CNES.

Por fim, é importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de **leitos de atenção integral em saúde mental** (hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, onde estes existirem. Estes leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise, articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é de que esta rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão, apresente-se como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais.

Este processo, com ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, tem sido acompanhado em sua grande maioria pelo aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, ações na Atenção Básica, Centros de Convivência e a habilitação dos municípios no Programa de Volta para Casa.

É importante indicar que ocorrem situações de descredenciamentos de hospitais psiquiátricos, decididos de forma unilateral por parte dos prestadores. Como exemplo, temos a situação de fechamento de 520 leitos em dois hospitais de Salvador, BA, em 2006, em um município que ainda apresenta uma rede precária de saúde mental. Através da intervenção do Ministério Público, conseguiu-se um prazo de seis meses para o encerramento das atividades dos dois hospitais. Estes fechamentos abruptos – não planejados e não pactuados - muitas vezes têm sido problemáticos do ponto de vista da gestão e da condução do processo de desinstitucionalização dos pacientes internados, colocando em risco a garantia da assistência a esta população.

### 3.2 O processo de Intervenção do Ministério da Saúde em Hospitais Psiquiátricos

Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde anunciou a decisão de intervir judicialmente em 10 hospitais psiquiátricos conveniadas ao SUS, após os resultados da avaliação realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) e após denúncias de movimentos organizados (Comissão de Direitos Humanos da OAB e Conselho Federal de Psicologia, Movimento da Luta-antimanicomial, movimentos locais de familiares de pacientes) que pediam providências quanto aos maus-tratos nas instituições psiquiátricas. Estes hospitais se localizam nos estados da Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Temos, neste cenário de intervenções, duas situações, a saber:

- PNASH/Psiquiatria 2002: 8 hospitais que foram indicados para descredenciamento (5 foram fechados);
- PNASH/Psiquiatria 2003/2004: 5 hospitais que foram indicados para descredenciamento em 2004 (1 foi fechado)

O detalhamento dos hospitais apontados para descredenciamento pode ser visto nos quadros a seguir:

#### PNASH Psiquiatria 2002 – Hospitais indicados para descredenciamento

UF	Município	Hospital	Leitos Julho 2002	Leitos outubro 2006
SP	Ribeirão Preto	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	54	Fechado
GO	Goiânia	Clínica Espírita de Repouso	51	Fechado
MG	Barbacena	Sanatório Barbacena Ltda	121	Fechado
PB	Campina Grande	Inst. de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional	145	Fechado
RJ	Carmo	Hospital Estadual Teixeira Brandão	262	Fechado
MG	Montes Claros	Hospital Prontamente	124	60
RJ	Paracambi	Casa de Saúde Dr. Eiras/Filial Paracambi	1130	533**
RN	Caicó	Casa de Saúde Milton Marinho/Hospital do Seridó	107	15***
<b>Total</b>			<b>1994</b>	<b>608</b>

\*\*Sob intervenção municipal

\*\*\*Sob intervenção estadual

## PNASH Psiquiatria 2003-2004 – Hospitais indicados para descredenciamento em 2004

UF	Município	Hospital	Leitos 2004	Leitos 2006
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Santa Cecília	200	Fechado
BA	Feira de Santana	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	500	400**
BA	Salvador	Sanatório São Paulo	220	175
BA	Juazeiro	Sanatório N. Srª de Fátima	80	55
PE	Camaragibe	Hospital José Alberto Maia	870	870
<b>Total</b>			<b>1870</b>	<b>1500</b>

\*\*Gestão Compartilhada MS/SES

No processo de revistorias do PNASH/Psiquiatria 2003/2004 foram reavaliados, em 2005 e 2006, 52 hospitais, dos quais 7 foram indicados para descredenciamento. Esta situação está em processo de pactuação com os gestores locais.

O descredenciamento dos hospitais com péssimas condições de assistência verificadas pelas vistorias feitas pelos gestores de saúde estaduais e municipais é conduzido pelo gestor local. Deve ser feito um planejamento para o fechamento da porta de entrada e para a desinstitucionalização dos pacientes internados. A portaria 251/02 estabelece a pactuação, com o gestor local, de prazos para o descredenciamento.

Em resumo, a situação dos hospitais indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria 2002 e 2003/2004 é a seguinte:

### Resumo dos processos:

- 1) **Total de hospitais indicados a descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria : 13**
- 2) **Hospitais fechados: 6**
- 3) **Hospitais sob intervenção municipal ou estadual: 2 (Paracambi/RJ e Caicó/RN)**
- 4) **Hospitais sob gestão compartilhada: 1 (Feira de Santana/BA)**
- 5) **Hospitais em processo de descredenciamento: 4 (Montes Claros/MG, Juazeiro/BA, Salvador/BA, Camaragibe/PE)**

A seguir, breve exposição da situação de cada uma das instituições que estão em processo de fechamento, referentes ao PNASH 2002 e 2003/2004.

**Em processo de fechamento.**

- Em novembro de 2005 foi feita uma intervenção estadual pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, que assumiu a direção da Casa de Saúde Milton Marinho.
- Hoje há somente 15 pacientes no hospital, a partir do processo de reorientação do modelo assistencial de saúde mental promovido em Caicó e na região do Seridó/RN. Foram implantados vários CAPS na região do Seridó: Currais Novos, São Gonçalo do Amarante, Parelhas, Jucurutu e Patos (PB) já têm serviços em funcionamento. Além disso, foi realizado um amplo processo de capacitações em saúde mental na atenção básica e em serviços de saúde mental, em municípios estratégicos da região.
- O hospital deverá ser descredenciado do SUS dentro de alguns meses.

- Foi criada em 2004 uma Comissão Estadual de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no estado de PE e de acompanhamento do processo de desinstitucionalização no Hospital José Alberto Maia. Esta Comissão criou dois grupos de trabalho: Comissão Executiva, composta pelas três instâncias do SUS, para discutir estratégias para o processo de desinstitucionalização e uma Comissão de Levantamento dos Pacientes que fizeram visitas ao hospital para fazer um censo clínico-psicossocial dos pacientes internados.
- A Comissão tem realizado reuniões com os municípios que receberão os pacientes-moradores do Hospital Alberto Maia, especialmente nos municípios de Olinda, Jaboatão, Paulista e Recife.
- O processo teve inúmeras dificuldades na sua condução política, mas neste momento o município de Camaragibe sinalizou o interesse em acelerar o processo de desinstitucionalização dos pacientes do hospital. Em 2007 será feita uma nova pactuação entre as três instâncias do SUS para um novo planejamento das ações de saúde mental no município e na região para a saída dos pacientes daquele hospital.
- O pedido de intervenção judicial também foi negado, em várias instâncias. O processo ainda corre na Justiça.
- A situação em Camaragibe permanece como o mais grave desafio para o processo de desinstitucionalização, pelo elevado número de pacientes (840), com tempo médio de permanência superior a 10 (dez) anos.

**Em processo de intervenção municipal**

- A Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi ( RJ), que em 2002 tinha 1130 leitos (em outubro de 2000 havia na clínica 1510 leitos) atualmente conta com 533 leitos. Esta instituição já está sob intervenção do gestor municipal, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e com o apoio do Ministério da Saúde, desde 18 de junho de 2004.
- O processo de desinstitucionalização é contínuo neste hospital, que por suas dimensões e características regionais, ainda demandará esforços conjuntos para que se chegue ao seu fechamento. O processo tem dificuldades sobretudo em função da pequena participação de gestores municipais da região, que, em alguns casos, relutam em assumir a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental dos pacientes originários de seus municípios, que se encontram ali internados.

**Sanatório Nossa Sr<sup>a</sup> de Fátima – Juazeiro/BA**

- Medida liminar foi concedida em 30 de novembro de 2004, a favor da intervenção nos dois hospitais e os interventores de ambos os hospitais (o processo é conjunto) assumiram a administração em janeiro/2005, quando foram nomeados judicialmente. Os proprietários dos hospitais de Juazeiro e de Salvador recorreram da decisão e a intervenção foi suspensa. A ação ainda está sendo julgada pelo TRF da 1<sup>a</sup> região e as intervenções ainda poderão ser retomadas.
- O Sanatório São Paulo apresenta maiores dificuldades de fechamento, em função de estar localizado em Salvador, que no ano de 2006 teve redução de 520 leitos com o fechamento de 2 hospitais psiquiátricos, a pedido do prestador. A rede extra-hospitalar no município está em expansão lenta, e ainda apresenta sérias dificuldades em garantir a assistência em saúde mental às pessoas com transtornos mentais que estão sendo desinstitucionalizadas.
- Criou-se o Projeto de Reorganização das Ações de Saúde Mental no Vale do São Francisco, que envolve a Universidade Federal do Vale do São Francisco, o Ministério da Saúde e os municípios da região. É um projeto que apóia os municípios da Macro-Regional Assistencial de Juazeiro e Petrolina (27 municípios do norte da Bahia e 30 município do sertão de Pernambuco) na criação de uma rede de atenção psicossocial e realiza vários processos de formação dos profissionais e de pesquisa em saúde mental, tendo em vista o processo de desinstitucionalização na região. Durante os anos de 2005-2006, foram implantados diversos CAPS em vários municípios da região e realizados cursos de capacitação para os profissionais dos CAPS em relação ao cuidado dos transtornos mentais, álcool e drogas, infância e adolescência e também capacitação para Saúde da Família, urgência e emergência e Hospital Geral. Como resultados, tivemos um processo intenso de mudança no perfil assistencial da região, com a criação de 12 novos CAPS, 1 Residência Terapêutica em Juazeiro e um processo permanente de formação dos profissionais articulado com a Universidade Federal do Vale do São Francisco.

- Foi criada uma Comissão Estadual de Acompanhamento da Intervenção com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, representantes do Conselho Estadual de Saúde e do Fórum Mineiro de Saúde Mental.
- Representantes do Ministério da Saúde estiveram no município no decorrer de 2005 para prestar assessoria no sentido da ampliação de leitos para álcool e drogas no hospital universitário e para a criação de leitos em um hospital geral.
- A Secretaria Estadual de Saúde repassou verbas para a reforma da enfermaria de psiquiatria no Hospital Geral da Unimontes no final de 2006, porém, como houve mudança na gestão municipal, a questão do fechamento do Hospital Prontamente deve ser retomada em 2007.
- O pedido de intervenção judicial, feito pelo Ministério da Saúde, foi negado, em várias instâncias. O processo ainda corre na justiça. A SES/MG e a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros devem, com o apoio do Ministério da Saúde, tomar as providências para o fechamento definitivo deste hospital.

Durante o processo de intervenções foram realizadas diversas reuniões com os secretários estaduais e municipais de saúde envolvidos, bem como com os coordenadores estaduais e municipais de saúde mental. Estiveram também presentes alguns consultores da Coordenação de Saúde Mental, das respectivas regiões.

Pode-se considerar que do ponto de vista jurídico, houve **muitas dificuldades para a obtenção de liminares para que as intervenções fossem realizadas**, o que não impediu que fossem feitas articulações de ações de saúde mental entre os gestores dos 3 níveis de gestão. Na maioria dos processos, as linhas gerais da condução das intervenções técnicas já foram definidas, havendo dificuldades de ordem política no nível local.

Consideramos que o processo de desinstitucionalização nestes municípios teve avanços importantes, pois em muitos municípios foi possível o fechamento dos hospitais (Ribeirão Preto/SP, Barbacena/MG, Goiânia/GO, Carmo/RJ, Campina Grande/PB e Nova Iguaçu/RJ) e em alguns municípios, onde não foi possível o fechamento, houve reduções importantes de leitos (em Paracambi/RJ – redução de 515 leitos, Caicó/RN – redução de 92 leitos, Colônia Lopes Rodrigues/BA – redução de 100 leitos).

### **3.3. Experiências exitosas: Campina Grande - PB e Carmo - RJ**

#### **Campina Grande/PB**

Dentre as experiências importantes de desinstitucionalização e reorganização da rede de atenção em saúde mental ocorridas no período 2003-2006, destaca-se o processo de Campina Grande, no estado da Paraíba, como exemplar. O Ministério da Saúde obteve liminar na Justiça para intervir no Hospital João Ribeiro, que teve péssima avaliação no PNASH/Psiquiatria 2002, e deu início à intervenção no hospital que respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região da Borborema. O processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro teve início em abril de 2005, com o descredenciamento do serviço da rede SUS em julho de 2005.

No início da intervenção foi feito um diagnóstico aprofundado da situação clínico-institucional e administrativo-financeira do hospital, e em seguida elaborada uma proposta de desinstitucionalização, construída conjuntamente com os atores envolvidos no processo de intervenção: a equipe interventora (indicada pelo Ministério da Saúde), os representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande e da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba. Realizou-se também o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica (reunindo os 3 estados vizinhos, Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco), que avaliou a situação da assistência nos municípios e traçou planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares.

Dentre as medidas adotadas, realizou-se um amplo plano de altas, criteriosamente operadas, que exigiram articulações com famílias e serviços de saúde dos locais de origem dos pacientes. Aos poucos, num período de menos de 02 meses, este plano de altas reduziu o número de pacientes, restando aqueles que já poderiam ser considerados moradores, pois se encontravam entre 02 e 30 anos nas dependências do hospital.

À medida que foram feitas as reduções de leitos no hospital, houve uma realocação dos recursos para a manutenção dos novos serviços de saúde mental.

O plano de saúde mental incluiu não só ações e serviços para o município de Campina Grande, mas também a ampliação da rede de Saúde Mental nos municípios da macro-região. Os vários municípios do entorno de Campina Grande passaram a responsabilizar-se por seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios. Campina Grande foi habilitada no Programa de Volta para Casa e passou a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de CAPS e Residências Terapêuticas. Iniciou-se a articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU). Um concurso público foi realizado para a contratação de profissionais para os serviços substitutivos. No processo foram implantadas progressivamente:

- 06 SRTS em Campina Grande;
- 7 SRTs em municípios da macro-região de Campina Grande ou nas outras macro-regiões, destinadas aos últimos ex-internos do hospital João Ribeiro (2 em Souza, 1 em Boqueirão e 4 em Piancó);
- 1 CAPS III em Campina Grande
- 2 CAPS i
- 1 CAPS AD
- Serviço de Emergência Psiquiátrica Regional com 12 leitos.
- Implantação de CAPS I em diversos municípios
- 41 usuários no Programa de Volta para Casa
- Acompanhamento matricial, realizado pelos CAPS, das equipes de atenção básica

O município de Campina Grande, em cerca de um ano, conseguiu reestruturar a assistência em saúde mental no município e obteve avanços significativos também na região. Houve intensa mobilização de gestores de saúde para a construção de novas soluções para as demandas de saúde mental da região, e uma importante mobilização da comunidade local para a Reforma Psiquiátrica, com efetiva melhora na qualidade de vida e da assistência prestada em saúde mental à população.

## **Carmo/RJ**

Outro exemplo importante de mudança de modelo assistencial ocorreu em Carmo, no estado do Rio de Janeiro. No município se localizava o Hospital Teixeira Brandão, de natureza pública estadual, que chegou a ter 400 leitos.

A Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro elaborou um Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Hospital Estadual Teixeira Brandão, em 2000, com a assinatura de um Termo de Co-Gestão com o município de Carmo, visando a consolidação da reorientação da assistência psiquiátrica no hospital.

O Hospital Estadual Teixeira Brandão encontrava-se fechado para novas internações desde 2000. Desde então, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro conduziu um processo de desinstitucionalização dos pacientes, com o apoio do município de Carmo e com o apoio técnico do Ministério da Saúde.

No município foram implantadas 29 residências terapêuticas, sendo 13 com total de 69 moradores na área do hospital (público), mais 16 residências no município de Carmo, sendo 2 de cuidados intensivos com total de 09 moradores. O município conta ainda com 1 CAPS I . Foram cadastrados 69 usuários no Programa de Volta Para Casa (PVC).

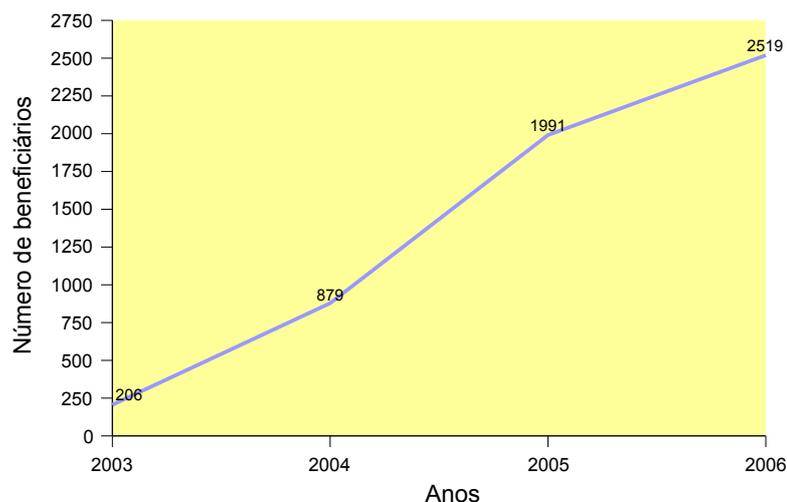
### **3.4. O Programa de Volta para Casa**

Criado pela lei federal 10.708 em 2003, o [Programa de Volta para Casa](#) é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nos últimos anos, foi possível constatar os efeitos imediatos do Programa no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos – o auxílio reabilitação realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. A implementação do Programa, no entanto, não se deu sem dificuldades.

No início do Programa, constatou-se que a grande maioria dos potenciais beneficiários não possuíam a documentação pessoal mínima para o seu cadastramento. O Ministério da Saúde estimulou então, sobretudo a partir de 2005, a realização de “mutirões da cidadania”, em especial nos municípios com processos de desinstitucionalização em curso, para garantir a identificação tardia de pessoas longamente internadas. A articulação permanente com o Ministério Público mostrou-se fundamental neste e em outros casos para a superação de barreiras para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais.

Não há dúvida de que a adesão de beneficiários ao Programa e a desinstitucionalização devem necessariamente caminhar junto ao processo de expansão dos CAPS, de Serviços Residenciais Terapêuticos, dos Centros de Convivência e Cultura, dos ambulatórios e dos leitos em Hospitais Gerais nos municípios. Esta complexa tarefa exige dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território e, de fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e pelo ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. O complexo processo de desinstitucionalização pode ser, e mostra-se de fato, lento, embora seja muito significativo o número de pessoas que, através do Programa De Volta para Casa e outras ações, deixaram a vida asilar nos últimos 4 anos. O Gráfico 3 mostra a evolução do número de beneficiários, desde o início do Programa, em dezembro de 2003.

**Gráfico 5: Número de beneficiários do Programa de Volta para Casa (2003 - 2006)**



Fonte: DATASUS/ Coordenação Geral de Saúde Mental

Receber o auxílio-reabilitação é um direito que o paciente de longa permanência egresso do hospital psiquiátrico conquistou durante o governo Lula. Este dispositivo tem se revelado como uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais com histórico de longa internação. Não há dúvida de que nos próximos anos este programa deverá experimentar grande expansão.

Está prevista a realização de um Seminário Nacional de avaliação do Programa de Volta para Casa em maio de 2007.

## **4. Estratégia de atenção para transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas**

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente medicamentosa, disciplinar, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como objetivo quase exclusivo a ser alcançado a abstinência. Frequentemente, tais modelos de cuidado acabavam por reforçar o isolamento social e o estigma associados ao uso de álcool e outras drogas.

A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede pública de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase também na reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, já no ano de 2002.

### **4.1. A construção da Política de Álcool e Outras Drogas**

É a partir de 2003, no entanto, que se inicia uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores. Naquele ano, o SUS tomou definitivamente para si a responsabilidade pela atenção e prevenção de danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, tendo o Ministério da Saúde construído e sustentado seu papel de condutor da política de tratamento, articulando-se intersetorialmente com outros Ministérios.

Em 2003, temos dois resultados importantes deste esforço de interlocução intraministerial e interministerial. O Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas (GAOD) foi criado no sentido de discutir a política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. Composto por representantes das diversas áreas que trabalhavam com esta questão (Secretaria Executiva, Coordenação de Saúde Mental, Programa de DST/Aids, ANVISA), o GAOD elaborou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>). Tendo os Centros de Atenção

Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) como a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas e utilizando as estratégias de redução de danos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde, este documento é a diretriz oficial do Ministério da Saúde sobre esta temática.

Os CAPSad passam então a ser implantados, sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. Outros componentes importantes desta rede passam a ter sua implementação incentivada nos estados e municípios através do Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e/ou outras Drogas. São implantadas assim várias experiências exitosas de manejo dos problemas de álcool e outras drogas na atenção básica; é incentivada a articulação com as redes de suporte social (tais como grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas); do mesmo modo, passa a ser fomentada a implementação nos Hospitais Gerais, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas.

Também em 2003, decreto do Presidente Lula criou o Grupo Interministerial para a Política sobre Bebidas Alcoólicas (ver mais adiante, item 4.2).

Em 2004, a Coordenação de Saúde Mental organizou o primeiro encontro dos CAPSad no mês de abril, em Santo André/SP. A oportunidade de reunir os trabalhadores de CAPSad para discutir problemas e soluções encontradas nas diversas regiões brasileiras, foi uma experiência inédita. Até então, os trabalhadores do SUS que atendiam esta demanda nunca haviam se reunido em um evento nacional específico para compartilhar suas práticas.

No ano seguinte foram criados mecanismos de financiamento para os leitos para álcool e outras drogas nos hospitais gerais (PT GM 1612/05) e é aprovada, pela primeira vez no país, uma norma sobre redução de danos, retirando da relativa clandestinidade institucional esta valiosa estratégia de abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas (PT GM 1028/05). Também em 2005, implantou-se o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, sob coordenação dos Ministérios da Saúde, Justiça, SENAD e Frente Nacional de Prefeitos. Ainda em 2005, foram criados incentivos financeiros para os CAPSad que desenvolvem ações de redução de danos (PT GM 1.059/05) e os CAPS I foram autorizados a cobrar do SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PT SAS 384/05).

Atualmente, temos aproximadamente 160 CAPSad funcionando no país inteiro, com 138 cadastrados. É uma rede importante, mas temos a certeza de que ainda é insuficiente para atender à demanda cada dia mais crescente. No entanto, temos mais que o dobro de CAPSad que existiam em 2003. É extremamente significativo que o milésimo CAPS tenha sido um CAPSad. É a forma mais concreta de demonstrar que a questão do consumo de álcool e outras drogas no SUS tem a

relevância e atenção necessárias para continuar avançando.

## 4.2. Política sobre o Álcool

Um dos mais importantes resultados da articulação de diferentes órgãos do Governo Federal deu-se a partir de maio de 2003, quando o Presidente Lula, por meio de Decreto, instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaborar propostas para ações relacionadas às bebidas alcoólicas. Coordenado pelo Ministério da Saúde, este grupo teve a participação intensa de representantes de 13 órgãos do Governo Federal e da sociedade civil (Universidade, indústria do álcool, mídia impressa e rádio e TV, gestores de saúde, associações de usuários). Foram realizadas diversas reuniões para formatar um relatório final contendo 53 recomendações para os variados domínios que esta questão abrange (legislativo, saúde, educação, direitos humanos, etc). Este documento (disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) incluiu definitivamente na pauta da saúde pública a questão do álcool, que é a droga que mais impacto causa na saúde da população mundial, e constitui a matriz conceitual do Ministério da Saúde para este tema.

A partir desta iniciativa do Governo Federal, a sociedade organizada também passou a discutir e propor formas de organização com o objetivo de restringir a propaganda de bebidas alcoólicas. Da mesma forma, a indústria do álcool, em conjunto com a mídia, propôs novas formas de auto-regulamentação, buscando dar uma resposta, compatível com seus interesses econômicos, ao problema da propaganda de bebidas alcoólicas, especialmente na TV. É importante lembrar que uma legislação de 1996, lei 9294, consagra o tratamento diferenciado às bebidas destiladas (com publicidade restrita) e às fermentadas – cervejas e vinhos (com publicidade quase sem restrição).

Dentre as recomendações do GTI está a adoção de normas técnicas que restrinjam a propaganda de bebidas alcoólicas. Após ampla consulta pública sobre o tema, a ANVISA está prestes a aprovar uma resolução que adota posturas relativas a este tema. Esta nova norma inclui, entre outras características, mensagens de advertência baseadas nos riscos e agravos à saúde associados ao consumo de álcool.

Uma linha estratégica adotada foi divulgar experiências e intervenções nacionais e internacionais baseadas nas estratégias de redução de danos para auxiliar na formulação de políticas públicas identificadas com o pragmatismo e eficiência. Desta forma, em fevereiro de 2004, a Coordenação de Saúde Mental organizou a tradução e publicação em português do livro “*Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição*” (disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Livro%20Alcool.pdf>). Do mesmo modo, divulgou no

Brasil, amplamente, o Relatório “Neurociências: Consumo e Dependência de Substâncias Psicoativas”, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

### **4.3. Legislação**

Em 2006 foi sancionada a nova lei sobre drogas no país (Lei 11.343/2006), projeto que constituiu o avanço possível na legislação brasileira, apesar de não abarcar toda a complexidade do tema. Entre os avanços, está a supressão da pena de prisão para os usuários de drogas - garantia dos direitos destas pessoas e também condição importante para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento na saúde pública.

No âmbito internacional, obtivemos um avanço significativo na questão da legislação para álcool e outras drogas: a aprovação de uma resolução proposta pelo Brasil sobre redução de danos (elaborada pela Coordenação de Saúde Mental e pelo Programa de DST/Aids), pela *Commission on Narcotic Drugs*, órgão da ONU responsável por discutir diretrizes relacionadas ao uso de drogas no mundo. A resolução foi aprovada por consenso pelos países-membros e representa uma conquista histórica do Ministério da Saúde e do governo brasileiro no esforço de levar o tema de redução de danos para os fóruns internacionais (o texto da resolução em inglês está no sítio: [http://www.unodc.org/pdf/resolutions/cnd\\_2006\\_49-4.pdf](http://www.unodc.org/pdf/resolutions/cnd_2006_49-4.pdf)).

### **4.4. Articulação com a sociedade**

A Coordenação de Saúde Mental promoveu, em conjunto com outros parceiros, o I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviços de Saúde, em Santo André/SP, no período de 26 a 28 de junho de 2006. O evento foi um sucesso, reunindo mais de 600 pessoas do Brasil inteiro. Foi um espaço de mobilização e articulação com diferentes atores (redutores de danos, gestores de saúde, trabalhadores de CAPSad e de serviços de tratamento para HIV/Aids, parlamentares e representantes de universidades) para discutir as questões específicas das estratégias de redução de danos no país.

Havia mais de 5 anos que os trabalhadores de saúde envolvidos com este tema não tinham um espaço nacional para compartilhar suas experiências. Acreditamos que estas discussões contribuíram para o avanço das políticas públicas de redução de danos, que propõem alternativas concretas aos desafios de atender os usuários de álcool e outras drogas de maneira respeitosa e

eficaz.

Em outro fórum, o diálogo com a sociedade brasileira também fez parte do fortalecimento da política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. O Comitê Assessor da Política de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde<sup>3</sup> consolidou-se como espaço legítimo de interlocução com representantes de universidades, usuários de álcool e outras drogas, gestores de saúde, entre outros segmentos que lidam com esta temática, com o objetivo de contribuir com críticas e sugestões no avanço das políticas públicas para o uso de álcool e outras drogas.

Este Comitê elegeu algumas prioridades para 2007: álcool e trânsito, álcool e jovens e medidas de controle dos anorexígenos. Além disso, foi discutida a elaboração de diversas publicações para o ano que vem (políticas públicas sobre álcool/outras drogas, rede de atenção para álcool/outras drogas e intervenções terapêuticas para a dependência de álcool/outras drogas).

---

<sup>3</sup> Integram o Comitê profissionais reconhecidos, das seguintes instituições: CEBRID/UNIFESP, UFBA, PROJAD/UF RJ, ABP, ABEAD, ABORDA, PROAD/UNIFESP, GRE A/USP, UERJ e REDUC.

## **5. Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica**

Desde o ano de 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apóia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados. A partir de 2003, o Ministério instituiu uma estrutura organizativa mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SEGESTES), para enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS. No campo da saúde mental, existem hoje 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, e beneficiando profissionais de 15 estados (ver Anexo, 8.4).

A cada ano, cerca de 1.500 profissionais participam de cursos de longa duração (mais que 360 horas), e aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade fazem pelo menos um curso de curta duração (maior que 40 horas). Existem em atividade hoje 22 cursos de especialização e dezenas de cursos de capacitação tendo por foco a implantação e qualificação de serviços substitutivos. Nos dois últimos anos, a maior parte dos cursos de curta duração têm sido direcionados ao tema da [saúde mental na atenção básica](#).

### **Supervisão Clínico-Institucional**

Em 2005, foi implantado um mecanismo de estímulo à [supervisão clínico-institucional](#) dos CAPS (PT GM 1174), e aprovada a proposta de um mecanismo de formação continuada de supervisores de CAPS e da rede de atenção psicossocial (Projeto “Escola de Supervisores”).

Entretanto, é preciso construir, articuladamente com a área de Gestão do Trabalho em Saúde, um programa mais regular, consistente e de longo prazo para a formação e aperfeiçoamento das equipes. Programas de residência multidisciplinar ainda são escassos, e a formação de psiquiatras aptos e vocacionados a trabalhar na rede pública de saúde mental ainda é insuficiente.

## **6. Avanços na construção e implementação de políticas e programas de saúde mental: o desafio da intersectorialidade**

Todas as ações e iniciativas que integram a Política de Saúde Mental têm um forte componente intersectorial. A política pública de saúde, materializada no SUS, é, por definição, intersectorial, para lograr atingir os resultados desejados e definidos nas diretrizes gerais do SUS: integralidade, universalidade, equidade, controle social. Algumas ações, entretanto, têm a característica de trazer para o centro da cena da gestão e do cotidiano dos serviços a integração com outras políticas públicas, como as referidas a seguir.

### **6.1. Política de Saúde Mental para a infância e adolescência**

Como resposta a uma lacuna histórica do campo da saúde pública em relação aos problemas de crianças e adolescentes com necessidade de tratamento e cuidado em saúde mental, assim como às deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), o Ministério da Saúde instituiu, no final de 2003, o *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (Portaria 1608/2003), com a finalidade de construir, coletiva e intersectorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental especificamente dirigida a este segmento. Desde então o colegiado do *Fórum* realizou seis (6) reuniões temáticas e pactuou os princípios das ações públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, que deverão orientar a rede assistencial em todo território nacional. O conjunto desses princípios está descrito na publicação intitulada “*Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*” (ver referências no item 8.4), que também apresenta as diretrizes gerais para o processo de desinstitucionalização dessa clientela (Recomendação 01/2005) - em sua extensa maioria, nos casos de maior comprometimento clínico e abandono social, submetida à institucionalização através de abrigos das mais diversas tipologias.

O fundamento intersectorial, que orienta tanto o *Fórum Nacional* quanto a rede de cuidados para crianças e adolescentes, determinou a necessidade de ampliação do diálogo com o campo do Direito - temática específica da quarta reunião do *Fórum* -, cujo produto está contido no documento “*Recomendação 02/2005*”. O panorama dos problemas apresentados, a complexidade inerente à articulação do campo da saúde mental com o do Direito e, particularmente, o problema da população de jovens vivendo em situação de privação de liberdade nas inúmeras instituições existentes para este fim, gerou a constituição de um projeto-piloto (parceria com MS), em curso no município de Curitiba, com o objetivo de levantar os principais impasses, problemas e propor

alternativas conseqüentes para a efetiva construção de redes de apoio e atenção em saúde mental para este segmento.

A temática da violência e da exposição de crianças e adolescentes a situações de risco, especificamente a dos meninos trabalhadores do tráfico, foi objeto da discussão na quinta reunião do *Fórum*. Seguindo a metodologia de proposição de experiências-piloto a cada temática abordada, foi deliberada pelo colegiado do *Fórum* a montagem de um projeto, em parceria com a CUFA (Central Única das Favelas – RJ), visando desenvolver estratégias de implicação e protagonismo de jovens de comunidade, tanto no levantamento dos principais problemas e necessidades quanto na proposição de alternativas para enfrentamento dos mesmos. Este projeto-piloto será desenvolvido na Cidade de Deus- RJ.

As principais deliberações da *IV Reunião Ordinária do Fórum* constam do documento “*Carta de Salvador*”, que inclui em seu anexo a “*Recomendação 03 do Fórum*”, instituindo um Grupo Técnico de Acompanhamento para os CAPSi, sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do MS, a partir da constatação de que estes dispositivos requerem ações articuladas nacionalmente para melhor efetividade no cumprimento de seu mandato terapêutico e social.

Nos dias 5 e 6 de dezembro de 2006 foi realizada a quinta reunião do Fórum, cujo tema principal foi “O sofrimento psíquico da criança e do adolescente e a estratégia do cuidado em rede”, consolidando os princípios intersetoriais na construção da rede pública e a *responsabilidade principal* dos programas de saúde mental no cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos. Os pontos pactuados pelo colegiado constarão da “Declaração de Brasília” – documento em fase de elaboração.

O quadro abaixo mostra a evolução dos temas debatidos e deliberados pelo Fórum:

Reunião	Local	Data	Tema Principal
1ª Reunião	Brasília	Agosto de 2004	Implantação do Fórum.
2ª Reunião	Brasília	Dezembro de 2004	Linhas gerais para uma política intersetorial de saúde mental
3ª Reunião	Brasília	Maio de 2005	Os desafios da desinstitucionalização
4ª Reunião	Curitiba	Dezembro de 2005	Articulação Saúde e Justiça
5ª Reunião	Salvador	Junho de 2006	Crianças e Adolescentes em Situação de Risco
6ª Reunião	Brasília	Dezembro de 2006	O sofrimento psíquico na criança e adolescente e a estratégia do cuidado em rede

Como estratégia de gestão da política para crianças e adolescentes, além da implantação do *Fórum Nacional*, o MS tem investido na ampliação da rede CAPSi (atualmente há 75 CAPSi cadastrados). Entretanto, estes serviços, assim como os CAPS III, têm apresentado um indicador de expansão aquém do necessário, requerendo ações efetivas das instâncias de gestão para viabilizar sua implantação, especificamente nas cidades de médio e grande porte.

A construção de um sistema de informação qualificada sobre atenção em saúde mental à criança e ao adolescente tem sido outro foco na implantação da política. O conceito de *rede pública ampliada* tem orientado o levantamento preliminar sobre os diferentes recursos implicados na assistência à população infantil e juvenil que, no caso brasileiro, estão relacionados aos campos da saúde, educação, assistência social e justiça.

Visando dar consistência a esse levantamento e contribuir para a produção de conhecimento nesse campo, está em desenvolvimento um projeto de pesquisa (parceria entre o MS, OPAS, Universidade de Columbia/NY e UFRJ), intitulado “*Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes*”, cujo piloto é aplicado em 6 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Este projeto visa mapear e descrever as instituições das redes de saúde, saúde mental, educação, justiça/direito e assistência social no cuidado de crianças e adolescentes. A pesquisa baseia-se na hipótese da dispersão setorial, afirmada para a extensa maioria dos países do mundo (ATLAS/OMS, 2005), na oferta de assistência à população infantil e juvenil. Os resultados desse estudo serão disponibilizados tão logo seja concluída a análise dos dados.

## **6.2. Programa de Inclusão Social pelo Trabalho**

É somente no ano de 2004 que o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, passam a dialogar sistematicamente no enfrentamento de um desafio comum: a reinserção social e econômica das pessoas com transtornos mentais.

Ao final de 2004, os dois Ministérios promovem a "Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental", e elaboram as primeiras propostas para uma política nesse campo. Em 2005 é criado o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária (através da Portaria Interministerial MS/MTE 353/05) e uma linha específica de financiamento é destinada aos municípios que desenvolvem atividades de inclusão econômica de pessoas com transtornos mentais (PT GM 1.169/05), impulsionando efetivamente estas iniciativas. Dentre as atividades realizadas e, considerando a necessidade de difusão das proposições resultantes da articulação entre as políticas públicas de saúde mental e de economia solidária, o GT participou de diversos fóruns e elaborou um conjunto de recomendações para os atores e as diversas instâncias envolvidas nesse campo (Relatório Final do GT Interministerial está disponível no sítio [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

O investimento em capacitação, com a realização da primeira Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para Gestores Municipais de Saúde Mental, em 2006, também revelou-se

estratégico para o desenvolvimento nos municípios de um planejamento de apoio e monitoramento destas experiências.

Existem hoje 239 experiências de inclusão social pelo trabalho mapeadas no Brasil. A parceria saúde mental/economia solidária é uma construção ainda recente, e há muito ainda a ser feito nesse campo - o aprofundamento das discussões para a construção de marco jurídico a partir dos princípios expressos na Lei de Cooperativas Sociais (Lei Federal nº 9.867/1999) é certamente uma das tarefas que está no cenário dos próximos anos.

A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Certamente, constitui uma tarefa delicada e complexa que exigirá, nos próximos anos, o empenho no diálogo e articulação com os diversos atores e recursos dos territórios para a efetiva produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos das pessoas em situação de vulnerabilidade, no contexto das políticas públicas promotoras de desenvolvimento local e inclusão social.

### **6.3 . Saúde Mental e Direitos Humanos**

Diante da necessária articulação entre os campos dos Direitos Humanos e da Saúde Mental, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, realizou diversas parcerias com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, sobretudo nas questões relativas aos hospitais psiquiátricos, manicômios judiciários e instituições que cumprem medidas sócio-educativas.

Visando o aprofundamento da discussão da garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, a partir da articulação entre as políticas públicas de direitos humanos e saúde mental e da fundamental participação da sociedade civil organizada, o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Direitos Humanos assinaram, em maio de 2006, a Portaria Interministerial 1055, que instituiu grupo de trabalho destinado a viabilizar a constituição de um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.

O Núcleo tem por finalidade articular os campos de direitos humanos e saúde mental, por meio da construção e aperfeiçoamento de mecanismos destinados à proteção e promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais; produzir informações qualificadas, estudos e pesquisas sobre a interface direitos humanos e saúde mental; desenvolver mecanismos de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais e criar mecanismos para acolher e encaminhar demandas oriundas de pessoas com transtornos mentais e seus familiares

e organizações da sociedade civil. O Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial já está com os trabalhos em andamento, e não há dúvida de que a implantação do Núcleo será de grande importância para a criação de espaços de debates e de aprofundamento das reflexões sobre a questão da saúde mental, bem como de mecanismos institucionais que fortaleçam a rede de proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais. As linhas de ação do Núcleo, elaboradas pelo Grupo de Trabalho, podem ser consultadas no portal do Ministério da Saúde.

Em dezembro de 2006, o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental foi instituído por meio da portaria interministerial 3347/06, do Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Direitos Humanos.

#### **6.4. O Caso Damião Ximenes**

No dia 17 de agosto de 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, tribunal máximo da Organização dos Estados Americanos (OEA) para a questão, condenou o Brasil pela morte violenta de Damião Ximenes Lopes, ocorrida no dia 4 de outubro de 1999, na Clínica de Repouso Guararapes, localizada no município de Sobral - CE. Contra o Brasil, foram alegadas a violação aos artigos 4 (direito à vida), 5 (direito à integridade pessoal), 8 (direito às garantias judiciais) e 25 (direito à proteção judicial), da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Este fato tem importância histórica. Além de tratar-se da primeira decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA sobre o Brasil, trata-se também do primeiro pronunciamento desta corte sobre violações de direitos humanos de portadores de transtornos mentais.

Durante o processo, a enfática demonstração pelo Brasil dos avanços da Reforma Psiquiátrica, que tem um de seus pilares sedimentados no respeito aos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais, e em sua crescente participação cidadã, conduziu o Estado brasileiro a não ocultar sua responsabilidade no presente caso, no que se refere aos aspectos de saúde (artigos 4 e 5). Assim, os representantes do Estado brasileiro no processo, em conformidade com decisão da Presidência da República, apresentaram comunicado em que o país reconhece a responsabilidade estatal pela morte de Damião Ximenes Lopes, em virtude de o mesmo se encontrar à época sob cuidados hospitalares pelo SUS (audiência pública na Corte Interamericana, em São José, Costa Rica, outubro de 2005).

O Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damião Ximenes, garantir a celeridade na investigação e punição dos responsáveis pelo fato, além de garantir a não-repetição de casos semelhantes, através da consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil,

já em curso, e com resultados reconhecidos pela Corte. Desta experiência, e para que a morte de Damião Ximenes Lopes ressoe em nós como uma permanente advertência em nome da continuidade e ampliação dos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica brasileira, cabe buscar a intensificação ainda maior das medidas de proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil.

## 6.5 Política de Saúde Mental e Intervenção na Cultura

A mudança do modelo de atenção em saúde mental, com seus componentes de combate ao estigma, elaboração de novas referências conceituais para a questão da “loucura”, do sofrimento mental e seu tratamento, sustentação da idéia do protagonismo e cidadania de usuários e familiares, em síntese, de “construção de um novo lugar social para o chamado *louco*”, certamente que é uma política que fala diretamente à cultura e depende de mudanças no ambiente cultural. Assim, no sentido amplo, o componente cultural não é secundário, mas essencial ao êxito do processo de Reforma.

Como parte da rede de atenção psicossocial, os [centros de convivência e cultura](#) são os lugares por excelência onde esta intersecção entre as políticas públicas de saúde mental e cultura se realiza de forma mais visível e constante. Mas outros existem. As iniciativas de geração de renda e trabalho freqüentemente se constituem em torno de manifestações culturais, como as artes plásticas, música, teatro.

Na área de álcool e outras drogas, programas como redução de danos mostram-se eficazes na medida direta em que são culturalmente sensíveis. O próprio fenômeno do consumo de drogas, com todo o elenco de fatores de risco e vulnerabilidade que acarreta, só pode ser melhor compreendido com instrumentos conceituais da antropologia e da crítica da cultura.

A Política de Saúde Mental vem construindo uma interface permanente com as ações do Ministério da Cultura, especialmente o projeto de Pontos de Cultura. Já existem CAPS e Centros de Convivência que são pontos de cultura, e um edital MS/MINC, para ampliação das ações culturais no campo da saúde mental, está em elaboração por comissão interministerial.

Outro exemplo de intervenção cultural sistemática, que vem obtendo bons resultados, são as ações desenvolvidas no CAPS e na atenção básica pelo Centro do Teatro do Oprimido, coordenado pelo teatrólogo Augusto Boal. Diversos serviços dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo já vêm interagindo, desde 2004, com este projeto, que deverá ser expandido para vários outros estados, sempre atendendo às demandas e peculiaridades de cada contexto cultural.

## 6.6. Saúde Mental da População Negra

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial no governo Lula representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. Reconhecendo as desigualdades raciais em saúde, e em busca da equidade no SUS, o Ministério da Saúde, comprometido com a SEPPIR, cria em 2004 o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Tendo por base as formulações advindas de diversos pesquisadores negros e composto por representantes de diversas áreas técnicas, ativistas da luta anti-racista no campo da saúde da população negra e representantes da SEPPIR, o Comitê teve como principal objetivo a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A Coordenação Geral de Saúde Mental passou a compor o Comitê ao final de 2005.

De fato, há consenso entre diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra. Destacam-se aqueles: a) geneticamente determinados – tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. Também é preciso considerar a grave questão do racismo no Brasil, seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira e a discriminação como fator social determinante das condições de saúde, especialmente de saúde mental.

Neste sentido, desenvolveram-se diretrizes específicas na Política para o campo da saúde mental na atenção à população negra: a necessidade de atenção à saúde mental da criança, adolescente, jovem, adulto e idoso na perspectiva de prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e da exclusão social; a estratégia de sensibilização dos gestores públicos da rede de atenção à saúde mental para o racismo como determinante social de sofrimento psíquico e de outras condições especiais de vulnerabilidade; a necessidade de atenção à saúde mental do adolescente e jovem negros, em especial com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como parte de uma estratégia abrangente da saúde pública para o enfrentamento da complexa dinâmica da violência, da qual jovens negros, pobres e moradores das periferias das grandes cidades têm sido vítimas preferenciais.

Ainda, em junho de 2006, o Ministério da Saúde e o CNPq lançaram edital para apoiar atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de determinantes sociais da saúde, tendo como uma

das linhas temáticas o Racismo e a Saúde Mental. O objetivo é fomentar o registro de dados e a produção de conhecimento nesta área, para melhor subsidiar a construção de políticas públicas.

É da natureza do campo da saúde mental a sensibilidade para os determinantes sociais de saúde. É somente no ano de 2006, no entanto, que a política de saúde mental do Ministério da Saúde inicia uma articulação mais efetiva na construção de uma política transversal dirigida à população negra. Esta questão exigirá nos próximos anos não só sensibilidade, mas o compromisso dos gestores estaduais, municipais e federal de saúde e saúde mental com a superação do racismo na rede SUS.

## **6.7. Brasil sem Homofobia**

Em 2004, o Governo Federal apresentou o programa Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual. Este programa pretende envolver toda a sociedade brasileira, visando reverter o quadro de vulnerabilidade à exclusão e à violência a que está sujeita esta população, através da proposição de ações que promovam a cidadania e a garantia dos direitos constitucionais a estes segmentos populacionais.

O Ministério da Saúde, comprometido com o Programa, vem se dedicando à promoção de ações que garantam o direito à saúde da população GLTB, na perspectiva da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da equidade. Ainda em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB - comitê no qual a Coordenação de Saúde Mental passa a ter assento ao final do ano de 2005.

Em 2005 e 2006, a participação da Coordenação de Saúde Mental deu-se sobretudo na discussão de diretrizes para o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. Reconhecendo que a discriminação é determinante no processo de sofrimento e de adoecimento a que estão sujeitos os transexuais, estão em debate e construção as diretrizes para o acompanhamento integral do processo transexualizador no SUS, diretrizes sempre comprometidas com a superação do estigma associado à condição transexual. Em discussão também está a complexa patologização, pelos atores do campo da saúde, da condição transexual, dos travestis, assim como das diversas orientações sexuais – tema que deve ser caro a todo o campo da saúde mental. Estes temas também foram discutidos na I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde, evento promovido em 2005 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em parceria com a UERJ.

Há ainda muito o que fazer no combate à violência e à discriminação do seguimento GLTB

no campo das políticas públicas, e ainda amadurece uma proposta de atenção integral à saúde destes segmentos populacionais – agenda na qual é fundamental a participação dos atores do campo da saúde mental. É sem dúvida uma vitória destes movimentos sociais a conquista, em agosto de 2006, de assento no Conselho Nacional de Saúde.

## **6.8. Saúde Mental e Gênero**

Se, por um lado, jovens negros, pobres e moradores das periferias das grandes cidades têm sido vítimas preferenciais de violência letal, a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual atinge principalmente a população feminina. É notória a situação de desigualdade das mulheres na sociedade brasileira. As mulheres têm menores salários, concentram-se em profissões mais desvalorizadas, têm pouco acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência doméstica, física, sexual e emocional e vivem dupla e tripla jornada de trabalho. Esta desigualdade cresce ainda mais, a depender da classe social, da raça, da idade e da orientação sexual da mulher. Crescem as internações de mulheres por transtornos de humor, o uso de benzodiazepínicos entre as mulheres é significativo, e crescem os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério.

A sensibilidade para os determinantes sociais da saúde, assim como uma postura ativa no enfrentamento da discriminação, são marcas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais, são determinantes da saúde mental das mulheres – e a mudança destes valores é certamente parte do projeto da Reforma. Para a discussão deste contexto, a Coordenação Geral de Saúde Mental passou a participar, a partir de 2004, das discussões promovidas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, sobre os transtornos mentais associados ao puerpério e participou da Oficina de Formação em Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual (julho de 2005). Também em 2005, o Seminário de Atenção Integral à Saúde da Mulher contou com a participação da Coordenação de Saúde Mental, que pôde levar pela primeira vez a discussão de gênero para o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental.

O Ministério da Saúde participou de um seminário nacional sobre a questão de drogas e gênero, em parceria com a USP, em dezembro de 2006. Há um aumento do consumo de álcool entre mulheres, mas a questão epidemiológica mais grave relaciona-se com o consumo prejudicial de anorexígenos e benzodiazepínicos. Uma estratégia nacional de abordagem do problema está sendo elaborada, em parceria com instituições universitárias e não-governamentais.

O tema da gravidez na adolescência, bem como do sexo inseguro (associado ou não ao consumo de drogas), são outros pontos desta agenda comum.

Não há dúvida de que é necessário melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS. Uma maior sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde para as questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico também é uma tarefa ainda a ser realizada. A entrada destes temas na agenda da saúde mental, ainda que no nível da sensibilização, é no entanto um grande passo. Para os próximos anos, uma discussão mais densa sobre estas problemáticas, e o estabelecimento de diretrizes de atenção à saúde mental da mulher devem ser preocupações de todos os gestores.

## **6.9. Os Manicômios Judiciários**

Não há dúvida de que houve avanços nos últimos anos na discussão da mudança dos paradigmas jurídicos e assistenciais em relação à pessoa com transtornos mentais que comete crimes. Passo a passo, os primeiros consensos e as primeiras diretrizes para a mudança e pela garantia dos direitos da pessoa acometida de transtornos mentais estão sendo construídos - o próximo desafio é sem dúvida o pleno reconhecimento desta clientela, sobretudo pelos Centros de Atenção Psicossocial, como uma clientela do Sistema Único de Saúde. São marcos recentes para esta discussão:

- a promulgação da lei federal 10.708 em 2003, que instituiu o Programa de Volta para Casa – beneficiando inclusive egressos de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico;
- a instituição da Política de Saúde no Sistema Penitenciário, através da Portaria Interministerial 1.777/03, buscando implantar ações e serviços de atenção básica nos estabelecimentos prisionais brasileiros, incluindo os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
- a realização nos anos de 2003 e 2004, nos estados do Rio de Janeiro, Goiás e Bahia, com o apoio do Ministério da Saúde, de Censos clínicos, jurídicos e psicossociais das pessoas submetidas a medida de segurança internadas em manicômios judiciários ou presídios comuns, revelando que grande parte dos internos poderia beneficiar-se de tratamento na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental.
- a realização em 2004 do Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, que reafirmou a natureza dos CAPS como serviços estratégicos para o tratamento e reintegração social do louco infrator.

- a publicação das Resoluções nº 3 e nº 5/04, em maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que recomendaram, respectivamente, a adoção do Programa “De volta para Casa”, em especial para as Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, e a adoção de Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001.
- a publicação da Portaria Interministerial 1055/2006, de 17 de maio de 2006, que institui grupo de trabalho destinado a viabilizar a constituição de um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, com os objetivos de articular os campos de direitos humanos e saúde mental, produzir informações, estudos e pesquisas sobre estes campos, desenvolver mecanismos de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais e criar mecanismos de ouvidoria para acolher e encaminhar demandas oriundas de pessoas com transtornos mentais e organizações da sociedade civil.

Ao longo deste período algumas experiências bem sucedidas foram fundamentais para a discussão da medida de segurança (sobretudo a experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário/ PAI-PJ, de Minas Gerais). Supera-se, nestas experiências, a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes, e a rede extra-hospitalar de saúde mental, com seus dispositivos como os CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios e centros de convivência, passa a ser convocada para oferecer tratamento a estes cidadãos, antes excluídos da rede SUS. Tais iniciativas têm estimulado vários estados a promover a assistência e a reinserção social das pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes - o estado de Goiás já opera, com o apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

## **6.10. Atenção às urgências**

Em 2004, dadas as necessidades de articulação entre a rede de atenção à saúde mental e as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de todo o país, o Ministério da Saúde realizou a primeira Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental (Aracaju, SE), com o objetivo de assentar as primeiras bases para o diálogo e a articulação entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental. A articulação com o SAMU e a regulação das urgências em saúde mental são de fato essenciais para o fortalecimento e ampliação das ações de saúde mental no SUS.

A partir desta oficina, o SAMU assumiu, em conjunto com a área de saúde mental, a

responsabilidade pelo atendimento às urgências psiquiátricas e pelo fomento à implantação de CAPS e de serviços de urgências em hospitais gerais nos municípios onde está implantado. O compromisso de apoio da rede CAPS à rede SAMU também foi estabelecido, devendo ser realizado de forma matricial e incluir supervisão, capacitação continuada, atendimento compartilhado de casos e apoio à regulação. Um protocolo mínimo de atenção às urgências psiquiátricas foi estabelecido. Ainda que em construção em todo o país, a articulação efetiva entre as equipes de saúde mental e as equipes do SAMU já é uma realidade em alguns municípios brasileiros. A rede SAMU já conta hoje com 111 serviços implantados, dando cobertura a 905 municípios, e a articulação saúde mental/SAMU deve ainda se expandir e se consolidar nos próximos anos.

## **6.11. Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio**

O suicídio e as tentativas de suicídio vêm assumindo em todo o mundo, inclusive no Brasil, um papel relevante. Trata-se de um problema grave de saúde pública que pode ser prevenido. Com objetivo de reduzir taxas de suicídios e tentativas e os danos associados aos comportamentos suicidas, a Coordenação de Saúde Mental lançou em 2006 a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

A Estratégia é identificada pela logomarca *Amigos da Vida*, que foi lançada, juntamente com as *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio* (Portaria Nº 1.876/06), no *I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio*.

O Seminário foi realizado nos dias 17 e 18 de agosto de 2006, em Porto Alegre, e teve como principais objetivos apresentar as Diretrizes e atualizar gestores e profissionais de saúde mental da região sul sobre a questão do suicídio. O evento foi acompanhado por quase 400 pessoas e por mais de 1300 internautas, que assistiram ao seminário, em tempo real, pela página do Ministério da Saúde. As apresentações e debates sobre o tema tiveram a participação de pesquisadores e gestores, do Centro de Valorização da Vida e da Organização Mundial de Saúde.

Em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental de 2006 foram lançados, ainda, duas publicações e um DVD que abordam essa questão. Trata-se do *Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental*, das *Referências Bibliográficas Comentadas sobre Suicídio, Sobreviventes e Família* e do *DVD do I Seminário de Prevenção do Suicídio*, com todas as apresentações dos pesquisadores e gestores que participaram do evento. Esse material vem sendo distribuído gradativamente para gestores e serviços de saúde mental.

Os próximos passos para implantação da Estratégia consistem na regulamentação das

Diretrizes, elaboração do Plano Nacional para Prevenção do Suicídio, formação de novas parcerias e na discussão desse tema no Plano Plurianual 2008-2011. As ações em curto prazo estão voltadas para identificação e construção de projetos-piloto em áreas estratégicas, contínua elaboração e publicação de material técnico e no intercâmbio e cooperação técnica com países da América Latina.

## **6.12. Acesso ao tratamento em epilepsia: articulação saúde mental e atenção básica**

Atendendo às recomendações da OMS (Estratégia Mundial de Combate à Epilepsia), o Ministério da Saúde apoiou programas de capacitação de multiplicadores do programa de prevenção e tratamento da epilepsia na atenção básica, nos estados de São Paulo e Paraíba, como experiências-piloto. O projeto vem sendo conduzido pela UNICAMP, estando em curso dois projetos demonstrativos da efetividade da estratégia. A prevalência da epilepsia é muito elevada (cerca de 1.3% da população até 20 anos), e a recomendação da OMS aponta na direção de formar multiplicadores capazes de orientar o acesso ao tratamento e combate ao estigma. Norma técnica aplicada ao tema já foi elaborada por grupo de trabalho convocado pelo Ministério da Saúde, e aguarda análise e aprovação pelas instâncias de gestão do SUS. Os medicamentos essenciais recomendados já têm sua distribuição assegurada, compondo o Elenco de Medicamentos Básicos da Saúde Mental.

## **7. Perspectivas de sustentabilidade da mudança de modelo**

Com o Pacto pela Vida e seus componentes Pacto pela Saúde e de Gestão do SUS, a Política de Saúde Mental é chamada a construir coletivamente o desejável processo de descentralização e sustentabilidade da nova rede de atenção. O Pacto pela Saúde Mental está em construção coletivamente, sob a coordenação do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental.

A sustentabilidade está diretamente relacionada com a possibilidade de suprir as necessidades da geração presente sem afetar a habilidade das gerações futuras de suprir às suas. É uma concepção ecológica e tem sido desenvolvida em, pelo menos, quatro dimensões: econômica, social, cultural e ambiental.

Em relação à política de saúde mental, o Estado tem uma dívida ético-política com a população brasileira portadora de sofrimento psíquico, que foi excluída da sociedade, despojada de seus direitos, massacrada em sua subjetividade ao ser transformada em invisível no território de ninguém de uma institucionalização perversa, muitas vezes financiada com verbas públicas, em hospitais de características asilares, abrigos, asilos de idosos e outros. A referida dívida vem sendo gradativamente saldada com a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil e muito ainda precisa ser realizado para suprir as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesta direção estamos propondo construir sustentabilidade da reforma psiquiátrica brasileira a partir das dimensões: econômicas, sociais, culturais e tecnológicas.

### **7.1. Sustentabilidade econômica**

A dimensão econômica refere-se à viabilidade da política e o SUS só é viabilizado por recursos financeiros das 3 esferas de governo: federal, estadual e municipal. Portanto, é preciso que as 3 esferas destinem recursos para a rede de serviços de saúde mental.

No âmbito federal, nos últimos quatro anos, os gastos absolutos com serviços e programas extra-hospitalares dobraram. Em 2002, 24,82% dos recursos do SUS destinados à atenção à saúde mental eram aplicados nos serviços e programas extra-hospitalares. Em 2005, este investimento chega a 44,53% do total, e em 2006, a estimativa é de que este investimento ultrapasse, pela primeira vez, o montante investido em hospitais psiquiátricos. De fato, nos últimos quatro anos o investimento nos Centros de Atenção Psicossocial (custeio, incentivo de implantação, incentivo

para qualificação), nas Residências Terapêuticas (custeio, incentivo de implantação), além da implantação do Programa de Volta para Casa (pagamento dos benefícios) e de incentivos para experiências de Inclusão Social pelo Trabalho, aliado à grande expansão da rede, foram responsáveis pelo grande aumento nos gastos com os serviços e programas extra-hospitalares.

**Tabela 8 – Gastos do Programa de Saúde Mental**  
**(dezembro de 1997, dezembro de 2002 – dezembro de 2006)**

Gastos <sup>1</sup> Programa de Saúde Mental	1997	2002	2003	2004	2005	2006*
Ações e programas extra-hospitalares <sup>2</sup>	27.945.351,00	153.866.262,20	219.253.472,03	270.433.103,20	362.834.216,07	462.438.964,02
Ações e programas hospitalares	379.667.296,00	465.960.009,17	451.917.097,83	463.152.462,20	451.952.551,18	427.158.262,49
<b>Total</b>	<b>407.612.647,00</b>	<b>619.826.271,37</b>	<b>671.170.569,86</b>	<b>733.585.565,40</b>	<b>814.786.767,25</b>	<b>889.597.226,51</b>
<b>% Gastos Hospitalares/Gastos Totais</b>	<b>93,14</b>	<b>75,18</b>	<b>67,33</b>	<b>63,14</b>	<b>55,47</b>	<b>48,67</b>
<b>% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais</b>	<b>6,86</b>	<b>24,82</b>	<b>32,67</b>	<b>36,86</b>	<b>44,53</b>	<b>51,33</b>
Orçamento Executado Ministério da Saúde	18.804.473.853,00	28.293.330.622,00	30.226.280.426,00	36.538.018.942,00	40.794.200.241,00	44.342.744.944,00
<b>% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS</b>	<b>2,17</b>	<b>2,19</b>	<b>2,22</b>	<b>2,01</b>	<b>2,00</b>	<b>2,01</b>

Fonte: DATASUS/ Coordenação Geral de Saúde Mental

\* Todos os dados de 2006 são estimativas, com base em informações coletadas até outubro/06.

1- Em reais.

2- Inclui custeio dos CAPS e Residências Terapêuticas, Incentivos financeiros (CAPS, Residências, Inclusão Social pelo Trabalho, Qualificação CAPS), além dos procedimentos ambulatoriais, medicamentos, hospitais-dia, convênios e o Programa de Volta para Casa.

O final do ano de 2006 marcou, como dado histórico e significativo, a efetiva reorientação do financiamento em saúde mental, de tal modo que, pela primeira vez, o componente extra-hospitalar superou o hospitalar, num quadro de ampliação regular dos recursos globais para o sub-setor (Tabela 8).

O grande salto empreendido pela rede de atenção psicossocial no período 2003-2006, que assegurou uma efetiva ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental, dependeu diretamente do financiamento assegurado, extra-teto, para os municípios que implantaram seus serviços. O quadro abaixo mostra a expansão dos recursos financeiros do FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, através do mecanismo das APACs, utilizados para o custeio dos serviços de atenção diária – CAPS:

**Tabela 9: Gastos dos CAPS (APACs) 2002-2006**

Ano	Gastos <sup>1</sup> CAPS (APACs)
2002*	7.166.367,85
2003	58.238.680,90
2004	84.540.739,55
2005	120.097.668,85
2006**	168.155.033,88

Fonte: Datasus

1 -em reais

\* Em 2002, cerca de 30 milhões foram gastos com os procedimentos da PT 189/91 (Atendimento em NAPS/CAPS 1 turno e 2 turnos) – fora dos recursos do FAEC .

\*\* estimativa

Assim, o Pacto pela Saúde Mental deve assegurar a manutenção e ampliação progressiva do financiamento da rede extra-hospitalar, garantindo que os recursos totais não sejam reduzidos por conta da desejável mudança do modelo assistencial, que desloca recursos financeiros e humanos do componente hospitalar para o comunitário.

Ainda na esfera federal, é necessário empreender esforços para ampliação dos recursos destinados à saúde mental, para, pelo menos, 3% do orçamento da saúde no próximo biênio, e 4,5% até o final de 2010 (a OMS recomenda “mais que 5%” do orçamento global da saúde). Do mesmo modo, é preciso gravar recursos em outros Ministérios para os projetos intersetoriais: cultura, educação, desenvolvimento social, cidades, trabalho e ciência e tecnologia.

## **7.2. Sustentabilidade social**

A dimensão social refere-se ao que é justo, o que nos remete diretamente à equidade: tratamento diferente aos diferentes. A inclusão social, a mudança dos contornos sociais para aceitação efetiva dos portadores de sofrimento psíquico não ocorre espontaneamente, é preciso desenvolver dispositivos inclusivos abrangendo moradia, trabalho, renda, convivência, locomoção e escolarização.

Propomos a criação de um *fator equidade* no financiamento da política de saúde mental, que pode se constituir em incentivo para projetos sociais inclusivos.

### **7.3. Sustentabilidade cultural**

Esta dimensão diz respeito a processos culturalmente aceitos. Aceitação do que produz afirmação de vida. É preciso modificar valores, hábitos, comportamentos para que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico sejam efetivamente pessoas de direitos e de desejos em nossa sociedade. Neste sentido o caminho pode ser potencializado se as redes de serviços, as intervenções sócio-culturais e terapêuticas forem harmônicas com a cultura loco-regional dos diversos territórios do país. Incluir no cotidiano das ações de saúde mental a alimentação, o lazer, a linguagem, as festas populares, o vestuário, as canções, as danças e a arte em geral dos lugares onde são desenvolvidas, propicia maior sustentabilidade à reforma psiquiátrica.

É preciso ampliar os recursos para projetos intersetoriais entre saúde e cultura.

### **7.4. Sustentabilidade tecnológica**

Esta dimensão relaciona-se com as tecnologias do cuidado praticadas, geradas, transformadas no dia-a-dia dos serviços de saúde mental do novo modelo de atenção. Aqui é preciso desenvolver projetos de educação e pesquisa centrados no trabalho em ato, trabalho vivo.

O desenvolvimento de uma política estratégica de apoio à pesquisa na interface saúde mental/saúde pública, materializado em alguns iniciativas concretas de apoio a projetos (ver Anexo), é um caminho auspicioso, implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 2005.

Neste sentido projetos de educação permanente, de formação profissional e de pesquisa precisam ser incrementados no próximo período.

### **7.5. Sustentabilidade e Pacto pela Vida**

No próximo período, a sustentabilidade da política de saúde mental está vinculada ao Pacto pela Vida. É preciso:

- a. estabelecer um Pacto pela Saúde Mental;
- b. garantir recursos financeiros para custeio e investimento nas 3 esferas de governo;

- c. criar um *fator equidade* ampliando recursos para saúde mental em projetos intersetoriais;
- d. incentivar a pactuação de projetos sintonizados com a cultura loco-regional;
- e. implementar projetos de educação e pesquisa sobre as tecnologias desenvolvidas nos serviços de saúde mental.

## Glossário

### Reforma Psiquiátrica

Iniciado ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo de Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Para saber mais, veja a publicação *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil* (Referência completa no item “Publicações do Período”)

### Residências

#### Terapêuticas

Também chamadas de Serviços Residenciais Terapêuticos. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios. Este é um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas. Para saber mais, veja a publicação *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem* (Referência completa no item “Publicações do Período”).

### Centros de Atenção

#### Psicossocial (CAPS)

Serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais

através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Para saber mais, veja a publicação *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (Referência completa no item “Publicações do Período”).

#### Centros de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. Os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura.

#### Programa De Volta Para Casa

Criado pela lei federal 10.708/2003, o Programa tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. Para saber mais, veja a publicação *Manual do Programa De Volta para Casa* (Referência completa no item “Publicações do Período”).

#### Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria: PNASH/Psiquiatria

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) é um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. Trata-se de um instrumento de gestão que permite as reduções e fechamentos de leitos

de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada. Para saber mais, consulte a Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002.

Programa Anual  
de Reestruturação da  
Assistência Hospitalar no  
SUS (PRH)

Programa instituído em 2004, que visa promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte. Para saber mais, consulte a Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004.

Equipes Matriciais de  
Referência em Saúde Mental

O “matriciamento” consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica. Uma Equipe de Referência em Saúde Mental, sediada ou não em um CAPS, deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de 6 até 9 Equipes do PSF ou da atenção básica em geral. Sobretudo nos pequenos municípios, a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as Equipes de Referência em Saúde Mental e equipes da Atenção Básica, excluindo a lógica do encaminhamento e visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

## Supervisão

### Clínico-Institucional

No processo de mudança do modelo assistencial, é indispensável assegurar às equipes dos CAPS, ambulatorios, serviços de saúde mental em hospitais gerais e atenção básica, especialmente àquelas que se encarregam da atenção a pacientes com transtornos mentais severos, um mecanismo de supervisão das atividades terapêuticas e de gestão desenvolvidas. A supervisão, além de prover orientação técnica para as equipes, também auxilia na discussão da dinâmica de interação da própria equipe, e da equipe com o território, sendo ainda um valioso dispositivo de aperfeiçoamento da gestão e de apoio à equipe terapêutica nos aspectos relacionados à tensão laboral. O Ministério da Saúde recomenda que todos os CAPS tenham pelo menos uma supervisão quinzenal, sendo desejável a supervisão semanal.

## **8. Anexos**

### **8.1. Principais Eventos, Seminários e Encontros promovidos/apoiados pelo Ministério da Saúde no período 2003-2006**

#### **2003**

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental: de 10 a 11 de junho, Brasília -DF.

Fórum Cone Sul sobre Políticas de Saúde Mental. De 12 a 13 de junho de 2003, Brasília – DF.

Seminário de Capacitação Medida de Segurança e Manicômio Judiciário: Situação Atual e Transformações Possíveis. De 26 a 27 de 2003, Salvador – Bahia.

Oficina “Desafios da integração com a rede básica”, como parte do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO. Em junho de 2003.

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental: de 01 a 02 de outubro, Brasília - DF.

Encontro Nacional dos CAPSi. De 9 a 10 de outubro, Brasília - DF.

Encontro Nacional de CAPS III. Em novembro, em parceria com a prefeitura de Campinas. Campinas, SP.

#### **2004**

Seminário sobre o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS. Em 09 de março de 2004, Brasília – DF.

Lançamento do Relatório sobre Neurociência e Uso e Dependência de Álcool e outras Drogas em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 18 de Março de 2004. Brasília, DF.

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. De 10 a 12 de março de 2004, Brasília-DF.

Oficina de Saúde Mental na Atenção Básica. Em 13 de março de 2004, Brasília – DF.

I Encontro Nacional de CAPSad. De 1 a 2 de abril de 2004. Santo André, SP.

Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial. De 28 de junho a 1º de julho de 2004, São Paulo – São Paulo.

Evento de Instalação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Em 05 de agosto de 2004, Brasília- DF

Encontro Brasileiro Sobre Residências Terapêuticas. De 23 a 25 de setembro de 2004. Paracambi, Rio de Janeiro.

Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. De 22 a 23 de novembro de 2004, Brasília-DF

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. De 24 a 25 de novembro, Brasília – DF

II Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Em 14 de dezembro de 2004, Brasília – DF.

## **2005**

Oficina sobre Centros de Convivência. Em 25 de fevereiro de 2005. Belo Horizonte, MG

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental: De 27 a 29 de abril, Brasília - DF.

III Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Em 24 de maio de 2005, Curitiba, PR.

Instalação do Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária. De 16 a 17 de junho de 2005. Brasília, DF.

Saúde Mental: 15 anos da Declaração de Caracas. De 7 a 9 de novembro de 2005. Brasília, DF.

IV Reunião Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. De 12 a 15 de dezembro de 2005, como parte da IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF.

Reunião de instalação do Comitê Assessor da Política de Álcool e outras Drogas. Brasília, DF.

**2006**

Cerimônia de Cadastramento do CAPS 800 e Assinatura de Portaria que instituiu cooperação técnica com centros universitários para avaliação e aperfeiçoamento da rede de saúde mental do SUS. Em 27 de março, Brasília.

Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para Gestores Municipais de Saúde Mental. De 28 a 31 de março, Brasília - DF.

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. De 29 a 31 de maio, Brasília - DF

V Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. De 19 a 20 de junho, Salvador – BA.

I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviços de Saúde. De 26 a 28 de junho, Santo André- SP.

Reunião de instalação do Grupo de Trabalho para a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental - Secretaria Especial de Direitos Humanos. Em 12 de julho, Brasília.

Lançamento da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio - Dia Mundial da Saúde Mental. Em 10 de outubro, Brasília - DF.

VI Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. De 5 a 6 de dezembro, Brasília – DF.

## **8.2. Pesquisas e outros projetos financiados e/ou apoiados**

Projetos financiados por edital

### **Edital MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/CT Saúde nº 07/2005**

No dia 10 de junho de 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia, através do CNPq, lançaram o Edital de Saúde Mental, para estudos e pesquisas. O investimento em pesquisa no valor total de seis milhões de reais (capital, custeio e bolsas) apoiou projetos entre duzentos e cinquenta e quinhentos mil reais. Abaixo, as instituições e projetos aprovados e pagos:

<b>Projetos Aprovados</b>	<b>Instituições</b>
Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial (caps) do estado de Mato Grosso	UFMT
Avaliação dos centros de atenção psicossocial do estado de Mato Grosso	UNIC
Transtorno de pânico e função respiratória, função vestibular e neuroimagem funcional: identificação e caracterização de subgrupos diagnósticos.	UFRJ
Investigação sobre os efeitos discursivos da "capsização" da atenção à saúde mental: avaliação qualitativa dos processos de institucionalização do modelo caps	UFMG
Função microbicida de monócitos em pacientes com esquizofrenia	UFPE
Intervenções terapêuticas de caráter interdisciplinar para tratamento de transtornos mentais comuns (síndromes depressivas e ansiosas) em unidades do programa de saúde da família	UERJ
Assistência à saúde mental no Amazonas: análise de demanda e produção	UFAM
Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos	FIOCRUZ
Os caps e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil	UCPEL
Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais no estado do Rio de Janeiro	PUC-RJ
Avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil	UFPEL
Novos modelos de disfunção colinérgica para o estudo de demências	UFMG
Interações genético-ambientais como fatores de risco, ou de proteção, para transtornos de humor ao longo do ciclo da vida	UFMG
Violência contra as mulheres e saúde mental: análise de programas de atendimento a homens autores de violência	UFPE
Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil.	UFBA
Prognóstico das psicoses funcionais quatro anos	USP

após o primeiro contato com serviços de saúde mental	
Pesquisa avaliativa da rede CAPS: entre a saúde coletiva e a saúde mental	UNICAMP
Transformação do modelo de atenção pública em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores	USP
Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional do estado de São Paulo	UNIFESP
Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de violência sexual	UFRGS
Lítio, neuroproteção e memória: das bases moleculares a aplicação clínica	USP

### **Edital MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT nº 26/2006**

Em junho de 2006 foi lançado edital para apoiar atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra e Saúde da População Masculina. Uma das linhas temáticas do edital foi Racismo e Saúde Mental, e foi previsto um investimento de 10 milhões de reais no total das pesquisas. O resultado deste edital está disponível no sítio [www.cnpq.br](http://www.cnpq.br).

### **Outras pesquisas e projetos apoiados**

**Projeto Avaliar-CAPS:** pesquisa realizada entre os anos de 2004-2005, com 77% dos CAPS credenciados à época, com a participação das Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental. A pesquisa iniciou um processo de Avaliação Permanente de avaliação dos serviços e já em 2006, iniciou-se o monitoramento dos serviços, com resultados ainda não disponíveis.

**Conhecendo a rede pública ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes - dimensões da exclusão:** pesquisa realizada em parceria com a UFRJ com o objetivo elaborar uma metodologia de avaliação sistemática da rede de atenção ampliada à saúde mental de crianças e adolescentes.

**Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental :** estudo multicêntrico nacional realizado em parceria com UFMG/ Departamento de Medicina preventiva e social.

**Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados nos Hospitais Psiquiátricos no Estado da Bahia e Censo Clínico e Psicossocial da População de Pacientes Internados no Hospital de Custódia e Tratamento em Psiquiatria do Estado da Bahia (HCTP-BA):** censos financiados pelo Ministério da Saúde e realizados em parceria com a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, como o apoio do Movimento da Luta Anti-manicomial e da Associação Brasileira de Psiquiatria.

**Perfil dos Pacientes Internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro:** pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, realizada em 2003 pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária/Governo do Estado do Rio de Janeiro.

**Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes em medida de segurança do estado de Goiás:** pesquisa financiada pelo Ministério da Justiça e apoiada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, em 2003/2004.

**Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator :** Programa de atenção à pessoa com transtornos mentais em medida de segurança no estado de Goiás financiado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2004/2005, sob a gestão e apoio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

**Projeto Piloto em unidades de medida sócio-educativas do Paraná (em andamento):** projeto em realização, em parceria com a Coordenação de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde, com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e com SESA do Paraná e o IASP.

**Fórum mineiro de Saúde Mental:** Pesquisa de elaboração de diagnóstico sobre a situação da população do Manicômio judiciário de Belo Horizonte financiada pelo Ministério da Saúde em 2004.

**Teatro do Oprimido:** Assistência financeira do Ministério da Saúde ao Centro de Teatro do

Oprimido-CTO-Rio, em 2003, para realização de Estudo Piloto com técnica do teatro do Oprimido na capacitação de profissionais de CAPS.

### **8.3. Atos Normativos**

#### **2003**

**Portaria nº 150/SAS, de 18 de junho** - Portaria que homologa os resultados das revisórias realizadas no período de janeiro a março de 2003, nos hospitais psiquiátricos que não haviam obtido percentual mínimo de 61% da pontuação exigida pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar - PNASH/Psiquiatria 2002.

**Portaria nº 1455, de 31 de julho** – Destina incentivo financeiro, repassado fundo a fundo, para todos os CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde até o final do exercício de 2003.

**Portaria GM nº 1946, de 10 de outubro** - Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

**Portaria nº GM 1947, de 10 de outubro**- Aprova Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, e destina recursos para a implantação dos CAPSi em municípios estratégicos.

**Portaria nº 2077, de 31 de outubro** - Regulamenta a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (Programa de Volta para Casa), definindo os critérios de inclusão de beneficiários no Programa, o fluxo de solicitação de inclusão dos usuários, a operacionalização do pagamento do auxílio-reabilitação e as competências federais, estaduais e municipais.

**Portaria nº 2078, de 31 de outubro** - Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.

**Portaria nº 2.079, de 31 de outubro** - Habilita municípios sede de Hospitais Psiquiátricos com alta concentração de pacientes longamente internados, municípios com hospitais psiquiátricos em

processo de descredenciamento do SUS e municípios com maior número de residências terapêuticas a integrem o Programa De Volta Para Casa.

**Portaria nº 2381, de 17 de dezembro** - Habilita municípios com alta concentração de leitos psiquiátricos a integrem o Programa De Volta para Casa.

## **2004**

**Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro** - Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004.

**Portaria GM nº 53, de 20 de janeiro** - Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências.

**Portaria SAS nº 358, de 9 de março** - Estabelece recursos para a reforma assistencial psiquiátrica dos Estados, DF e municípios.

**Portaria SAS nº 595, de 8 de abril** - Habilita municípios sede de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ( manicômios judiciários ) a integrem o Programa "De volta para casa".

**Portaria GM nº 1174, de 15 de junho** - Destina incentivo financeiro, repassado fundo a fundo, para os municípios que implantaram e cadastraram Centros de Atenção Psicossocial junto ao Ministério da Saúde no exercício de 2004.

**Portaria GM nº 1935, de 16 de setembro** - Destina pela primeira vez incentivo financeiro antecipado para municípios que estão em processo de implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Esta portaria foi superada pela PT GM 245, de 17 de fevereiro de 2005.

**Portaria GM nº 2068, de 24 de setembro** - Destina incentivo financeiro para os municípios em processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Norma superada pela PT GM 246, de 17 de fevereiro de 2005.

**Portaria GM nº 2069, de 24 de setembro** - Habilita municípios que realizam ações de reintegração social para pessoas acometidas por transtornos mentais e têm possibilidade de acolher pacientes egressos de hospitais localizados em outros municípios, a integrarem o Programa “De Volta Para Casa”.

**Portaria GM nº 2197, de 14 de outubro** - Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Merece atenção especial a instituição dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospitais Gerais.

## **2005**

**PT GM 245, de 17 de fevereiro** - Destina incentivo financeiro para os municípios que estão em processo de implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

**PT GM 246, de 17 de fevereiro** - Destina incentivo financeiro para os municípios que estão em processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

**Portaria Interministerial 353, de 7 de março** - Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária.

**PT GM 1028, de 1º de julho** - Define as ações para a redução de danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para dependentes que não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso de substâncias.

**PT GM 1059, de 4 de julho** - Institui incentivo financeiro para os municípios sede de CAPSad com mais de 100.000 habitantes, que realizam ações de redução de danos.

**PT SAS 384, de 5 de julho** - Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

**PT SAS 395, de 7 de julho** - Determina que os Hospitais Psiquiátricos que não aderiram ao

Programa de Reestruturação Psiquiátrica voltem a ser remunerados pela PT SAS 77, de 1º de fevereiro de 2002.

**PT GM 1169, de 7 de julho** - Destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

**PT GM 1174, de 7 de julho** - Cria incentivo financeiro para municípios que desenvolvam Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial.

**PT GM 1612, de 9 de setembro** - Define normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR-ad.

## **2006**

**PT GM 678, de 30 de março de 2006** - Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.

**PT Interministerial 1055, de 17 de maio de 2006-** Institui grupo de trabalho destinado a viabilizar a constituição de um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.

**PT Interministerial 3347, de 29 de dezembro de 2006** – Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.

## 8.4. Apoio para Realização de Programas de Formação no período

Município/Estado	Instituições	Modalidades de Formação
1. Boa Vista	Pólo Educação Permanente (PEP) -Acre	Especialização em Saúde Mental
2. Manaus	PEP Amazonas	Especialização em Saúde Mental
3. Macapá	PEP Amapá	Especialização em Saúde Mental
4. Belém – PA	SMS PEP /SMS	Atualização na Atenção Álcool e Drogas Capacitação para os Pólos de Saúde mental – Atenção à Criança e Adolescente  Capacitação para os Pólos de Saúde Mental – Atenção aos Usuários de Alcool e outras Drogas  Capacitação Saúde Mental na Atenção Básica Especialização em Saúde Mental
5. Salvador – BA	SES/UFBA	Especialização em Saúde Mental
6. Vitória da Conquista – BA	SMS	Saúde Mental na Atenção Básica
7. Sobral – CE	SES/SMS	Especialização em Saúde Mental Saúde Mental na Atenção Básica
8. Fortaleza – CE	PEP/SES/UECE	Especialização em Saúde Mental Capacitação em Saúde mental na Atenção Básica Capacitação em Saúde Mental- Arte-Terapia
9. Teresina -PI	UFPI	Especialização em Saúde Mental Capacitação Saúde mental na Atenção Básica
10. Rio Grande do Norte	SES/UFRN  SMS-Natal/UFRN	Especialização Médicos generalistas Atenção Básica Atualização Atenção Álcool e Drogas
11. Paraíba	PEP Paraíba Universidade Federal da Paraíba/João Pessoa	Especialização em Saúde Mental
12. Sergipe	PEP Sergipe-SES  Instituto RAID	Capacitação em Saúde Mental para PSF  Atualização Atenção Álcool e Drogas
13. Alagoas	Instituto RAID	Atualização Atenção Álcool e Drogas
14. Pernambuco	Instituto RAID	Atualização Atenção Álcool e Drogas
15. Mato Grosso do Sul	SES/MS Escola de Saúde Pública-MS e ENSP SES/MS SMS-Campo Grande	Especialização em Saúde Mental  Médicos generalistas Atualização Atenção Álcool e Drogas
16. – Mato Grosso	SES/Escola de Saúde Pública Cuiabá Universidade Estadual do Mato Grosso	Especialização em Saúde Mental  Especialização em Saúde Mental
17. Goiás	PEP/SMS Goiânia	Especialização em Saúde Mental
18. Minas Gerais	BH/SMS   FHEMIG	Atenção Básica (ACS)  Médicos generalistas e Enfermeiros  Atualização Profissional de Nível Superior da Rede Básica de Saúde

<p>PEP-Macrorregião CentroSul</p> <p>PEP-MG Macrorregião Norte</p>	<p>Escola de Enfermagem Wenceslau Brás/EEWB</p> <p>Fundação de Ensino Superior de Passos/FAENPA</p> <p>FACEPE/ALFENAS</p> <p>UNIMONTES/Montes Claros</p>	<p>Especialização Atenção Álcool e Drogas</p> <p>Reorganização da Estrutura dos Serviços de Saúde Mental</p> <p>Atualização em Saúde mental para Nível Técnico</p> <p>Especialização em Saúde Mental</p> <p>Capacitação em Avaliação Psiquiátrica</p> <p>Atualização em Saúde Mental</p>
<p>19. Rio de Janeiro – RJ</p>	<p>Centro Teatro do Oprimido-CTO</p> <p>UFRJ</p> <p>PROJAD/UFRJ</p> <p>NEPAD/UERJ</p>	<p>Atualização</p> <p>Especialização Atenção Básica</p> <p>Médicos generalistas</p> <p>Atualização Atenção Álcool e Drogas</p> <p>Especialização Atenção Álcool e Drogas</p>
<p>20. São Paulo</p>	<p>SES/CAPS Itapeva/USP-SP</p> <p>PEP/ Universidade do Vale do Paraíba</p> <p>PEP do Leste Paulista-UNICAMP</p> <p>FUNCAMP/UNICAMP</p> <p>PEP Grande São Paulo/SECID/UNICID</p> <p>Escola Técnica do SUS</p> <p>USP/Ribeirão Preto</p> <p>Escola de Enfermagem-USP/RP</p> <p>Universidade Federal de São Paulo/UNIAD</p> <p>Universidade Federal de São Paulo/PROAD</p>	<p>Especialização em Saúde Mental</p> <p>Especialização em Saúde mental</p> <p>Especialização em Saúde Mental</p> <p>Especialização em Atenção Álcool e Drogas</p> <p>Curso de Atualização em Dependência Química</p> <p>Especialização Álcool e outras drogas</p> <p>Supervisão de Alunos do Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa</p> <p>Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa-Região Leste</p> <p>Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa-Região Sudeste</p> <p>Especialização Atenção Álcool e Drogas</p> <p>Atualização em Atenção Álcool e Drogas</p>

	FUSP	Atualização em Atenção Álcool e Drogas Atualização Atenção Álcool e Drogas Atualização em Atenção Álcool e Drogas
	USP/GREA	Especialização Álcool e Drogas
21. Santa Catarina	SMSFpolis/UDESC  PEP Sul-Tubarão  SMSJoinville/UDESC	Especialização Atenção Psicossocial Atenção Básica(PSF/ACS)  Capacitação em Saúde mental para Atenção Básica  Médicos generalistas
22. Paraná	Pólo Ampliado –Campos Gerais-SMS Ponta Grossa Pólo Ampliado Norte  Pólo Ampliado Noroeste	Capacitação em Saúde Mental para Atenção Básica  Especialização em Saúde Mental  Capacitação para Rede de Atenção Básica em Saúde mental
23. Rio Grande do Sul	SMS Porto Alegre  Fundação UFRGS  Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul	Saúde Mental na Atenção Básica Atualização em Saúde Mental Especialização em Saúde Mental Atualização Atenção Álcool e Drogas  Residência Multiprofissional em Saúde Mental
24. Distrito Federal	UnB	Atualização Atenção Álcool e Drogas
25. Rondônia	UNIR	Especialização Atenção em Álcool e Drogas

## 8.5. Publicações e periódicos

### Publicações no período

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Manual do Programa De Volta para Casa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2003

\_\_\_\_\_. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_ *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem.* Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_ *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.* Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_ *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.* 1ª ed. Em português, ampl. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_ *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho.* Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_ *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.* Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_ *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.* Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_ *Saúde Mental em Dados ano I, nº 2.* Brasília, julho de 2006.

\_\_\_\_\_ *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.* Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_ *Levantamento Bibliográfico sobre os temas: suicídio, sobreviventes, família.* Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.* Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

### **Periódicos do Período**

- Informativo Eletrônico – Saúde Mental no SUS: Criado ainda em 2002, o Informativo Saúde Mental no SUS, publicação eletrônica trimestral da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, revelou-se um importante veículo para a divulgação das ações da área, dos dados relevantes para o planejamento das gestões nos estados e municípios, e para o fomento de discussões importantes do campo da Reforma Psiquiátrica. O Informativo está em seu quinto ano, tendo publicado até 2006 24 números, todos disponíveis no endereço eletrônico [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

## **A Equipe de Saúde Mental**

No período de 2003-2006, fizeram parte da equipe de saúde mental do Ministério da Saúde:

Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador

Alfredo Schechtman – Coordenador Substituto

### **Assessores Técnicos (equipe atual):**

Ana Lúcia Ferraz Amstalden

Beatriz Montenegro Franco de Souza

Elizabete Bonavigo

Francisco Cordeiro

Karime da Fonseca Pôrto

Kátia Galbinski

Maria Cristina Hoffmann

Renata Weber

Rita Martins

Tânia Maris Grigolo

### **Assessores Técnicos (integraram a equipe no período 2003-2006):**

André Magalhães Teixeira

Carlos Felipe de Oliveira

Denise Doneda

Juliana Garcia Murad

Cristiane Knijnik (colaboradora)

Marden Marques Soares Filho

Maria Bernadete Pires Carvalho

Maria Cristina Lobo

Paulo Macedo

Simone Frichenbruder

Sueli Moreira

Vera Rodrigues

**Equipe de Apoio:**

Cleide Souza

Marcela Alcântara Noman

Maria Abadia Amorim de Araújo (licenciada)

**Estagiários (2003-2006):**

Ana Cléa Ribeiro da Cunha

Deise do Nascimento

Elmo Renato Domingues Varela

Fabício Souza Barbosa

Fernanda Cardoso da Silva

Francisca Thays de Lima

Gisele Mendonça de Jesus

Giselle Sodré de Souza Santos

June Correa Borges Scafuto

Kelly Pereira de Almeida

Maiza Fernandes Santos

Mayara de Queirós Araújo

Tiago Szymel Silva de Sousa

Weslei Dias da Luz

Viviane Cruvinel Del Castro

Rosa Mara Santos Cassis

**Consultores atuais:**

Ana Pitta

Cristina Loyola (colaboradora)

Cristina Ventura (colaboradora)

Domingos Sávio Alves (colaborador)

Elizabeth Freitas (colaboradora)

Fernanda Nicácio (colaboradora)

Fernando Kinker

Flávio Resmini (colaborador)

Florianita Campos  
Juarez Furtado  
Luciano Elia (colaborador)  
Marcela Lucena  
Marcelo Cruz (colaborador)  
Neury Botega (colaborador)  
Roberto Tykanori (colaborador)  
Rodolfo Valentin (colaborador)  
Sandra Fagundes (colaboradora)

**Outros consultores no período:**

Bernardo de Assis Filho  
Jalmireide dos Anjos Correia  
Luiz Antonio Melhado  
Suzana Robortella (colaboradora)

**Foram importantes interlocutores neste período:**

Alexandre Pereira  
Amélia Lyra  
Ana Luíza Aranha  
Antônio Nery Filho  
Benedetto Saraceno  
Cristiane Duarte  
Cristoph Surjus  
Eduardo Passos  
Elizabete Mângia  
Erotildes Leal  
Fernanda Otoni de Barros (projeto PAILI, MS/SES-GO/SMS-Goiânia)  
Gastão Wagner de Souza Campos  
Geo Britto  
Li Li Min  
Luiz Odorico Monteiro  
Márcia Aran

Márcia de Oliveira  
Maria Lúcia Karam  
Mário Mamede  
Miriam Aboud-Yd  
Miriam Dias  
Mirsa Dellosi  
Neli Almeida  
Paul Singer  
Regina Benevides  
Rosana Onocko  
Sérgio Levcovitz  
Sônia Barros  
Sônia Heckert  
Tânia Kolker  
Valmor Schiochet

**Reconhecemos a importante contribuição neste período:**

Dos coordenadores de saúde mental e demais integrantes do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental;  
De todos os coordenadores municipais de saúde mental;  
Dos participantes do Comitê Assessor para Políticas de Álcool e Outras Drogas;  
Dos participantes do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária;  
Dos participantes do GT para a criação do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental;  
Dos participantes da Comissão Organizadora, de Programação e Comissão Consultiva do Congresso Brasileiro de CAPS;

Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação Geral de Saúde Mental.

Como referir este documento:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85 p.

**Organização do Relatório:** Renata Weber e Pedro Gabriel Godinho Delgado

**Redação:** os organizadores e Karime da Fonseca Pôrto, Francisco Cordeiro, Elizabete Bonavigo, Tânia Grigolo, Sandra Fagundes, Cristina Hoffmann, Rita Martins, Ana Ferraz e Beatriz Montenegro.

**Agradecimentos:** Cristina Ventura, Florianita Campos, Domingos Sávio Alves, Eduardo Rocha, Marta Elisabeth, Jane Lemos, Ana Pitta, Fernando Kinker, e a todos os consultores e coordenadores de saúde mental.