

Saúde Mental no SUS

As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica



Relatório de Gestão 2007-2010

Janeiro de 2011

Ministério
da Saúde



Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica

Consolidação do Modelo Territorial de Atenção
Intersetorialidade
Drogas & Vulnerabilidade
Formação e Produção de Conhecimento para a Saúde Mental Pública

Relatório de Gestão 2007-2010

Ministério da Saúde – Janeiro de 2011

Elaboração, distribuição e informações

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

DAPES/SAS/MS

SAF/SUL Edifício Premium trecho 2 lote 05/06, Bloco F Torre II sala 13

Brasília-DF, 70.070-600

Contatos:

Fone Geral: (61) 3306.8144

Fax (61) 3306-8143/3315-8122

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Organização do Relatório:

Renata Weber

Pedro Gabriel Delgado

Redação e Dados:

Renata Weber

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Alfredo Schechtman

Ana Amstalden

Francisco Cordeiro

Giselle Sodré de Souza Santos

Milena Leal Pacheco

Karime Porto

Márcia Totugui

Mayara Soares dos Santos (estagiária)

Miriam Di Giovanni

Rubia Cerqueira Persequini

Taciane Pereira Maia Monteiro

Capa: Detalhe da obra de Rafael – “Universo”. Acervo da Mostra de Arte realizada no Congresso Brasileiro de CAPS. São Paulo, de 28 de junho a 1º de julho de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.
Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

Versão preliminar 1, fechada em 27/01/11

Sumário

1. Apresentação.....	6
2. Processos de Gestão.....	9
3. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I)	12
4. Avanços na Consolidação da Rede de Atenção de Base Comunitária.....	18
4.1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	18
4.2 Residências Terapêuticas.....	24
4.3. Saúde Mental na Atenção Básica.....	26
4.4 Diversificação dos Componentes da Rede.....	28
5. Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica	29
5.1 O Processo de Redução Planejada de Leitos em Hospitais Psiquiátricos.....	29
5.2 Desinstitucionalização e Redes Substitutivas	34
5.3 O Programa de Volta para Casa.....	35
5.4 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	37
5.5 Os Hospitais Gerais.....	39
6. Articulação com Usuários e Familiares.....	41
7. Álcool e Outras Drogas.....	43
7.1 Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD).....	43
7.2 O Plano Crack.....	44
7.3 Expansão da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS.....	47
7.4 Redução de Danos.....	52
7.5 Ações Relacionadas ao Consumo de Bebidas Alcoólicas.....	54
7.6 Grupos de trabalho, Comitês e Oficinas.....	56
7.7 Articulação Internacional.....	58
7.8 Avaliação dos Serviços AD	61
8. Formação e Educação Permanente.....	64

9. Avanços na Construção e Implementação de Políticas e Programas de Saúde Mental Intersetoriais.....	69
9.1 Política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência.....	69
9.2 Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho.....	72
9.3 Garantia de Acesso e de Atenção às Especificidades da Demanda.....	74
9.4 Saúde Mental e Cultura.....	79
9.5 Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.....	81
9.6 Estratégia Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Epilepsia.....	83
9.7 Saúde Mental e Direitos Humanos.....	85
9.8 Saúde Bucal.....	86
10. Gastos do Programa	88
11. Tópicos Especiais.....	90
11.1 Produção de Conhecimento e Relação com a Política Científica.....	90
11.2 Avaliação dos Serviços.....	92
11.3. Articulação Internacional.....	94
11.4 O Debate Político com as Corporações Profissionais.....	96
11.5 Representação da Reforma Psiquiátrica na Imprensa e Opinião Pública – Desafios.....	97
12. Anexos.....	99

1. Apresentação

O período 2007-2010, correspondente ao segundo governo do Presidente Lula, mostrou avanços e aprofundamento na ampliação do acesso em saúde mental, em continuidade ao período anterior, consolidando, em larga medida, a mudança no modelo de atenção no SUS. O quadriênio foi igualmente marcado pela transposição das fronteiras anteriores do processo de Reforma Psiquiátrica, com a incorporação decisiva de novos desafios para a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Como signo maior desta ampliação de fronteiras, realizou-se em 2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que incorporou em seu nome, temário e participantes, os desafios da intersetorialidade, trazendo para a PNSM, de modo definitivo e mais pragmático, o componente da parceria e articulação com outras políticas públicas.

Diferentemente dos 4 anos anteriores, a questão com entidades corporativas do campo da saúde mental – especialmente as médicas, mas não somente elas – e atores políticos relevantes no parlamento, tornou-se mais aguda, assumindo muitas vezes o aspecto de um contencioso onde as portas para o diálogo se tornaram estreitas.

Três temas mais recorrentes freqüentaram este debate tenso: 1. a crítica à efetividade da rede de atenção comunitária e ao presumido “erro” da PNSM, que teria reduzido leitos psiquiátricos de modo inadequado, expondo os pacientes ao risco de desassistência; 2. a presumida “ausência de diálogo” com as entidades corporativas, que teria “alijado” os psiquiatras e conselhos profissionais médicos das decisões e da execução da política; este segundo tema, com argumentos de outra natureza, também foi referido sistematicamente pelo conselho profissional da psicologia; e 3. a presumida “incapacidade” da PNSM, e do próprio Ministério da Saúde, de darem uma resposta efetiva ao “grave problema do crack”. Os termos entre aspas são aqui utilizados por terem sido recursos de designação reiterados, e por ajudarem a descrever os três componentes de um verdadeiro contencioso, que acabou se tornando uma das marcas e o principal fato político, para a PNSM, do período 2007-2010.

Este Relatório descreve as ações realizadas, analisa seus limites e possibilidades, e busca trazer ao gestor de saúde mental do SUS informações úteis para subsidiar suas próprias considerações acerca do processo de implantação e implementação da rede de atenção comunitária nos âmbitos estadual, regional e municipal.

Em relação à ampliação da rede, destacam-se dois fatos: primeiro, o incremento da cobertura de CAPS, que começa a estender-se a áreas menos assistidas, como a Amazônia Legal e o Centro-Oeste, atingindo 66% de cobertura/Brasil. Segundo, a expansão das ações regulares de saúde mental na atenção básica, com a criação dos NASF (em que a presença de profissionais de saúde mental tornou-se recomendação expressa da norma aplicável), e o aprofundamento, sistematização e extensão das estratégias de matriciamento, seja das equipes de saúde da família/agentes comunitários de saúde, seja da atenção básica tradicional, onde a estratégia de saúde da família (ESF) ainda não se implantou.

No tema da educação e formação permanente em saúde, destacam-se, além do aumento da oferta de ações formadoras, inovações extremamente importantes, como o apoio supervisionado e articulado aos programas de residência (PRO-Residência), as ações de ensino à distância (UNASUS), as “Escolas” de Supervisores e de Redução de Danos, e o Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Mental.

A desinstitucionalização, apesar de dificuldades que precisam ser superadas, como o financiamento adequado das residências terapêuticas e o ritmo menor que o desejável de incorporação de egressos ao Programa De Volta para Casa, prosseguiu em todos os municípios onde se localizam hospitais psiquiátricos. A redução dos leitos psiquiátricos, na direção da mudança do modelo, realizou-se em ritmo semelhante ao do quadriênio anterior, e buscou equilibrar o fechamento de leitos com a oferta de serviços substitutivos suficientes. São 1.700 leitos fechados ao ano. A contrapartida de abertura de serviços em hospitais gerais e CAPS-III precisa ser fortalecida, e permanece como um dos desafios mais importantes a serem adequadamente superados no próximo ano.

A parceria da PNSM com a Política de Economia Solidária revelou-se vigorosa e promissora, encerrando-se o período com 640 empreendimentos econômicos solidários de saúde mental, e uma rede articulada de incubadoras, gestores das duas políticas e associações de usuários e familiares. Não foi possível superar limitações do marco legal para as cooperativas sociais no Governo Lula, mas as propostas estão em fase adiantada de construção e pactuação. Espera-se o lançamento, por decreto federal, de um programa de âmbito nacional para apoio ao cooperativismo social, que será uma ferramenta importante para fortalecer este importante componente da estratégia de inclusão social e produção de autonomia dos usuários e familiares deste campo.

A política de álcool e outras drogas, conduzida no SUS pela saúde mental (como recomendam a OMS e a experiência internacional), foi fortemente marcada pelo impacto do grave problema do aumento do consumo de *crack* em todo o país, especialmente entre grupos vulneráveis.

As respostas institucionais do SUS, expressas nas variadas ações de planos emergenciais, como o PEAD (Plano emergencial de ampliação das ações de atenção em álcool e outras drogas), de 2009, e o Plano interministerial do Crack, em 2010, estão colocadas para a saúde pública nos três âmbitos de gestão, e já começam a produzir resultados, especialmente através de uma melhor apropriação do tema pelos gestores e pela sociedade, evitando-se o clima alarmista que acabou marcando o debate desta questão, na imprensa e no parlamento, nos dois últimos anos.

Finalmente, é preciso chamar a atenção para um desafio espinhoso, ainda insuficientemente equacionado. Trata-se da produção e transmissão de conhecimento em saúde mental na saúde pública. Parte dos problemas observados no debate travado com as instituições médicas e seus interlocutores no parlamento e na imprensa se dá pela fragilidade de uma rede de produção de conhecimento em psiquiatria e saúde mental, que leve em conta de modo efetivo e criativo as peculiaridades e exigências da saúde pública. No governo Lula, o Ministério da Saúde implantou de fato uma política, sustentada orçamentariamente, de fomento à pesquisa aplicada ao SUS. Porém, a própria autonomia e protagonismo do SUS no debate com o campo das instituições científicas precisam ser rediscutidos, para que, sem desconsiderar os avanços alcançados, tal interlocução se faça em bases mais racionais e produtivas.

Este Relatório de Gestão 2007-2010, na sua versão preliminar (que ainda não incorpora os dados de financiamento do exercício 2010), como se deu com os relatórios anteriores, é, além de uma prestação de contas, um esforço para contribuir com o debate dos difíceis e complexos problemas da Reforma Psiquiátrica e da PNSM.

2. Processos de Gestão

A experiência acumulada do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental – instância coletiva e participativa de gestão, instituída em 2003, - e a necessidade de consolidar mecanismos de aperfeiçoamento da gestão tripartite da Política de Saúde Mental, sob os princípios da Reforma Psiquiátrica, permitiu, em dezembro de 2010, a oficialização do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental como instância formal de gestão colegiada da PNSM, através da Portaria GM 3.796/10.

Tendo se reunido 6 vezes no período 2007-2010, o Colegiado se consolidou e demonstrou ser uma instância eficiente de pactuação da Política Nacional de Saúde Mental. Já participavam do Colegiado Nacional os Coordenadores Estaduais e de Capitais, os Coordenadores dos municípios acima de 250.000 habitantes e de municípios com mais de 300 leitos de hospital psiquiátrico e/ou em processo de desinstitucionalização, as instâncias do SUS: CONASS, CONASEMS (e COSEMS estaduais), CNS; e do Ministério da Saúde: Atenção Básica, Regulação, Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, da Pessoa com Deficiência, do Idoso, no Sistema Penitenciário, HumanizaSUS, PN/DST-Aids e outras. Como resultado da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), realizada em 2010, passaram a participar também os representantes intersetoriais, que antes eram somente convidados: Secretaria de Direitos Humanos, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Economia Solidária, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministérios da Cultura e da Educação. Esta nova composição do Colegiado (ver composição do Colegiado Nacional no Anexo) foi formalizada pela portaria 3.796/10, que determina que o Colegiado deverá reunir-se presencialmente pelo menos 2 vezes ao ano.

As necessidades em saúde mental cresceram e se complexificaram, exigindo uma permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, e de construção de estratégias inovadoras de cuidado. Os avanços no campo da saúde mental dependem hoje fundamentalmente da capacidade de os gestores se articularem intersetorialmente, assegurando apoio político e trabalho integrado entre todas as linhas e níveis de atuação governamental no campo da saúde mental. A instalação do Colegiado Nacional de Saúde Mental, com composição intersetorial, no SUS, passa a ser assim instância de pactuação fundamental para a gestão pública das Políticas de Saúde Mental. Usuários e familiares começam a se organizar e

reivindicam sua participação formal no Colegiado Nacional. Esta inclusão representará um avanço ainda maior para a consolidação de uma direção coletiva e democrática da Política de Saúde Mental no Brasil.

É importante destacar outras instâncias de gestão da Política, que demonstraram nos últimos anos competência técnica e capacidade de articulação política para a construção de consensos, como os Grupos de Trabalho (GTs) sobre Atenção ao Autismo no SUS, Saúde Mental e Economia Solidária, Implantação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, GT de Saúde Mental em Hospitais Gerais, GT de Demandas dos Usuários e Familiares, Grupo Assessor da Política de Álcool & Outras Drogas no SUS, Comitê Assessor das Ações de Redução de Danos, e Grupo Técnico do Programa de Residência Médica e Multiprofissional (coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho, SGETES/MS). O Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil, de composição intersetorial, em atuação desde o ano de 2004, também foi fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para este campo.

Nos últimos anos também entrou em atuação o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas - que passará a enfrentar a complexa questão dos transtornos mentais no contexto indígena em contato com a recente Secretaria Especial de Saúde Indígena, SESAI, criada no âmbito do Ministério da Saúde para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional.

Merece destaque o Comitê Assessor para a Política de Álcool e Outras Drogas, composto por representantes do governo, controle social, universidades, além de técnicos e usuários, que vem articulando nos últimos anos os avanços desta Política, e tem enfrentado intersetorialmente, no campo da saúde pública, desafios recentes como o aumento do consumo de crack entre grupos vulneráveis.

De recente instalação, destaca-se finalmente o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (NBDHSM), criado em 2006 por portaria interministerial MS/Secretaria de Direitos Humanos (SDH), que tem a finalidade de articular sistematicamente os campos da saúde mental e dos direitos humanos, através de cooperação entre o Ministério da Saúde e Secretaria de Direitos Humanos, em defesa dos direitos dos usuários. O NBDHSM enfrentou diversas dificuldades desde 2006, ano em que foi instituído por portaria, até a sua implementação, aprovada e apoiada pela plenária da IV CNSM-I. Com a instalação de seu Comitê Executivo, em novembro de 2010, o

NBDHSM passou a operar como um dispositivo misto (composto por representantes de órgãos governamentais, da sociedade civil e universidades), para garantir a não-repetição de violações de direitos humanos no campo da assistência à saúde mental no Brasil e ampliar a capacidade de monitoramento, proteção e promoção dos direitos humanos no campo da saúde mental.

Estados, regiões e municípios – A gestão federal da PNSM articula-se através de mecanismos regulares e permanente – e não apenas através do Colegiado Nacional de Coordenadores – com instâncias de gestão nos municípios, microrregiões e estados e Distrito Federal, as quais, por sua vez, participam dos colegiados de gestão do SUS em seus respectivos âmbitos.

3. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I)

A realização da IV CNSM-I – de 27 de junho a 01 de julho de 2010 – foi uma vitória de todos os atores do campo da saúde mental, e em especial, da Marcha dos Usuários de Saúde Mental, realizada em setembro de 2009 em Brasília. Trata-se de uma Conferência histórica, porque foi realizada de forma intersetorial, diferentemente das Conferências de Saúde anteriores, e porque pôde avaliar um período de 8 anos e meio (desde a III Conferência) de construção e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental no SUS, tendo como fundamento seus avanços e desafios para a próxima década.

O Relatório da IV CNSM-I, divulgado em meio eletrônico ao final de 2010, deverá ter sua publicação no formato impresso distribuída no primeiro trimestre de 2011. Reproduzimos abaixo o texto integral da Apresentação do Relatório Final da IV CNSM-I, que registra os desafios, impasses e conquistas de um processo que envolveu milhares de atores do campo da saúde mental e da intersetorialidade no ano de 2010:

“ A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010. Mesmo com pouco tempo para sua organização, tendo em vista a amplitude de uma Conferência de Saúde Mental, que foi, pela primeira vez, intersetorial, houve grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores. Ao todo, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios. Estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas.

Esta ampla participação e representação democrática consolidam as conferências nacionais como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla participação popular.

O tema da IV Conferência - “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” - permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às

conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceram a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorado a promulgação da Lei 10.216. Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares.

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deram-se a partir de um outro cenário. Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.

A conjuntura política e social e o campo da saúde mental tornaram-se mais complexos nos últimos anos, o que teve forte incidência no processo de organização da IV CNSM-I, expressando-se em desafios específicos. Foi intenso o debate com o Conselho Nacional de Saúde e com conselheiros de saúde em todo o país, sobre a necessidade da realização de uma conferência de saúde mental intersetorial, quando conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde vinham sendo desestimuladas. Neste sentido, foi decisiva a atuação de delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, realizando a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSM-I em 2010.

Outros fatores delinearão-se e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSM-I: a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a

presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais, psiquiatras e outros, para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral.

Assim, o cenário político e social mais amplo e as características internas do próprio campo da saúde mental, na medida de sua ampliação e diversificação, geraram um cenário de maior complexidade política e institucional. Dessa forma, apresentava-se em 2010 um cenário distinto do que ocorreu nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da saúde mental era muito maior. Este contexto certamente impôs ao processo de organização da Conferência um maior nível de conflito e tensão.

Nesta perspectiva, o processo de organização da conferência se mostrou mais complexo e difícil, o que se manifestou sobretudo na dificuldade de organização, em alguns lugares, das conferências nas suas etapas municipal e estadual, e, em algumas situações, na falta de apoio político de governos estaduais e municipais (destaca-se aqui a situação do Estado de São Paulo, onde a Secretaria do Estado da Saúde apresentou veto à decisão do Conselho Estadual de Saúde pela realização da conferência estadual, tendo sido realizada, ao fim, uma Plenária Estadual). Estas tensões do processo de organização das etapas municipais, regionais e estaduais, em algumas situações, tiveram o efeito de limitar, em alguma medida, a participação de representantes de usuários de serviços e seus familiares na conferência nacional.

Apesar disto, o processo de organização da IV CNSM-I acumulou inúmeras conquistas, entre elas, a participação de cerca de 1200 municípios nos debates do temário desde fevereiro de 2010; a participação efetiva de variadas agências intersetoriais na discussão do tema da saúde mental, com repercussões tanto no nível federal, como no plano estadual e municipal; e a participação decisiva dos

usuários e familiares no próprio processo, ocupando lugares nas mesas redondas e painéis, na coordenação de atividades e facilitação de grupos, na Tenda Austregésilo Carrano, na Feira de Empreendimentos de Geração de Renda e Economia Solidária, bem como no conjunto de propostas aprovadas no sentido de fortalecer o seu empoderamento e a sua organização na rede de serviços e nas políticas de saúde mental.

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.

Desta forma, as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS. O processo da IV CNSM-I demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou-se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas.

A IV CNSM-I foi, segundo nossa percepção, exitosa como processo político e em seus resultados efetivos, consubstanciados no seu Relatório Final. No processo político, devem ser destacados dois aspectos: primeiro, o aprofundamento e amadurecimento da articulação política entre o campo da saúde mental e as instituições de controle social, nos 3 níveis de gestão do SUS, fato que é relevante tanto para a saúde mental (usuários e trabalhadores), como para o próprio controle social. Este avanço ficou exemplificado na condução serena e eficaz, pela Comissão Organizadora e Conselheiros do CNS, das tensões internas da etapa nacional, decorrentes inevitavelmente da dupla peculiaridade da Conferência, por ser de saúde mental, com ampla participação dos usuários de serviços, em plena afirmação de seu protagonismo político, e por ser intersetorial, com segmentos novos incorporados ao processo complexo de debate e organização de uma conferência nacional de saúde. Em segundo lugar,

deve ser destacado o esforço bem-sucedido de incorporação das representações de outras políticas públicas, tendo se construído um bom exemplo e experiência das dificuldades e potencialidades do debate intersetorial no campo da saúde pública, o que, a nosso ver, contribuirá para o avanço dessas políticas e do próprio controle social do SUS.

O Relatório da IV CNSM-I, que temos o prazer de apresentar agora, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.

Deve destacar-se o trabalho cuidadoso da Comissão de Relatoria, desde os Grupos de Trabalho e Plenárias até a construção do Relatório Final, que buscou dar conta das mais de 1.500 propostas que foram apresentadas à Plenária Final.

O conteúdo do Relatório Final permite três aproximações diferentes, três modos de leitura. Para uma primeira aproximação, mais geral, recomenda-se ler apenas os princípios e diretrizes de cada sub-eixo, que dão a direção mais geral da temática e das propostas aprovadas pela Conferência. A leitura integral do Relatório é recomendada para aqueles que quiserem um maior nível de aprofundamento e detalhamento. Para os interessados em uma temática específica, é interessante buscá-la em todos os eixos e sub-eixos, que se relacionam e se interconectam. De fato, a intersetorialidade deixou sua marca na estrutura do próprio relatório: muitos temas atravessam todo o relatório, provocando repetições e interconexões necessárias entre as propostas dos diversos eixos e sub-eixos.

A intersetorialidade, no entanto, certamente deixará marcas para além deste Relatório, devendo redirecionar completamente a prática do campo da saúde mental a partir de agora. Após a IV CNSM-I, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. Alianças intersetoriais devem ser cuidadas permanentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças; colegiados e eventos em todos os níveis de gestão não fazem

mais sentido sem a participação dos parceiros intersetoriais; apoio matricial e sistema de referência e contra-referência não podem mais ser pensados fora da intersetorialidade.

Nesse sentido, este Relatório, agora apresentado ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, deve ser encaminhado de forma oficial para os vários setores implicados nas políticas intersetoriais, gerando eventos e seminários de discussão, em todos os níveis de gestão. Deve também ser manuseado, lido, discutido por todos os atores do campo: usuários, familiares, profissionais do SUS, professores, pesquisadores. O Relatório expressa as recomendações dos atores do campo da saúde mental e da intersetorialidade para a temática da saúde mental no SUS.

Brasília, 08 de dezembro de 2010

Pedro Gabriel Delgado

Coordenador Geral da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial”

O Relatório Final da IV CNSM-I foi aprovado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, no dia 09 de dezembro de 2010, ficando a Comissão de Relatoria aberta para o recebimento de adendos dos conselheiros delegados e da Comissão Organizadora, até o dia 30 de dezembro.

A Comissão de Relatoria apresentou o texto final no dia 07 de janeiro de 2011, que está disponível para consulta e obtenção de cópia eletrônica nos endereços www.saude.gov.br/saudemental e www.cns.gov.br

4. Avanços na Consolidação da Rede de Atenção de Base Comunitária

4.1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Nos últimos quatro anos, a rede CAPS não só se expandiu, mas se interiorizou. Ao final de 2006, 34,5% dos CAPS localizavam-se em municípios com menos de 50.000 habitantes. Ao final de 2010, 40% dos CAPS têm este perfil, isto é, estão em cidades de pequeno porte (com menos que 50.000 habitantes). Ainda ao final de 2010, encontramos 58% dos CAPS localizados em municípios com menos de 100.000 habitantes. Os restantes 42% dos serviços estão em cidades com mais de 100.000 habitantes, onde residem cerca de 55% da população brasileira, segundo o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Tabela 1).

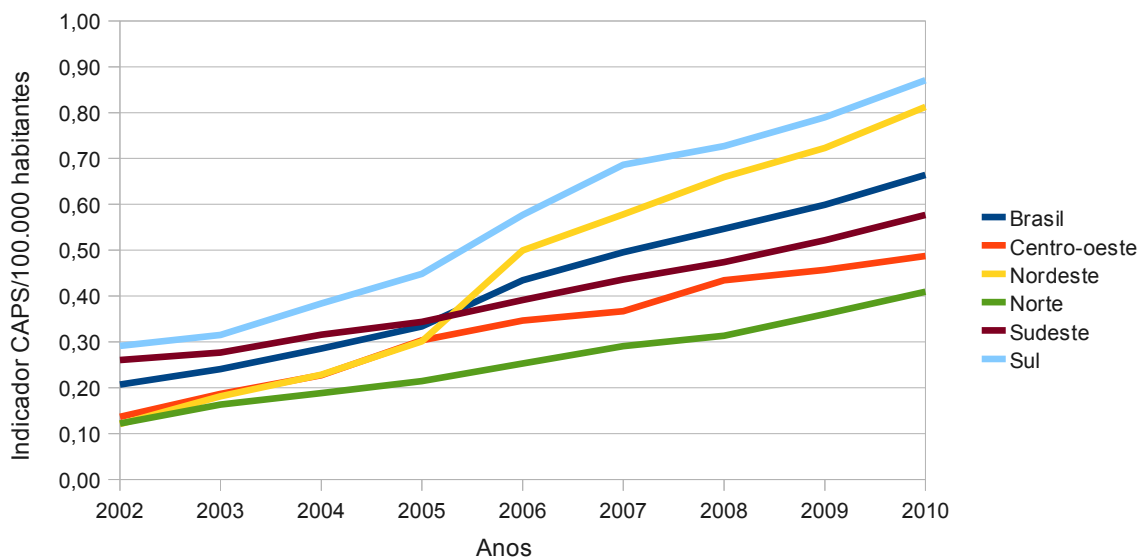
Tabela 1 - Percentagem de CAPS em municípios classificados por faixa populacional ao final de 2006 e 2010. Brasil.

Faixa populacional	2006	2010
Até 5.000	0,10%	0,25%
De 5.001 a 10.000	0,89%	0,74%
De 10.001 a 20.000	5,74%	8,21%
De 20.001 a 50.000	27,72%	31,17%
De 50.001 a 100.000	18,42%	18,09%
De 100.001 a 500.000	28,81%	24,81%
A partir de 500.001	18,32%	16,73%

Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS e IBGE (Estimativa populacional 2006 e Censo 2010).

O processo de interiorização dos serviços, embora tenha ocorrido de forma generalizada, foi mais vigoroso na região Nordeste, que havia terminado 2002 com cobertura média de 0,12 CAPS por 100.000 habitantes e encerra 2010 com 0,81 CAPS por 100.000 habitantes. A região Nordeste multiplicou por oito vezes, neste período, seu número de CAPS (o Nordeste inicia o ano de 2003 com 71 serviços e fecha 2010 com 597 CAPS) e tem hoje uma cobertura semelhante à da região sul do país.

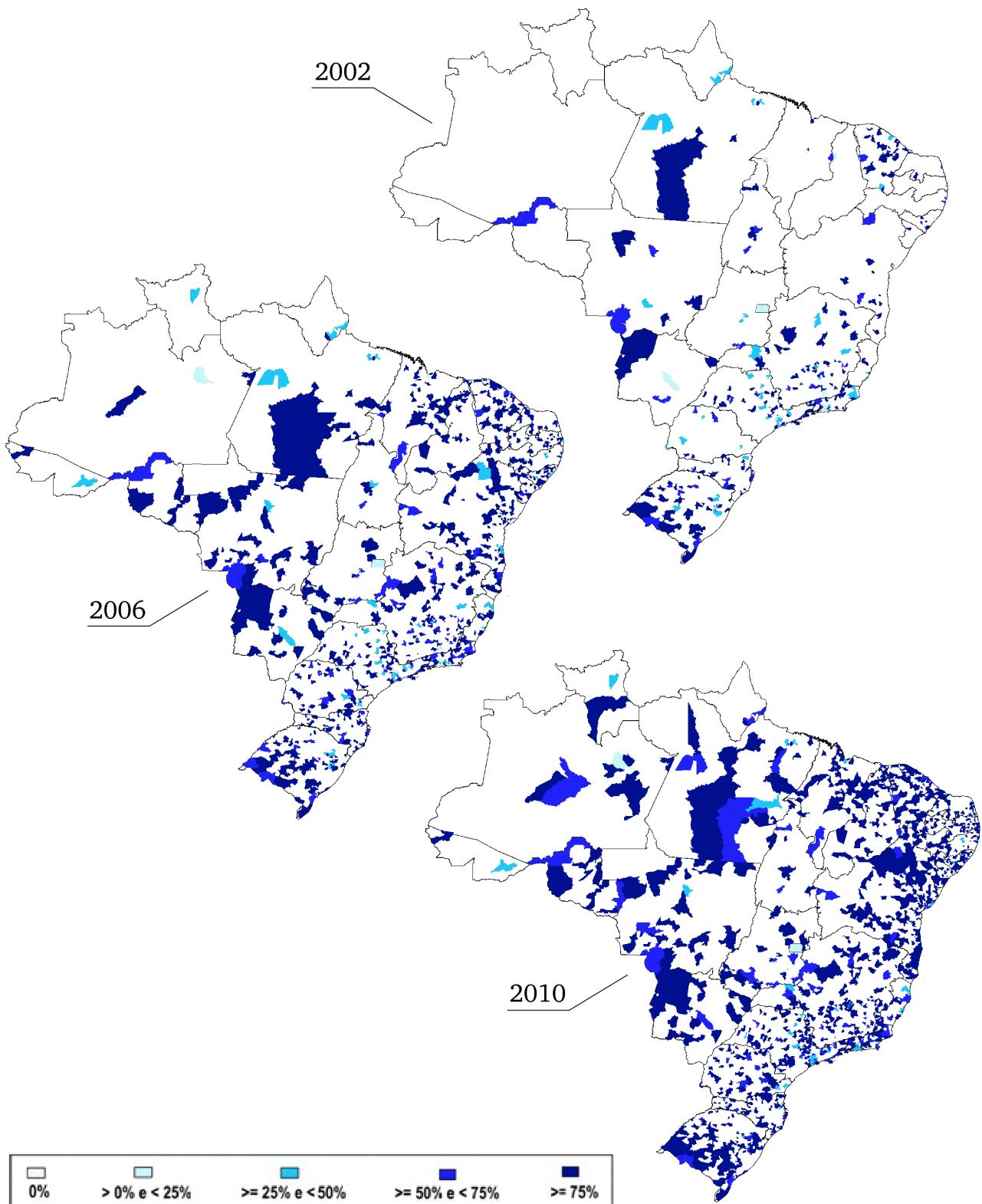
Gráfico 1 - Série Histórica do Indicador CAPS/100.000 habitantes. Brasil e Regiões. (dezembro de 2002 a dezembro de 2010)



Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS e IBGE (Estimativas populacionais 2002 a 2009 e Censo 2010)

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram maiores dificuldades para a expansão de suas redes de serviços, enquanto o país como um todo passou de uma cobertura de 0,43 CAPS/100.000 habitantes, ao final de 2006, para 0,66 CAPS por 100.000 habitantes, ao final de 2010. O parâmetro CAPS/100.000 habitantes foi incluído em 2007 como o indicador principal da saúde mental no Pacto pela Vida no SUS, exigindo dos gestores maiores esforços para a implantação e qualificação dos CAPS em seus municípios e Estados. Este indicador, no entanto, pode não refletir o estado da cobertura em saúde mental em regiões muito peculiares, como a região norte. Para os estados desta região e, mais extensivamente, da região da Amazônia Legal, é preciso instituir estratégias específicas de expansão, além de outros critérios para avaliação da cobertura da rede, especialmente na atenção básica.

Os mapas ajudam na visualização da expansão da cobertura em saúde mental de 2002 a 2010. A escala indica, em tons de azul, a cobertura dos municípios. Quanto mais escuro o azul, melhor a cobertura.



O Brasil termina o ano de 2010 com 1620 CAPS implantados, e cobertura de 0.66 CAPS por 100.000 habitantes¹:

Tabela 2 - Número de CAPS por Tipo, Região e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes (dezembro de 2010)

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Região Norte	15.865.678	46	24	2	3	12	87	0,41
Acre	732.793	0	1	0	0	1	2	0,27
Amapá	668.689	0	0	0	1	2	3	0,45
Amazonas	3.480.937	5	4	1	0	0	10	0,23
Pará	7.588.078	23	12	1	2	6	44	0,43
Rondônia	1.560.501	10	5	0	0	1	16	0,70
Roraima	451.227	1	0	0	0	1	2	0,33
Tocantins	1.383.453	7	2	0	0	1	10	0,47
Nordeste	53.078.137	348	125	17	34	73	597	0,81
Alagoas	3.120.922	37	6	0	1	2	46	0,88
Bahia	14.021.432	114	31	3	7	15	170	0,82
Ceará	8.448.055	44	29	3	6	17	99	0,93
Maranhão	6.569.683	36	13	1	3	6	59	0,63
Paraíba	3.766.834	37	8	3	7	8	63	1,22
Pernambuco	8.796.032	23	17	2	6	11	59	0,55
Piauí	3.119.015	26	6	1	1	4	38	0,82
Rio Grande do Norte	3.168.133	12	11	1	2	6	32	0,84
Sergipe	2.068.031	19	4	3	1	4	31	1,11
Região Centro-Oeste	14.050.340	44	24	1	6	15	90	0,49
Distrito Federal	2.562.963	1	2	0	1	2	6	0,21
Goiás	6.004.045	10	14	0	2	4	30	0,42
Mato Grosso	3.033.991	24	2	0	2	5	33	0,69
Mato Grosso do Sul	2.449.341	9	6	1	1	4	21	0,69
Região Sudeste	80.353.724	180	168	31	57	102	538	0,58
Espírito Santo	3.512.672	7	8	0	1	3	19	0,44
Minas Gerais	19.595.309	80	46	8	11	19	164	0,65
Rio de Janeiro	15.993.583	32	38	1	15	18	104	0,55
São Paulo	41.252.160	61	76	22	30	62	251	0,56
Região Sul	27.384.815	143	77	4	28	56	308	0,87
Paraná	10.439.601	35	27	2	7	21	92	0,72
Rio Grande do Sul	10.695.532	65	37	0	15	24	141	1,01
Santa Catarina	6.249.682	43	13	2	6	11	75	0,87
Brasil	190.732.694	761	418	55	128	258	1620	0,66

Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS e IBGE (Censo 2010).

A expansão de CAPS específicos, como os CAPSi, CAPS III e CAPSad, nos últimos quatro anos, foi um grande desafio. O número de CAPSad neste período cresceu 87%, enquanto o número de CAPSi cresceu cerca de 70%. A expansão dos CAPS III no entanto, ficou aquém do esperado

¹ Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; o CAPS-III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes.

para o período, abaixo de 50%. Não há dúvida de que este será um dos principais desafios para os próximos anos – trata-se de um serviço complexo, o de maior complexidade da rede. Com a criação dos CAPSad III, outro serviço do tipo III passa a compor a rede de saúde mental - a rede CAPS deve aumentar em número e diversificação. Ao final de 2010, foram transferidos incentivos para municípios do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), e para CAPSad III regionais, no âmbito do Plano Crack, para a implantação de 67 novos CAPSad III no país.

**Tabela 3 - Série Histórica – Número de CAPS por Tipo e ano
(dezembro de 2006 a dezembro de 2010). Brasil.**

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS.

Financiamento dos Serviços

O financiamento dos CAPS mudou, em 2008, a partir da PT GM 2867/08. Os procedimentos dos CAPS que desde o ano 2002 eram financiados pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), sendo recursos “extra-teto”, passaram, a partir do final de 2008 e como resultado de um processo coletivo de construção do Pacto de Gestão no SUS, a ser financiados pelos recursos realocados para o teto financeiro dos municípios. Estes recursos foram então “incorporados aos tetos” dos municípios e definidos com base na série histórica da produção dos serviços. Algumas distorções foram constatadas, por problemas metodológicos típicos da apuração por série histórica, e corrigidos ao longo do ano de 2009.

Se por um lado o financiamento dos CAPS através do FAEC foi uma estratégia decisiva para a mudança do modelo de atenção em saúde mental no país, com resultados evidentes na expansão da rede entre 2002 e 2008, a incorporação destes recursos aos tetos dos municípios ao final de 2008 revela a absorção do financiamento dos CAPS pelo financiamento comum do SUS, e mesmo a incorporação de forma mais decidida da rede CAPS nas redes de atenção à saúde. Em 2009, foi possível estabelecer novos recursos mensais (contrapartida federal) para os novos CAPS implementados a partir daquele ano, com aumento absoluto em relação aos recursos estipulados

pela Portaria 189/02, que criou os procedimentos CAPS em 2002. Em 2010, uma nova modalidade de CAPS, os CAPSad III, foram instituídos no SUS, com o custeio mensal (contrapartida federal) de sessenta mil reais.

Permanece como desafio para 2011 a fixação de uma contrapartida federal para o custeio dos CAPS que se aproxime mais realisticamente das exigências de custeio desses serviços, especialmente nos municípios de maior porte, onde se apuraram custos mais elevados.²

Tabela 4 - Recursos para custeio mensal (contrapartida federal) de CAPS cadastrados a partir do ano de 2009

Tipo CAPS	Recursos mensais (em reais)
CAPS I	21.804,00
CAPS II	32.000,00
CAPS III	50.000,00
CAPSi	32.000,00
CAPSad	32.000,00
CAPSad III	60.000,00

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS.

Entre os anos de 2007-2010, os *incentivos* financeiros para a implantação de CAPS, transferidos fundo a fundo para municípios, estados de Distrito Federal, foram cruciais para a indução da expansão da rede. Entre 2007 e 2010, 496 CAPS tiveram sua implantação incentivada com recursos do Ministério da Saúde. Só em 2010, 272 novos CAPS foram incentivados, entre CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad e CAPSad III.

O tema do financiamento dos CAPS é crucial num contexto acentuado recentemente de desfinanciamento da saúde. A sustentabilidade financeira das ações e serviços de saúde mental, no cenário do Pacto pela Saúde, deve ser preocupação de todos os gestores e do controle social. É fundamental, para os próximos anos, garantir a priorização da saúde mental nas pactuações nos três níveis de gestão do SUS, e assegurar o financiamento e a expansão da rede CAPS, especialmente dos CAPS III. Um novo modo de financiamento destes serviços, que leve em conta o tripé da produtividade, da qualidade da atenção e intervenção no território e da realização de ações intersetoriais, está sendo estudado pelo Ministério da Saúde.

² Segundo levantamento realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em parceria com a Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS.

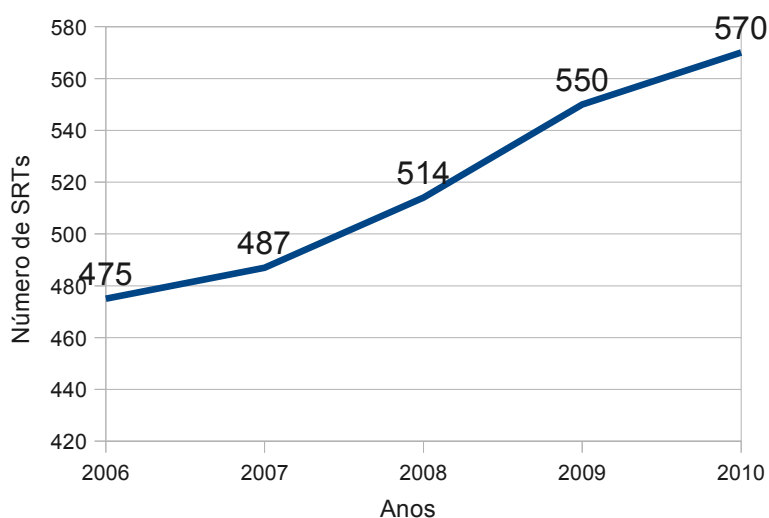
Comentário - Há riscos para a sustentabilidade dos CAPS? Esta questão esteve presente no Relatório 2003-2006³, e é decisiva. Na PNSM, e na resposta brasileira para a saúde mental comunitária (que aqui preferimos chamar territorial), os CAPS são o coração e a alma da Reforma. O componente da sustentabilidade financeira não é sequer o mais importante. É preciso considerar também a qualidade e efetividade da clínica complexa que se exerce nestes serviços e no território. E o cenário político muitas vezes adverso, de críticas ao dispositivo, em geral oriundas de corporações profissionais, exatamente porque é ele o depositário do projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. As fragilidades de estrutura, gestão, processo e organização do trabalho, qualidade da clínica, atenção às crises, inserção no território, ação intersetorial, articulação dinâmica com a atenção básica, todas elas presentes, com grandes diferenças de grau e qualidade, em grande parte dos 1.620 CAPS de todo o país, devem ser enfrentadas no cotidiano da prática, pelos próprios trabalhadores do SUS e pelas universidades e centros de pesquisa parceiros. A participação dos usuários e familiares nesta construção diária do presente e do futuro dos CAPS, conforme recomendado pela IV CNSM-I, é uma garantia do aperfeiçoamento, expansão e permanência destes serviços.

4.2 Residências Terapêuticas

A expansão e a consolidação das Residências Terapêuticas – Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), foi uma das principais preocupações do processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência nos últimos quatro anos. Os mecanismos de financiamento assegurados - repasse fundo a fundo de incentivo no valor de 10 mil reais por cada módulo de oito moradores, e custeio das Residências Terapêuticas, através da realocação das AIHs dos leitos psiquiátricos de longa permanência descredenciados do SUS para o Programa de Saúde Mental - permitiram o encerramento do ano de 2010 com 570 Residências implantadas. Esta forma de financiamento revelou-se insuficiente, como se verá adiante, estando em elaboração nova portaria que assegure recursos de custeio adequados.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006 - Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

**Gráfico 2 - Número de Residências Terapêuticas
(dezembro de 2006 a dezembro de 2010). Brasil.**



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS.

A cobertura das Residências no país, no entanto, ainda é baixa. Entre os fatores que dificultam a expansão das Residências estão as dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, as questões sócio-culturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados.

O mecanismo de custeio mensal (contrapartida federal) das Residências foi um dos maiores obstáculos para a expansão das SRTs nos últimos quatro anos. A realocação das AIHs dos leitos descredenciados do SUS para a manutenção dos moradores na Residência Terapêutica, não sendo automática, dependeu sempre de pactuações entre os gestores municipais e estaduais, para garantir que o recurso que permanecia no fundo municipal ou estadual fosse, de fato, utilizado para o custeio dos moradores nas SRTs. Em vários estados ou regiões tal pactuação foi efetiva, porém em diversos municípios com número importante de leitos a pactuação não se realizou a contento. A demanda crescente de implantação de módulos para egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que, regra geral, não possuem leitos SUS, e para a população em situação de rua portadora de transtorno mental, também gerou impasses no financiamento das SRTs. Nos dois casos, não havendo o financiamento a partir da AIH desativada, compete ao gestor local encontrar outros recursos no teto municipal ou estadual para a manutenção desses módulos.

Diante da necessidade de superar o impasse do financiamento das SRTs e de dar celeridade aos processos de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou de HCTPs, o Ministério da Saúde estuda a viabilização de custeio direto das SRTs

(contrapartida federal), através de transferência fundo a fundo para os municípios, de forma desvinculada dos recursos oriundos das AIHs desativadas. Também está em estudo a instituição no SUS do Serviço Residencial Terapêutico de Cuidados Intensivos (SRT II), com a finalidade de garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional e com grande comprometimento de seu grau de autonomia, seja em função de comorbidades e/ou questões decorrentes da idade (pessoas acamadas e/ou com situações clínicas crônicas que demandem cuidado intensivo).

Estas medidas, se aprovadas, poderão dar grande impulso à expansão das SRTs, garantindo o número de serviços necessário ao cuidado e à reinserção de pessoas longamente internadas.

4.3. Saúde Mental na Atenção Básica

Em 2008, a Portaria GM 154/08 recomendou a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este foi um dos principais avanços do período 2007-2010 para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Esta estratégia, em processo de implantação, ainda precisa ser melhor monitorada.

Dados de dezembro de 2010 informam que 1.288 NASF estão em funcionamento no país. Dos 7634 trabalhadores destes Núcleos, 2349 são trabalhadores do campo da saúde mental, cerca de 31%. Para potencializar esta estratégia, foi publicado em dezembro de 2009 o Caderno do NASF, que conta com um capítulo específico sobre Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. No capítulo introdutório do Caderno, o Apoio Matricial é enfatizado como estratégia fundamental para a garantia do cuidado.

Também em 2009 foi realizado o curso SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento) para profissionais da Atenção Primária - curso à distância promovido em parceria com a SENAD e UNIFESP, com o apoio do Ministério da Saúde, além de diversos cursos de formação para profissionais da rede de saúde mental e da atenção primária: FIOCRUZ – Brasília (região norte e centro-oeste), UFPI (Piauí), UFRGS (diversos municípios da região sul) e UFBA

(municípios da Bahia). A capacitação das equipes da atenção primária é condição para garantir uma atenção qualificada e atenta às dimensões sócio-culturais do uso de drogas.

O cenário epidemiológico recente, no entanto, exigiu a criação, em 2010, no âmbito do Plano Interministerial de Enfrentamento ao *Crack*, de ações específicas para a qualificação dos pequenos municípios na atenção às pessoas que fazem uso prejudicial do álcool ou de outras drogas, especialmente crianças e adolescentes mais vulneráveis. Em setembro de 2010, a portaria 2.843/10 criou os NASF 3 - Núcleos de Apoio à Saúde da Família 3 – no SUS. Os NASF 3 são equipamentos que objetivam promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica, em municípios com porte populacional pequeno, menor que 20.000 habitantes.

Os NASF 3, como todos os NASF, devem trabalhar com o matriciamento como lógica de atuação, apoiando as Equipes de Saúde da Família na discussão de casos, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares. A especificidade dos NASF 3, no entanto, é o desenvolvimento de ações de atenção integral a usuários de crack, álcool e outras drogas. Estas ações devem ser orientadas para a prevenção e promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos.

Por ser recente, o NASF 3 ainda está em processo de implantação. A expansão desses serviços poderá aumentar significativamente o acesso à atenção em saúde mental, especialmente no interior do país, no ano de 2011.

Municípios com menos de 20.000 habitantes da Amazônia Legal e Centro-Oeste, e pequenos municípios em gestão plena das regiões Nordeste e de alguns estados do Sudeste, foram apoiados de forma diferenciada para qualificação da atenção integral às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas em 2010, através da PT 4.135/10. Estas regiões, com maiores desafios de estruturação para atender às exigências do processo de implantação e de habilitação dos NASF 3, receberão recursos no primeiro trimestre de 2011 para realização de ações de supervisão e matriciamento de sua rede de atenção integral à saúde mental, com monitoramento do CONASEMS e do Ministério da Saúde. Um total de 1066 municípios de pequeno porte serão beneficiados com esta medida, que potencializa também a montagem dos NASF 3 nestas regiões, como parte da estratégia *Saúde Mental nos Pequenos Municípios*.

O CAB Saúde Mental – Caderno de Atenção Básica da Saúde Mental, está em elaboração por técnicos e consultores do Departamento de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com publicação prevista para o primeiro trimestre de 2011. O CAB terá como encarte um vídeo produzido nas regiões do Brasil, com boas experiências de Saúde Mental na APS.

O projeto “Observatório Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica”, em processo de implantação, consiste na articulação multicêntrica de núcleos em universidades públicas, com o objetivo de desenvolver metodologias de monitoramento, avaliação e produção de insumos para formação continuada nesta temática.

4.4 Diversificação dos Componentes da Rede

Durante os últimos quatro anos, mas sobretudo a partir de 2009, novos serviços, dispositivos e estratégias começaram a se estruturar para qualificar a rede de atenção à saúde mental, especialmente para dar uma resposta mais eficiente e adequada à complexidade da questão do uso abusivo do álcool e de outras drogas. A rede SUS, e mais especificamente, a rede ampliada e intersetorial de atenção psicossocial, deve poder ofertar e construir junto aos usuários, familiares e controle social, os dispositivos e estratégias que atendam às necessidades dos sujeitos, em cada momento da vida.

No caso de uso prejudicial de álcool ou de outras drogas, medidas de proteção social em dispositivos transitórios de acolhimento, como casas de passagem, têm se revelado eficazes para momentos específicos e breves, seguidas de esforços processuais de recuperação e reintegração social. A abordagem de rua, extra-muros, também vem se revelando essencial para o enfrentamento da barreira ao acesso que se impõe aos grupos submetidos a grandes processos de exclusão social, como é o caso das pessoas em situação de rua. Por esta razão, novas estratégias e serviços estão em estágio de implementação no SUS, devendo ser monitoradas nos próximos anos. Estes novos dispositivos da rede estão descritos no capítulo sete deste Relatório.

5. Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

5.1 O Processo de Redução Planejada de Leitos em Hospitais Psiquiátricos

A Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos, priorizando a redução de leitos em hospitais com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (através do PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.) e hospitais de grande porte (PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciado em 2004).

De 2003 a 2010, esta reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica aconteceu num processo coordenado e pactuado, que permitiu que a redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos fosse concatenada com a construção e expansão progressiva de uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade, com base estratégica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ações de saúde mental na atenção básica, Programa De Volta para Casa e programas de inclusão social pelo trabalho. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que leitos de baixa qualidade foram gradualmente fechados, um processo responsável de desinstitucionalização de pacientes há longo tempo internados se iniciou, com a implantação de Residências Terapêuticas e a inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa, programa criado em 2003.

Para alcançar este objetivo de transformação do modelo assistencial, a redução gradual, pactuada e programada de leitos psiquiátricos no país foi consolidada seguindo dois mecanismos complementares:

1 - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (PT GM 251, de 31 de janeiro de 2002) – Este programa determinou a realização de vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS em 2002, 2003/2004 e 2006 (São Paulo) e 2007-2009. Os resultados dos processos avaliativos indicaram os hospitais que apresentavam os mais sérios problemas na qualidade de assistência. Estes eram, em geral, referentes ao projeto

terapêutico dos pacientes e da instituição, aos aspectos gerais da assistência (longo tempo de permanência, número alto de pacientes longamente internados) e aos aspectos gerais dos pacientes (limpeza, calçados e roupas, entre outros). O PNASH/Psiquiatria gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer nova vistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde.

2 - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH) – (PT GM 52, de 20 de janeiro de 2004) - a principal estratégia deste Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (hospitais com mais de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 400 a 600 leitos psiquiátricos). Assim, foi lograda a redução do peso proporcional, na assistência, dos hospitais de maior porte, que tendem a apresentar assistência de baixa ou péssima qualidade. Isto se deu sempre por meio da pactuação entre os gestores do SUS, os hospitais e as instâncias de controle social. Desta forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção simultânea de alternativas de atenção com foco no modelo comunitário. Para tanto, são definidos no Programa PRH 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 (até 160 leitos).

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a mudança do perfil dos hospitais, que hoje são majoritariamente de pequeno porte, são conseqüências diretas da aplicação destes dois programas instituídos em 2002 (PNASH/Psiquiatria) e 2004 (PRH).

Tabela 5 - Número de leitos em hospitais psiquiátricos por porte hospitalar (2006-2010). Brasil

Faixas/Portes Hospitalares	2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67
De 161 a 240 leitos	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39
De 241a 400 leitos	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33
Acima de 400 leitos	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60
Total	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100

Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS,
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Coordenadores de Saúde Mental

Nos últimos quatro anos, através destes Programas, mais 6.832 leitos em hospitais psiquiátricos foram reduzidos. O ano de 2010 se encerra com 32.735 leitos em Hospitais Psiquiátricos e destaca-se um novo perfil de hospital psiquiátrico no país. Hoje, a faixa que apresenta maior número de leitos (48,67 %) está compreendida pelos hospitais de pequeno porte (com até 160 leitos) – em 2002, esta porcentagem era de cerca de 24% e ao final de 2006, de 42,5%. Esta é uma mudança estrutural fundamental, que contribui para a qualificação do atendimento e reduz os problemas presentes nos macro-hospitais, como baixa qualidade da atenção, isolamento e longo tempo de permanência.

Outro exemplo importante da redução sistemática e racional dos leitos está na redução do número de macro-hospitais acima de 600 leitos: em 2002 eram 7; em 2006, 5 e em 2010 apenas 1 hospital ainda apresenta este porte.

No período 2003-2010, 29 hospitais foram indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e 15 efetivamente fechados. Aqueles indicados para descredenciamento e ainda não fechados seguem em acompanhamento, em processos de desinstitucionalização muitas vezes realizados sob o contexto de ações judiciais.

Os quadros abaixo listam os Hospitais indicados para desinstitucionalização com descredenciamento, em todas as edições do PNASH/Psiquiatria.

PNASH - Psiquiatria 2002 – Hospitais indicados para descredenciamento em 2002

UF	Município	Hospital	Leitos 2002	Leitos Dez 2010
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
RN	Caicó	Casa de Saúde Milton Marinho / Hospital do Seridó	107	Fechado
MG	Montes Claros	Hospital Prontamente	124	55
RJ	Paracambi	Casa de Saúde Dr. Eiras / Filial Paracambi	1.130	166
Total			1.994	221

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

UF	Município	Hospital	Leitos 2004	Leitos Dez 2010
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Santa Cecília	200	Fechado
PE	Camaragibe	Hospital José Alberto Maia	870	Fechado
BA	Feira de Santana	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	500	299
BA	Salvador	Sanatório São Paulo	220	76
BA	Juazeiro	Sanatório Nª Senhora de Fátima	80	75
Total			1.870	450

PNASH - Psiquiatria 2003 - 2004 - Hospitais indicados para descredenciamento em 2007

UF	Município	Hospital	Leitos 2007	Leitos Dez 2010
MG	Alfenas	Clínica Neuropsiquiátrica de Alfenas	160	Fechado
MG	Juiz de Fora	Hospital São Marcos	101	Fechado
MG	Juiz de Fora	Clínica Psiquiátrica Pinho Masini	78	Fechado
RJ	Engenheiro Paulo de Frontin	Clínica Engenheiro Paulo de Frontin	116	Fechado
RJ	Rio de Janeiro	Clínica de Repouso Valência	200	Fechado
RJ	Rio Bonito	Hospital Colônia Rio Bonito	630	345
RJ	Bom Jesus do Itabapoana	Clínica de Repouso Itabapoana	320	320
Total			1.605	665

PNASH - Psiquiatria 2005 - 2006 - Hospitais indicados para descredenciamento em SÃO PAULO

UF	Município	Hospital	Leitos 2006	Leitos Dez 2010
SP	São José dos Campos	Associação Instituto Chuí de Psiquiatria	139	139
SP	São Paulo	Associação dos Amigos de Charcot	192	Fechado
SP	Nova Granada	Irmandade Stª Casa de Misericórdia Nova Granada	148	Fechado
Total			479	139

PNASH - Psiquiatria 2007 - 2009 - Hospitais indicados para descredenciamento em 2010

UF	Hospital	Leitos Dez 2010	
BA	Itabuna	CLUPI - Clínica Psiquiátrica de Itabuna Ltda	154
CE	Fortaleza	Irmandade Ben da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	120
PB	João Pessoa	Instituto de Psiquiatria da Paraíba Ltda	160
RN	Natal	Clínica Santa Maria Ltda	100
SE	Aracaju	Casa de Saúde Santa Maria Ltda	160
PE	Recife	Instituto de Psiquiatria do Recife	Fechado
PE	Recife	Hospital Psiquiátrico de Pernambuco	352
Total			1046

No dia 29 de dezembro foi fechado o Hospital Alberto Maia, em Camaragibe – PE, um dos últimos macro-hospitais (acima de 600 leitos) existentes no país, indicado para descredenciamento pelo PNASH 2003/2004. O ano de 2010 se encerra com esta importante vitória. Abaixo, o ranking dos estados a partir do indicador leitos por 1.000 habitantes.

Tabela 6 - Leitos por 1.000 habitantes por UF (dezembro de 2010). Brasil.

<i>Ranking</i>	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15.993.583	36	6.224	0,39
2º	AL	3.120.922	5	880	0,28
3º	SP	41.252.160	54	10.780	0,26
4º	PR	10.439.601	15	2.452	0,23
5º	PE	8.796.032	13	1.932	0,22
6º	GO	6.004.045	10	1.171	0,20
7º	PB	3.766.834	5	691	0,18
8º	RN	3.168.133	4	572	0,18
9º	ES	3.512.672	3	565	0,16
10º	SE	2.068.031	2	280	0,14
11º	MG	19.595.309	17	2.292	0,12
12º	TO	1.383.453	1	160	0,12
13º	CE	8.448.055	7	949	0,11
14º	SC	6.249.682	4	680	0,11
15º	MA	6.569.683	3	662	0,10
16º	MS	2.449.341	2	200	0,08
17º	RS	10.695.532	6	810	0,08
18º	MT	3.033.991	2	202	0,07
19º	BA	14.021.432	7	877	0,06
20º	PI	3.119.015	1	160	0,05
21º	AC	732.793	1	35	0,05
22º	DF	2.562.963	1	85	0,03
23º	PA	7.588.078	1	56	0,01
24º	AM	3.480.937	1	20	0,01
Total		188.052.277	201	32.735	0,174
Total Brasil		190.732.694			0,172

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Coordenadores de Saúde Mental e IBGE – censo 2010.

Em conclusão, pode-se afirmar que, no quadriênio, foram reduzidos cerca de 1700 leitos ao ano. Este ritmo, nem sempre ditado pelo planejamento, mas muitas vezes por iniciativas unilaterais de prestadores, corresponde, em nossa avaliação, ao ritmo cuidadoso que o processo exige, de modo a assegurar a continuidade da atenção na rede extra-hospitalar. Para o primeiro trimestre de 2011, está previsto o fechamento de 1 hospital na cidade de Recife, além dos leitos remanescentes da Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, RJ, e um hospital de Sergipe, indicado para descredenciamento pelo PNASH.

5.2 Desinstitucionalização e Redes Substitutivas

O “Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo”, realizado em 2008, foi um fato importante do período 2007-2010, para o projeto de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. O maior número de leitos psiquiátricos do país ainda está em São Paulo, estado que detém a maior proporção de moradores para o total de leitos (6.400 moradores, cerca de 60 % do total de leitos do estado). Assim, a iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foi um fato relevante, por apontar onde se concentram os moradores e permitir pactuações locais para a desinstitucionalização destes pacientes, com a implantação de residências terapêuticas e inclusão de beneficiários no De Volta para Casa. Isto poderá significar avanços em alguns municípios do estado, com potencial de ampliação da rede substitutiva e de reestruturação da assistência hospitalar. Entretanto, até o momento, dois anos após o lançamento dos resultados do Censo, menos de 300 moradores foram de fato desinstitucionalizados, apontando para os obstáculos políticos e técnicos que o processo de reintegração social de moradores ainda apresenta para a Reforma.

Nos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais também estão em andamento processos de desinstitucionalização, destacando-se o esforço de redução dos leitos do Hospital Colônia de Rio Bonito, no estado do Rio de Janeiro, onde está em curso uma ação tripartite para a reinserção dos pacientes lá internados.

De fato, desinstitucionalizar pessoas longamente internadas é um processo delicado e complexo. Por esta razão, em 2010 o Ministério da Saúde abriu um edital específico para potencializar os processos de desinstitucionalização em municípios prioritários (com hospitais indicados para credenciamento pelo PNASH/Psiquiatria ou com denúncias de violações de direitos humanos ou acima de 400 leitos): Supervisão VII – Desinstitucionalização e Redes Substitutivas. Esta supervisão, voltada para a qualificação técnica e reformulação da assistência em saúde mental, em municípios ou regiões onde se encontram hospitais psiquiátricos e/ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), deve iniciar ou intensificar as ações de desinstitucionalização em vários estados em 2011. Foram selecionados 27 projetos, entre eles, 6 projetos do estado de São Paulo, um Projeto para desinstitucionalização em Rio Bonito, RJ e dois projetos para HCTPs.

Quadro 1 – Projetos selecionados Supervisão VII: Desinstitucionalização e Redes Substitutivas.

PROJETOS SELECIONADOS			
Nº	UF	MUNICÍPIO	HOSPITAL
1	AL	Maceió	Hospital Portugal Ramalho
2	BA	Salvador	Hospital Juliano Moreira
3	CE	Fortaleza	Instituto de Psiquiatria do Ceará / Hospital Mira y Lopez
4	GO	Anápolis	Hospital Espirita de Psiquiatria de Anápolis
5	MA	São Luiz	Núcleo de Atenção Integrada em Saúde de Imperatriz
6	MG	Belo Horizonte	Clinica São Jose
7	PE	Camaragibe	Hospital José Alberto Maia
8	PE	Camaragibe	Hospital José Alberto Maia
9	PR	Maringá	Hospital Psiquiátrico de Maringá - Sanatório Maringá
10	PR	Pinhais	Hospital Colônia Adalto Botelho
11	RJ	Casimiro de Abreu	Hospital Colônia de Rio Bonito
12	RJ	Duque de Caxias	Sanatório Duque de Caxias
13	RJ	Maricá	Hosp. Colônia Rio Bonito / Clín. Santa Catarina / Clín. N S das Vitórias / Clin. de Repouso EGO
14	RJ	Niterói	Hospital Psiquiátrico Jurujuba
15	RJ	Rio Bonito	Hospital Colônia de Rio Bonito
16	RJ	Rio de Janeiro	SEAP RJ - Hospital Heitor Carrilho/ SEAP RJ Centro de Tratamento Dependência Química R Medeiros
17	RJ	São Gonçalo	Clinica Nossa Senhora das Vitórias / Clínica Santa Catarina
18	RJ	Três Rios	Clinica de Repouso Três Rios
19	RN	Natal	Clinica Santa Maria
20	SC	Criciúma	Casa de Saude Rio Maina
21	SE	Aracaju	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
22	SP	Araras	Clinica Antonio Luiz Sayão / Casa de Saúde Bezerra de Menezes
23	SP	Itapira	Instituto Américo Bairral de Psiquiatria
24	SP	Ribeirão Preto	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto / CAIS Santa Rita do Passa Quatro
25	SP	Salto de Pirapora	Hospital Psiquiátrico Santa Cruz / Clínica Salto de Pirapora
26	SP	São Bernardo do Campo	Hospital Psiquiátrico Lacan
27	SP	Tupã	Instituto de Psiquiatria Tupã / Clínica de Repouso Dom Bosco

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS.

5.3 O Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa, que estabeleceu em 2003 (Lei 10.708/03) o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de longas internações psiquiátricas, demonstrou ser essencial para o processo de desinstitucionalização no Brasil e vem se afirmando como uma importante experiência do SUS. O depósito nas contas bancárias dos próprios beneficiários tem um papel estratégico na (re)conquista dos direitos civis da população longamente internada em hospitais psiquiátricos e nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Em maio de 2007, para avaliar as dificuldades e avanços do Programa, foi realizado o I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa. O Seminário contou com a participação de dezenas de coordenadores de saúde mental, profissionais, pesquisadores, professores

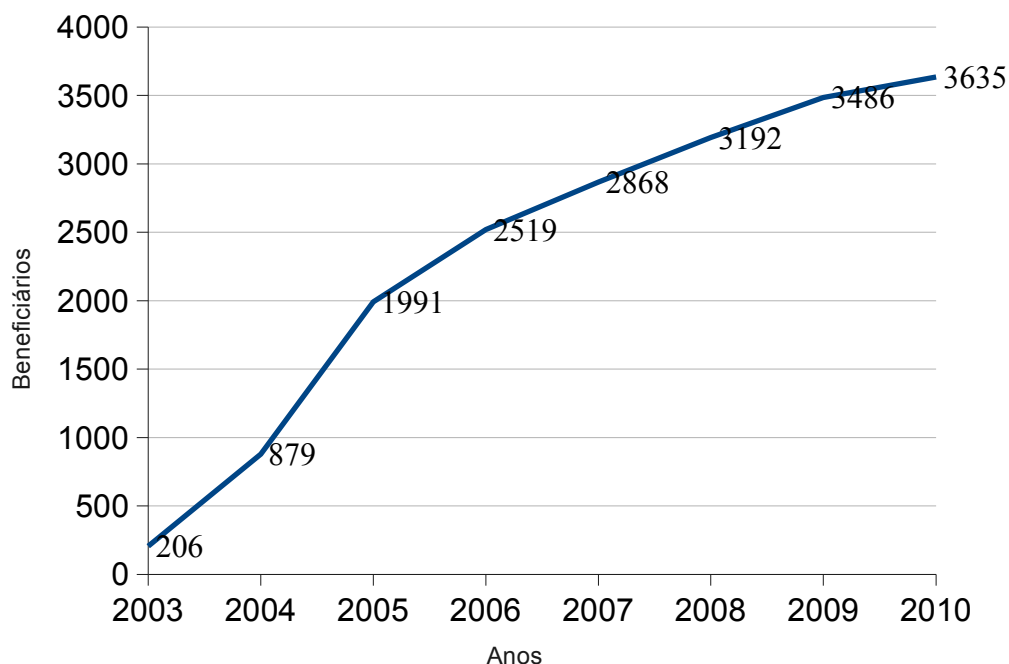
universitários, lideranças de usuários de serviços e familiares, bem como de beneficiários do Programa de todo o país. Como um dos resultados do Seminário, foi divulgada a Carta Aberta dos participantes do I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa, direcionada a todos os envolvidos no campo da saúde mental no Brasil. Nela, todos os gestores de saúde mental são convocados a realizar processos de desinstitucionalização em todos os municípios-sede de hospitais psiquiátricos do país.

Também no ano de 2007 foi aberta a exposição “Saúde Mental: Novo Cenário, Novas Imagens”, em parceria com o Centro Cultural da Saúde, que revela em fotografias os efeitos reais do Programa no cotidiano de egressos de Hospitais Psiquiátricos. Na mesma oportunidade, foi lançado um livro de imagens dos beneficiários do Programa, evidenciando os novos cenários da atenção à saúde mental no Brasil. Esta exposição seguiu para várias cidades do país e pode ser visita de forma virtual, no sítio do Centro Cultural da Saúde.

Atendendo a reivindicação dos participantes do *I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa*, no ano de 2008 foi publicada a Portaria GM 1954, que reajustou o valor do auxílio-reabilitação psicossocial de R\$240,00 para R\$320,00. O reajuste foi calculado, à época, com base em estudos do Departamento de Economia da Saúde, ligado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a partir da consideração do IPCA – índice apontado como o mais adequado por representar o impacto da inflação sobre o consumo médio da maioria da população brasileira. Está em discussão no Ministério da Saúde a viabilização de nova recomposição do auxílio, a partir da inflação desde 2008.

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é muito baixo – apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício. Os processos de desinstitucionalização são complexos, têm um ritmo próprio e ainda enfrentam vários desafios: problemas de documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Existe ainda grande dificuldade para a desinstitucionalização da população mais cronicada dos Hospitais Psiquiátricos - fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades demandam SRTs adaptados e adequados a essa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos.

Gráfico 3 – Série Histórica: Número de Beneficiários do Programa de Volta para Casa. Brasil.



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS.

Com a perspectiva de mudança de modo de financiamento das Residências Terapêuticas e criação do Serviço Residencial Terapêutico de Cuidados Intensivos (SRT II), o número de beneficiário do Programa tende a aumentar significativamente – novas Residências e novos beneficiários andam juntos. A supervisão de 27 projetos de desinstitucionalização em todo o país, financiada pelo Ministério da Saúde, também deverá desencadear expansão do número de beneficiários em 2011, além de potencializar a qualificação e expansão de outros recursos da rede de atenção à saúde mental.

5.4 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Nos últimos quatro anos, o exame crítico e intersetorial de conceitos como o de inimputabilidade e periculosidade começou a ganhar mais fôlego e mais maturidade. O resultado de algumas experiências intersetoriais, que passaram a oferecer tratamento às pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes, a partir ou em articulação com a rede aberta de atenção à saúde mental no SUS, já é palpável e pode ser examinado e reproduzido em outras localidades.

Isto não significa que os processos de desinstitucionalização de pacientes de HCTP aconteçam sem dificuldades. É certo que a construção de novas práticas para pessoas historicamente situadas à margem, inclusive do Sistema de Saúde, ainda encontra resistência na rede de atenção à saúde mental, na rede SUS, nas comunidades de origem dos pacientes e também nos órgãos de justiça, que, muitas vezes, sugerem a reinternação de pacientes em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), mesmo na ausência de novo delito. A experiência vem demonstrando que a reincidência delituosa é evento extremamente raro entre egressos de HCTP em acompanhamento na rede de saúde mental.

O sucesso dessas experiências marcadas pela clínica da inclusão social, em Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro, e Sergipe, apontam, para a superação, a médio e longo prazo, do modelo de tratamento/custódia oferecido pelos HCTP.

Para avaliar a situação dos HCTP no país e construir soluções conjuntas, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário/DAPES/SAS, com a colaboração da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, realizou, em 2010, o *I e o II Encontro Nacional sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança*. O Resultado dos Encontros e a experiência de programas exitosos de atenção e acompanhamento de pessoas submetidas a medida de segurança, permitiram a construção *das Normas para a Atenção ao Paciente em cumprimento de Medida de Segurança*, documento em aperfeiçoamento e pactuação com os Ministérios da Justiça, Desenvolvimento Social e com a Secretaria de Direitos Humanos.

Em julho de 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário/DAPES/SAS, foi convidado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a colaborar de *mutirão carcerário* nos HCTPs, com o objetivo de analisar a situação e apontar saídas, no contexto das políticas públicas existentes, para a maior celeridade de análise e execução das medidas de segurança no país, com foco no tratamento. Para tanto, um Acordo de Cooperação Técnica foi firmado com o CNJ, incluindo, além do Ministério da Saúde, os Ministérios da Justiça e o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Um mutirão já foi realizado no estado da Bahia.

5.5 Os Hospitais Gerais

Como parte importante do processo de reestruturação da assistência hospitalar em psiquiatria, nos últimos quatro anos foram realizadas ações de fomento à implantação e qualificação de leitos de atenção integral em Hospitais Gerais, especialmente nas grandes cidades, e de estímulo ao aprofundamento da articulação entre os CAPS, as Emergências e os leitos de atenção integral. O Seminário de Saúde Mental nas Grandes Cidades, realizado em junho de 2008, em Campinas, foi um momento importante de pactuação entre o gestor federal, os gestores estaduais e os gestores de grandes municípios, para a definição das estratégias de regulação da rede e implantação dos leitos em Hospitais Gerais. Em um documento intitulado “Carta de Campinas”, os gestores dos maiores municípios do país registraram várias recomendações e deliberações acerca do tema.

Ao final do ano de 2008, foi instituído o GT de Saúde Mental em Hospitais Gerais, através da PT 1899/08, que realizou duas reuniões de trabalho (2008/2009), produzindo dois documentos-síntese das discussões sobre os principais temas tratados e as perspectivas de intervenção num quadro complexo, marcado pela emergência das situações envolvendo o uso de álcool e outras drogas.

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.629/09, que reajustou os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais. A partir desta portaria, pela primeira vez, os procedimentos de psiquiatria em Hospital Geral (HG) passam a ser melhor remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos – uma virada histórica e um estímulo importante para que os gestores ampliassem e qualificassem leitos nessas instituições.

Em 2010, a partir do trabalho do GT de Saúde Mental em Hospitais Gerais, instituído pela PT 1899/08, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas apresentou aos gestores uma proposta preliminar para articulação de Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental nos Hospitais Gerais ao restante da rede de cuidados em saúde mental, no documento *Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospital Geral: Práticas de Cuidado e Articulação com a Rede de Atenção em Saúde Mental* - texto produzido para o XI Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental.

Apesar de todas estas medidas, a expansão do número de leitos qualificados para a atenção à saúde mental em Hospitais Gerais foi muito pequena nesses últimos quatro anos. O ano de 2010 se encerra com 3.371 leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Outras medidas para a expansão destes leitos foram implantadas no contexto do Plano Interministerial de Enfrentamento ao *Crack*, e estão ainda em estágio de monitoramento.

Os Hospitais Gerais, por trabalharem na lógica de especialidades clínicas, apresentam muitas barreiras para realizar a interface com a comunidade e a articulação com a rede de saúde mental e os territórios. O campo da saúde mental também ficou, historicamente, muito distante das discussões da organização do cuidado nos Hospitais Gerais. Nos próximos anos, o grande desafio é a realização desta integração e articulação, entre o campo da saúde mental e os Hospitais Gerais, de maneira que os Hospitais Gerais possam fazer parte mais efetiva da rede de atenção à saúde mental, e promover uma atenção que vá além dos leitos em psiquiatria, oferecendo cuidado e retaguarda para os inúmeros casos clínicos diários onde o componente da saúde mental é relevante.

6. Articulação com Usuários e Familiares

Durante o I Congresso Brasileiro de Saúde Mental/Abrasme, realizado em Florianópolis, em dezembro de 2008, em uma reunião ampliada com usuários, familiares, trabalhadores e gestores da rede pública de saúde mental, foi concebido, por iniciativa dos usuários e familiares, o Grupo de Trabalho sobre Demandas dos Usuários e Familiares da Saúde Mental - um colegiado de caráter informal, com a atribuição de propor estratégias e ações a fim de atender as pautas dos usuários e familiares da rede pública de saúde mental.

Nos anos de 2009 e 2010 foram realizadas três reuniões deste GT, que concebeu e apoiou o lançamento do *Cadastro Nacional das Associações de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental*, com o objetivo de conhecer e registrar associações, grupos ou coletivos organizados do campo da Saúde Mental, que tivessem no mínimo 6 meses de fundação, além de associações de usuários, familiares e amigos que atuam na área de álcool e drogas. O ano de 2010 se encerra com 108 Associações cadastradas, e um canal aberto para a troca, apoio e diálogo entre as Associações e o Ministério da Saúde.

O GT também contribuiu para a concepção do *Curso Familiares Parceiros no Cuidado* na região do ABC paulista, implantação de programa de capacitação voltado a usuários e familiares facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental e de programa de plano/cartão de crise, como experiências pilotos em municípios brasileiros. Ambas as experiências estão em curso.

No dia 30 de setembro de 2009, o Ministério da Saúde recebeu para Audiência, através da Ministra em exercício e da equipe da CNSM, representantes da *Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial* - oportunidade importante de reunião e articulação de um número expressivo de usuários, familiares, trabalhadores, estudantes gestores e entidades da sociedade civil, oriundos(as) de diversos estados e municípios, que apresentaram suas pautas para o Governo Federal. A *Marcha*, também recebida pela Presidência da República, foi fundamental para a garantia de realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial em 2010.

Também em 2009, por ocasião do dia 10 de outubro, uma campanha, elaborada com o Grupo de Trabalho sobre Demandas dos Usuários e Familiares da Saúde Mental, foi realizada em parceria com o Disque-Saúde do Ministério da Saúde. Durante estes dias, qualquer usuário que ligasse para o serviço ouvia a seguinte mensagem: “10 de outubro, Dia Mundial da Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não. Os transtornos mentais têm tratamento. Para saber mais, procure o CAPS ou a Unidade Básica de Saúde mais próximos de sua casa”. Campanhas como esta são fundamentais para o enfrentamento das barreiras de acesso à atenção em saúde mental no SUS.

7. Álcool e Outras Drogas

O período de 2007 a 2010 foi marcado pela expansão, ampliação do acesso, diversificação dos dispositivos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e ainda por avanços importantes na política e na legislação. Também neste quadriênio ocorreram importantes discussões das políticas internacionais relacionadas ao consumo de drogas.

Novos dispositivos de atenção foram criados durante este período, com o objetivo de ampliar o acesso, fortalecer a rede de tratamento do SUS e responder às novas demandas dos usuários de drogas e também ao desafio colocado pela mudança do perfil do consumo de *crack* no Brasil.

7.1 Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD)

Em junho de 2009, o Ministério da Saúde lançou o PEAD, instituído pela Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009, com o objetivo de priorizar a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Além das ações intersetoriais previstas, um conjunto de medidas específicas do campo da saúde foram propostas.

O plano buscou alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Para atingir os objetivos, foram previstos 4 eixos de atuação: I) ampliação do acesso, II) qualificação dos profissionais, III) articulação intra/intersectorial e IV) promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma. As intervenções do PEAD são dirigidas aos 100 maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes), todas as capitais e 7 municípios de fronteira selecionados, totalizando 108 municípios. Uma das principais diretrizes do plano é aprofundar as ações intersetoriais em parceria com outros agentes do governo e da sociedade.

Em novembro de 2009 foi realizada a 1ª reunião do Comitê de Acompanhamento e Avaliação do PEAD. O Plano, no entanto, se estendeu até 2010 e ainda com os desafios de ampliar a cobertura de serviços públicos dirigidos ao cuidado da dependência de álcool e outras drogas. Abaixo, alguns resultados atingidos pelo PEAD em 2009:

- 28 CAPS cadastrados em cidades do PEAD: 17 CAPSad, 6 CAPSi e 5 CAPS III (24 horas)
- Projetos de Consultório de Rua: 14 projetos-piloto aprovados
- Edital para projetos de redução de danos (Saúde Mental e DST/Aids) - 24 projetos aprovados
- Escola de redutores de danos - 10 projetos aprovados
- Aumento das diárias dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (reajuste médio de 31%).

7.2 O Plano Crack

As questões ligadas ao crack mostraram-se crescentes neste período. Evidenciou-se uma nova configuração do consumo de crack no país, com aumento do consumo em diferentes regiões onde, até então, não havia sido registrado. Esta tendência foi observada por pesquisas epidemiológicas, pelo aumento da procura por tratamento, e também pela abordagem intensa, e por vezes alarmante e inadequada, da mídia. Diversas estratégias vêm sendo produzidas nos últimos anos e especialmente nos últimos 12 meses em função deste aumento presumido do consumo.

Em maio de 2010 o Governo Federal instituiu o Plano Crack, pelo Decreto nº 7179, com recursos financeiros definidos pela Medida Provisória n.498, de 29 de julho de 2010, no valor total de R\$ 410 milhões de reais, com a distribuição abaixo:

- Ministério da Saúde - R\$ 90 milhões
- Ministério do Desenvolvimento Social - 100 milhões
- GSI (Gabinete de Segurança Institucional) - SENAD - 100 milhões
- Ministério da Justiça - R\$ 120 milhões

O Plano Crack objetiva a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o

enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Tendo como diretrizes ações executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersectorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

Este plano tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas, coordenada pela SENAD/Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República⁴.

O Plano potencializou as ações que já estavam sendo executadas pelo Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), lançado pelo Ministério da Saúde em 2009, e induziu novas estratégias. As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no âmbito destes planos demandaram diversas portarias, chamadas de seleção, editais, reuniões, oficinas e outros que resultaram nas seguintes ações:

- Criação do dispositivo de Consultórios de Rua - implantação de 92 unidades com investimento de R\$ 13.800.000,00
- Criação de 67 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III – 24 horas com investimento de R\$ 7.850.000,00
- Cadastramento de 55 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad, valor R\$ 2.755.99,00
- Incentivo para a implantação de 112 novos CAPS, entre CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad - R\$ 3.280.000,00
- Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF III) - com ações prioritárias para álcool e outras drogas em pequenos municípios (menos de 20.000 habitantes)
- Implantação de ações de Redução de Danos, com 33 incentivos aprovados, totalizando R\$ 1.853.304,52

4 Em janeiro de 2011, no início do novo governo, a SENAD foi transferida para o Ministério da Justiça.

- Criação das Casas de Acolhimento Transitório (CAT: CAT I, CAT II e CAT i) - implantação de 44 casas, no valor de R\$ 18.348.000,00
- Ampliação dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (SHRAD), com criação de 248 leitos em hospitais gerais, com investimento de R\$ 1.898.400,00
- Apoio a 985 leitos de comunidades terapêuticas selecionadas com um investimento de R\$ 9.456.000,00 (Edital e recursos financeiros SENAD, repasse feito pelo MS, que fará o monitoramento).
- Implantação de 195 novos projetos de arte, cultura e renda na rede de álcool e outras drogas no valor de R\$ 1.510.000,00
- Criação das Escolas de Redutores de Danos (ERD), com 58 ERDs apoiadas, com investimento de R\$ 5.700.000,00
- Criação das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais, com 15 Escolas implantadas, totalizando um investimento de R\$ 2.250.000,00
- Criação do PET/Saúde Mental/ Plano Crack (Programa de Educação pelo Trabalho), com apoio a 80 grupos de pesquisa/extensão entre Universidades e CAPS e/ou NASF, envolvendo 80 professores, 240 profissionais-preceptores e 960 alunos, um investimento de R\$ 8.163.417,60 (edital SENAD/MS/MEC).
- Apoio a 257 projetos de supervisão clínico-institucional para a *rede* de atenção psicossocial e de álcool e outras drogas no valor de R\$ 2.755.000,00
- Implantação de 180 oficinas de qualificação para profissionais e familiares totalizando R\$ 7.200.000,00
- Criação de 30 Centros de Referência Regional Para Formação em Álcool e outras Drogas e Saúde Mental, com investimento de R\$ 9.000.000,00 (recursos SENAD, edital SENAD/MS)
- Criação da ação “Qualificação para pequenos municípios” (menos de 20.000 habitantes), por meio de repasses fundo a fundo, para ações emergenciais de matriciamento em saúde mental e consumo de drogas, no valor de R\$ 12.770.000,00, beneficiando 1.066 municípios.
- Recursos financeiros para a aquisição de material permanente e equipamento para os CAPS

de 1097 municípios, no valor de R\$ 15.115.000,00

- Convênios com UFBA, UFRJ, FIOCRUZ e UNODC para realização de supervisão de Consultório de Rua, pesquisas e formação permanente, valor R\$ 7.728.321,48
- 42 projetos aprovados em edital conjunto de pesquisa (Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia) sobre o tema crack, envolvendo os seguintes subtemas: estudo do perfil do usuário, padrões de consumo, vulnerabilidade e modelos de intervenção e cuidados

7.3 Expansão da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

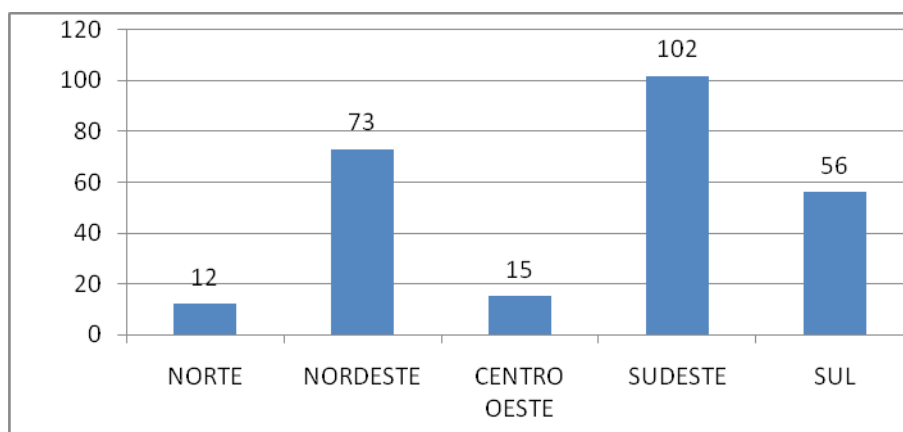
Ocorreu considerável investimento do Ministério da Saúde na expansão da cobertura dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas. Nestes oito anos foram implantados 258 CAPSad conforme apontam as tabelas abaixo. A procura dos municípios para a implantação de tais dispositivos está ligada ao contexto atual, mas também ao estímulo direto por parte dos consultores do PEAD para a implementação da rede substitutiva do SUS, em todas as regiões do país.

Tabela 7 – Série Histórica: Número de CAPSad cadastrados por ano (2002-2010). Brasil

Número de CAPSad cadastrados por ano										
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Nº CAPSad cadastrados	42	14	21	24	36	22	27	37	35	258

Fonte: Coordenação de Saúde Mental. Álcool e Outras Drogas – MS.

Gráfico 4 - Distribuição regional dos CAPSad (2010). Brasil.



Fonte: Coordenação de Saúde Mental. Álcool e Outras Drogas – MS.

Leitos de Atenção Integral, álcool e outras drogas

A ampliação dos leitos existentes e implantação de novos Leitos para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospital Geral tem sido uma ação continuada no MS.

Os Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad), criados pela Portaria Nº 1.612/GM/MS, de 9 de setembro de 2005, não alcançaram os resultados esperados por diversos motivos, que passam pela norma em si, pela capacidade de convencimento dos gestores, por questões técnicas e operacionais, pelo financiamento. Esta estratégia de gestão necessitou, portanto, ser revisada e ampliada por meio da portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010, que aprova as normas de funcionamento e habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad. Foram também criados procedimentos específicos de crack/cocaína com valor diário diferenciado por meio da portaria SAS 480, de 20 de setembro de 2010.

Estas mudanças possibilitaram/facilitaram a ampliação no número de leitos. Sendo assim, ao final de 2010 contamos com 248 leitos novos habilitados em hospitais gerais e um número significativo em processo de habilitação.

Novos dispositivos

Novos dispositivos de atenção integral, previstos no PEAD e potencializados no Plano Crack, foram criados durante o período 2007-2010:

CAPSad III – 24 horas

Os CAPSad III foram instituídos através da portaria GM 2841/10, com a proposta de ampliar os cuidados existentes na rede SUS de atenção em álcool e outras drogas, visando dar maior resolutividade e retaguarda aos usuários. Os CAPSad III oferecem atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana.

Além da atenção psicossocial diária de rotina dos CAPSad, os CAPSad III oferecem leitos de acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana (podem ter no mínimo 8 e, no máximo, 12 leitos), para realizar intervenções a situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, repouso e/ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno, caso seja necessário prolongar-se para além do período médio de 2 a 5 dias, fica limitada a 10 dias corridos ou 14 dias intercalados em um período de 30 dias.

Ainda recentes, os CAPSad III estão em processo de implantação - 67 municípios receberam incentivo financeiro para a implantação de CAPSad III em 2010, e deverão implementá-los no primeiro semestre de 2011.

Casas de Acolhimento Transitório do SUS – CAT

A magnitude das consequências do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, em especial o crack, associado ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens, tem demandado, cada vez mais, por parte do Ministério da Saúde, medidas com caráter de proteção diferenciadas aos usuários, com ações de cuidado prioritariamente intersetoriais e integradas entre a saúde e a assistência social.

Experiências desenvolvidas em alguns municípios do país apontam a efetiva resposta alcançada por uma rede de serviços de acolhimento temporário voltados para usuários de crack e outras drogas, que atuam de forma intimamente articulada com os demais serviços de saúde e da assistência social.

Manifestamente exitosas onde já estão em funcionamento, as experiências de casas de acolhimento ampliam as possibilidades de intervenção dos CAPS e da atenção básica, na medida em que criam espaços protegidos e possibilitam o desenvolvimento, em rede, de projetos de cuidado em período integral, sete dias por semana. São voltadas para usuários de álcool e outras drogas, inseridos na rede de atenção de álcool e outras drogas que se encontrem em situação de extrema vulnerabilidade e risco, e que necessitem de atenção e de cuidados de modo integral e protegido.

Constituem-se como espaços que permitem abrigo temporário, acolhimento e proteção social, em espaços da saúde, no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, em articulação com a atenção básica e com dispositivos intersetoriais (saúde, assistência social, direitos humanos, justiça, educação, e outros).

As CATs deverão ter como referência uma população municipal ou regional mínima de 100.000 habitantes. São três as modalidades das Casas de Acolhimento Transitório, sendo o período de permanência nas CATs de até 40 dias nas CAT I (até 10 leitos) e II (até 20 leitos) e de até 90 dias na CAT ij (infanto-juvenil, com até 12 leitos), sempre dependendo do projeto terapêutico desenvolvido pela equipe de referência.

Os serviços devem funcionar necessariamente de forma integrada com a rede, especialmente os CAPSad. 44 CATs foram financiados pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, e estão em estágio de implantação, devendo ser monitoradas em 2011.

Consultórios de Rua do SUS

O Consultório de Rua é uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador (BA), realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia. O projeto foi idealizado como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua que faziam uso abusivo de drogas. Em maio de 2004, o Consultório de Rua foi implantado no primeiro CAPSad de Salvador, seguindo em atuação até dezembro de 2006.

A avaliação desta experiência permitiu elaborar uma alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede. Deste modo, em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, através de intervenções de rua.

Os Consultórios de Rua são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, tendo como público alvo prioritário crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, oferecendo ações no espaço da rua. Constitui um importante componente da rede de atenção em saúde mental, buscando reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua, superando a abordagem única de exigência da abstinência.

As abordagens feitas no local de uso de álcool e outras drogas possibilitam ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, além de aproximar essa população, quando necessário e de forma sistêmica e integrada, de outros serviços de tratamento para o consumo de substâncias psicoativas.

As equipes dos Consultórios de Rua são compostas por profissionais da saúde mental, da atenção básica, e pelo menos um profissional da área de assistência social. Uma característica importante dos Consultórios é a proposta de desenvolvimento de ações intersetoriais para construção de estratégias de enfrentamento das demandas e da extrema vulnerabilidade social.

O Ministério da Saúde realizou, entre 2009 e 2010, três chamadas de seleção de projetos de Consultório de Rua. A primeira selecionou 15 projetos, a segunda 20 projetos e a terceira, além de refinar os 35 projetos anteriormente existentes, financiou 38 novos, totalizando 73 CR contemplados.

A análise técnica da cobertura destes dispositivos apontou a necessidade e importância de indução de implantação e ampliação destes dispositivos em alguns municípios, em contexto acentuado de vulnerabilidade e riscos, além de um cenário territorial de intensa fragilidade na rede assistencial de saúde e de proteção social. No sentido de facilitar o acesso, ampliar, potencializar as redes substitutivas de saúde mental, álcool e outras drogas, foram incentivados mais 19 CRs em 2010.

Assim, no final de 2010, o Ministério da Saúde encerrou o ano com um total de 92 Consultórios de Rua encaminhados para recebimento de incentivo no final de 2010. Os CRs do SUS estão presentes em todas as regiões do Brasil, distribuídos em 70 municípios de 24 estados. O valor do investimento nestes dispositivos é de R\$ 16.300.000,00 (dezesesseis milhões e trezentos mil reais).

Os projetos já implantados demonstram resultados satisfatórios, com ações de assistência primária, prevenção e melhora do acesso aos serviços de saúde e promoção de qualidade de vida. São experiências exitosas sob supervisão, avaliação científica (através de convênio com a UFBA) e acompanhamento do Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua. O resultado destas experiências permite o apoio à sua intensificação para outras cidades do país.

Considerando o bom resultado dessas experiências, a necessidade de ampliação do acesso aos cuidados de saúde no SUS para pessoas que usam crack, álcool e outras drogas, especialmente crianças, adolescentes e jovens moradores de rua em situação de vulnerabilidade e risco e a importância da formação continuada de profissionais redutores de danos, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde realizou 02 Oficinas Nacionais de Consultórios de Rua, com vistas ao realinhamento das diretrizes das ações desses dispositivos e sua consolidação na Política do SUS. Por serem dispositivos ainda experimentais, necessitam monitoramento contínuo.

7.4 Redução de Danos

A Redução de Danos tem se fortalecido como estratégia no âmbito do SUS. Além da ampliação do número de projetos, da incorporação no cotidiano dos CAPS, ocorreu a aproximação e construção conjunta dos programas que lidam diretamente com as estratégias de redução de danos no Ministério da Saúde (saúde mental, HIV/Aids/Hepatites).

Como resultado desta iniciativa, realizou-se em 2007 o I Seminário Integrado de Redução de Danos no SUS, juntamente com gestores estaduais/municipais e representantes do movimento social. O objetivo principal deste seminário foi elaborar recomendações para subsidiar o Plano Integrado de Redução de Danos no SUS, como forma de oficializar esta estratégia de prevenção, promoção da saúde e tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas

Em 2008, as ações de redução de danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas foram intensificadas a partir de estratégias específicas para qualificar as ações que já existiam e

iniciar atividades onde havia necessidade. Duas iniciativas intersetoriais apoiaram projetos de intervenção e pesquisa relacionadas às estratégias de redução de danos. Um edital de projetos dirigidos a gestores do SUS, universidades e organizações da sociedade civil, com o objetivo de ampliar as ações de redução de danos em municípios e regiões brasileiras, foi anunciado no dia 10 de outubro, Dia Mundial da Saúde Mental. Este edital, com o valor de R\$ 1.400.000,00, teve a participação da Coordenação de Saúde Mental, Programa Nacional de DST/Aids e do Programa Nacional de Hepatites Virais. Foram aprovados 24 projetos que estão em execução.

Uma das principais estratégias para a qualificação e expansão das atividades de redução de danos no SUS é contribuir para a formação dos profissionais de saúde que atendem a usuários de álcool e outras drogas no seu cotidiano. A partir desta necessidade, a Coordenação de Saúde Mental firmou convênio com o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD/UNIFESP), com o objetivo de elaborar a cartilha sobre estratégias de redução de danos, publicada em 2008.

Focado no fortalecimento e ampliação das ações de redução de danos, foi ampliado o financiamento nos termos da Portaria GM 1.059/2005 para estas ações nos CAPSad, criado o dispositivo das Escolas de Redutores de Danos e o Comitê de Assessoramento às Políticas de Redução de Danos, e Comissão Consultiva das Escolas de Redução de Danos do SUS.

Projetos de Redução de Danos

O trabalho do Ministério da Saúde de oferecer cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde justifica-se pelo fato de tais abordagens psicossociais, segundo profissionais de saúde e especialistas da área, potencializarem as ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, além de aproximar a população usuária de drogas, historicamente desassistida, dos serviços de natureza diversa vinculados ao quadro de vulnerabilidade e risco sociais.

Daí terem sido disponibilizados recursos financeiros para Projetos de Redução de Danos, através da Portaria GM 1.059/2005, para intensificar ações de RD pelo Ministério da Saúde no âmbito do PEAD e do Plano Crack. O principal objetivo foi o de desenvolver ações de Redução de Danos articuladas à rede de saúde mental, atenção básica e rede intersetorial.

Em virtude do repasse financeiro oriundo do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, os exitosos resultados obtidos dos Projetos de Redução de Danos em 2009/2010, poderão ser expandidos pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para mais 16 municípios em 2011.

Escolas de Redutores de Danos do SUS

No sentido de contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados da rede SUS e potencializar as ações de atenção integral voltadas para usuários de álcool e outras drogas, em novembro de 2009, a Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde criou as Escolas de Redutores de Danos do SUS (ERD), para a qualificação da rede de serviços, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade.

Dispositivo de formação permanente de profissionais para atuarem na rede de atenção substitutiva em saúde mental, as ERDs têm como público alvo prioritário a população usuária de álcool e outras drogas, em especial o crack, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, intra ou extramuros, que superem a abordagem única de abstinência (veja mais sobre as ERDs no item 8 deste Relatório).

O investimento e estímulo do Ministério da Saúde às ações de Redução de Danos enquanto diretriz de trabalho da Política de Saúde Pública têm se tornado mecanismos fundamentais e imprescindíveis da Rede SUS nos cuidados integrais voltados para o uso abusivo de álcool e outras drogas, hoje em especial o crack.

7.5 Ações Relacionadas ao Consumo de Bebidas Alcoólicas

No ano de 2007 foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool (PNA), pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, através do Decreto nº 6.117. As ações que compõem a PNA originaram-se de debates com representantes governamentais e não-governamentais, coordenados pelo Ministério da Saúde no âmbito do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), criado pelo Presidente da República em 2003. Esta Política dispõe sobre medidas de redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.

Em relação às campanhas na mídia, uma das ações previstas na PNA, o Ministério da Saúde desenvolveu várias ações. Ainda em 2007, o Ministério da Saúde elaborou duas campanhas sobre o tema. No mês de agosto, foram veiculados 3 filmes abordando o consumo de bebidas alcoólicas e sua associação com acidentes de trânsito, violência doméstica e interpessoal, e também sobre as conseqüências físicas do consumo excessivo de álcool. No final do ano, foi veiculada uma peça cuja idéia era não esquecer sobre os exageros do consumo de bebida alcoólica.

Em 2009, em conjunto com o DENATRAN e o Ministério das Cidades, foi lançada campanha pelo respeito às leis do trânsito. Algumas peças publicitárias tiveram a associação consumo de álcool e acidentes de trânsito como elemento principal.

Outro tema relacionado ao álcool que também foi priorizado pelo Ministério da Saúde em 2007 foi a discussão de nova regulamentação das propagandas de bebidas alcoólicas. A legislação vigente (lei 9294, de 1996) faz uma distinção inadequada sobre o conceito de bebidas alcoólicas, que exclui as cervejas – os maiores anunciantes deste segmento – de regulamentação mais estrita. Reconhecida a necessidade de atualizar a regulamentação vigente, o Ministério da Saúde sugeriu proposta de alteração da Lei 9294/96, com o propósito de incluir as cervejas dentro das restrições previstas atualmente (a principal delas é anunciar entre as 21:00h e as 6:00h). Esta proposta já estava prevista na Política Nacional sobre o Álcool.

A proposta do Governo está expressa no PL 2733/08, elaborado pelo Ministério da Saúde, discutido com a SENAD e enviado pelo Presidente da República ao Congresso Nacional, que prevê a restrição da propaganda de bebidas alcoólicas que tenham mais que 0,5 grau de teor alcoólico. A modernização da legislação que regula este tema tem maciço apoio popular e também de organizações da sociedade civil, que resultou em debate público. Este assunto está atualmente em tramitação no Congresso Nacional, com as dificuldades decorrentes da oposição representada pelos grupos de interesse da indústria, da propaganda e dos meios de comunicação de massa.

Outra iniciativa do Governo no que diz respeito ao álcool foi a proposta de restrição da venda de bebidas nas estradas federais, que foi aprovada em âmbito interministerial, e gerou a edição da MP 415 no início de 2008. Esta Medida Provisória foi elaborada em conjunto pelo Ministério da Justiça e Ministério da Saúde (em colaboração com a SENAD e DENATRAN/Ministério das Cidades), e previa originalmente a proibição da venda de bebidas alcoólicas nos bares e restaurantes localizados nas estradas federais. Esta proposta teve intensa discussão na sociedade e também no Congresso Nacional (especialmente na Câmara dos Deputados), onde recebeu várias contribuições e posteriormente foi aprovada e sancionada pelo Presidente Lula.

A Lei Seca, como ficou conhecida, que proibiu a venda de bebidas alcoólicas na zona rural das estradas federais e alterou o limite de alcoolemia, surtiu efeito imediato. De acordo com dados da Polícia Rodoviária Federal (PRF), nos 30 dias posteriores à Lei Seca, foi observada queda de 14,5% nas mortes em acidentes nas estradas federais. Além disso, balanços realizados pela PRF e DETRANs após a implantação da Lei Seca constataram aumento do número de multas, apreensão

de carteiras de habilitação e prisão dos motoristas que consumiram álcool. Segundo informações da PRF, mais de 6.300 pessoas foram multadas por dirigirem sob efeito de álcool, sendo que mais de 60% (equivalente a 3924 motoristas) foram presos, nos seis primeiros meses de vigência da Lei Seca.

Levantamento mais recente do Ministério da Saúde – junho de 2010 – sobre o tema revelou que houve redução de 6,2% no número de mortes na comparação entre os 12 meses anteriores e 12 meses posteriores à sanção da Lei Seca.

A aprovação da chamada Lei Seca – que motivou envio ao Governo Brasileiro de carta de reconhecimento da OPAS/OMS – contribuiu decisivamente para a diminuição do número de acidentes de trânsito e de mortes no Brasil. O esforço brasileiro tem sido na consolidação da fiscalização da legislação vigente como meio para dar continuidade aos resultados positivos obtidos.

O Ministério da Saúde veiculou 3 campanhas publicitárias ao longo de 2007, com o objetivo de chamar a atenção para o consumo excessivo de álcool e suas conseqüências negativas e ainda uma campanha em 2009, focada na prevenção e orientações sobre o consumo de crack.

7.6 Grupos de trabalho, Comitês e Oficinas

Objetivando a participação de diversos atores na estruturação, potencialização e execução da política pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas do SUS, foram implementados diversos grupos de trabalho e oficinas, com a participação de profissionais da área, gestores, usuários, controle social, representantes da academia, consultores e assessores do MS:

Comitê de Assessoramento às Políticas de Redução de Danos e Comissão Consultiva das Escolas de Redução de Danos do SUS

O Ministério da Saúde tem buscado, em conjunto com outras políticas sociais, intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, em especial do crack, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde.

Por isso, com vistas a promover uma Política de Redução de Danos em serviços de saúde, em âmbito nacional, e contribuir para maior visibilidade e fortalecimento da Redução de Danos enquanto diretriz de trabalho, além de construir mecanismos que assegurem a continuidade e o desenvolvimento dessas ações, de forma complexa, sistêmica e integral, a CNSM criou, em agosto

de 2010, um Comitê de Assessoramento às Políticas de Redução de Danos, integrado por profissionais de saúde, redutores de danos, coordenadores de Escolas de Redutores de Danos e representantes de suas instâncias técnicas (Saúde Mental, DST/AIDS-Hepatites Virais, Atenção Básica, HumanizaSUS). Seu principal objetivo é a produção de mecanismos de consolidação da Redução de Danos no SUS, que possam subsidiar a construção de uma nova Portaria, mais atualizada, consistente, e de maior sustentabilidade ao contexto da RD no Brasil.

O grupo se constitui, ainda, como uma Comissão Consultiva para as Escolas de Redutores de Danos do SUS, de forma a contribuir para a sistematização de um programa de formação de profissionais redutores de danos.

Grupo de Trabalho sobre o *CRACK*

Em março de 2010 foi instituído um Grupo de Trabalho (GT do Crack), com o objetivo de realizar a caracterização dos usuários de *crack* e avaliação da rede de atenção, bem como propor diretrizes para a Política de Saúde Mental voltada para os mesmos. O grupo constituiu-se por representantes de diversos setores do Ministério da Saúde, Universidades – UNIFESP e UFBA, associações – Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), representantes dos Secretários de Saúde (CONASEMS e CONASS), ONGs, especialistas da área, trabalhadores de saúde, gestores, professores e representantes de usuários e de entidades ligadas ao tema. O GT procurou caracterizar os usuários a partir de critérios clínicos e sociais discutidos e desenvolvidos pelo grupo, identificar a rede de atenção voltada para essa população e pontuar suas demandas e deficiências.

Considerando a necessidade de se promover ampla discussão da proposta construída pelo GT do Crack sobre “Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/*Crack* no Sistema Único de Saúde”, possibilitando a participação efetiva, na sua formulação, da comunidade técnico-científica, associações médicas, profissionais da saúde, associações de pacientes, usuários, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e da população em geral, foi disponibilizado o texto para leitura, em consulta pública informal, e solicitado o envio de críticas, sugestões e retificações, através de link do *Formsus*, que foi oferecido no site. O texto final está em conclusão e em vias de publicação.

7.7 Articulação Internacional

No cenário internacional, houve intenso debate sobre as políticas gerais sobre drogas e mais especificamente sobre a direção das políticas de saúde relacionadas a este campo específico de atuação.

Commission of Narcotic Drugs – ONU

Anualmente é realizada em Viena a reunião da *Commission of Narcotic Drugs* (CND), órgão vinculado à UNODC (braço das Nações Unidas que lida com as questões de drogas e crime). Dentre os objetivos desta comissão estão: analisar a situação global sobre o consumo de drogas e tomar decisões em nível global sobre como lidar com as conseqüências do consumo de drogas.

Em 2007, os representantes do Ministério da Saúde organizaram, durante o período da CND, com o apoio da OMS e UNODC/Viena, uma reunião paralela sobre sistemas públicos de tratamento a usuários de drogas. Foram convidados integrantes de outras delegações que tivessem relação com o tema saúde e compareceram 25 pessoas, de 15 países diferentes. Esta iniciativa, inédita no âmbito da CND, foi elogiada pelos representantes da OMS e UNODC/Viena e antecedeu, nos anos posteriores, outros eventos com esta mesma temática, tendo se tornado um espaço oficial de debate sobre Drogas e Saúde Pública na reunião anual da CND.

Durante a reunião de 2009 da CND, foi realizado também o Segmento de Alto Nível da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre Drogas (UNGASS), que teve o objetivo de avaliar as metas estabelecidas no campo das políticas de drogas em 1998. A posição da delegação brasileira incorporou todas as sugestões formuladas pela Coordenação de Saúde Mental, em nome do Ministério da Saúde, que enfatizaram os seguintes pontos: reconhecimento das ações de redução de danos como estratégias eficazes de saúde pública para cuidar de pessoas que usam drogas, necessidade de ampliação e diversificação dos componentes da rede de tratamento, garantia dos direitos humanos das pessoas que usam drogas e compreensão de que um mundo sem drogas é uma meta inatingível.

As posições brasileiras reveladas por representantes do Ministério da Saúde nos diferentes fóruns internacionais que discutem as políticas de drogas sempre foram ancoradas nas perspectivas da saúde pública e dos direitos humanos e obtiveram reconhecimento de representantes de outros países e também de entidades internacionais que trabalham com este tema. Esta avaliação contribuiu para que o Ministério da Saúde pudesse ser convidado a intervir em vários fóruns de discussão relacionados a esta temática.

Estratégia Global para Redução do Consumo Nocivo de Álcool (OMS)

Um dos temas mais crescentes nas preocupações das autoridades sanitárias internacionais é o consumo de álcool e suas conseqüências negativas. A partir desta constatação, o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou em 2008 resolução em que solicita à OMS elaborar proposta de estratégia global para reduzir o consumo nocivo de álcool. O Brasil fez parte desta discussão e em maio de 2009 sediou, a convite da OMS, a Consulta Regional das Américas, que reuniu representantes dos vários países da região das Américas, como forma a contribuir à discussão da Estratégia Global de Redução do Consumo Nocivo de Álcool. Este convite ocorreu, segundo declarou a OMS na abertura do seminário, em função de ser o Brasil um país com uma política clara de enfrentamento do uso nocivo do álcool, em consonância com a proposta construída pela OMS e os Países-Membros. A estratégia global foi aprovada em maio de 2010 na Assembléia Anual da OMS em Genebra.

Parcerias com OMS e UNODC

Além destas frentes de ação, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias iniciativas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em conjunto com Organização Mundial da Saúde (OMS) e com Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Entre elas, está o Programa Conjunto para o Tratamento da Dependência de Drogas, cujo objetivo principal é ampliar a cobertura e qualidade de tratamento, com atendimento mais humanizado e efetivo para usuários de álcool e outras drogas. Representantes do Ministério da Saúde foram convidados para o lançamento deste Programa realizado em Viena, durante a Comissão de Drogas Narcóticas das Nações Unidas, em 2009. Nesta mesma oportunidade, fomos convidados a fazer parte do grupo de

países que seriam beneficiados pelas ações do Programa. Dando seguimento a esta pactuação, recebemos em 2010 a visita de representantes da OMS e UNODC para apresentar o projeto e propor iniciativas para o estabelecimento da parceria.

Outro projeto em parceria com a UNODC é o TREATNET. Na fase I, o projeto reuniu 21 centros de excelência em tratamento para álcool e outras drogas, de diferentes partes do mundo. O representante brasileiro foi um CAPSad, indicado pelo Ministério da Saúde. O objetivo da rede é melhorar os serviços oferecidos e torná-los mais acessíveis aos cidadãos que querem e necessitam de tratamento, visando elaborar material educativo e realizar formação de profissionais de saúde que trabalham na área da dependência de álcool e outras drogas. Na Fase II, o objetivo é realizar treinamentos para profissionais de saúde do SUS que atuam em unidades de tratamento para dependentes de drogas e também propiciar apoio a projetos não-governamentais e de pesquisa acadêmica

Em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) para o Brasil e Cone Sul, a Coordenação de Saúde Mental, apoiada pela Área Técnica de Saúde do Adolescente, propôs ações conjuntas no sentido de intensificar ações nos estados e municípios para a implementação e fortalecimento de redes de atenção em álcool e outras drogas, bem como estimular iniciativas da sociedade civil com vistas à ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade e risco para a violência e uso de álcool e outras drogas. Este projeto já resultou em Termo de Cooperação Técnica assinado entre o Ministério da Saúde/Brasil, Fundação ABC/Ministério das Relações Exteriores e UNODC/Brasil, e terá papel importante no desenvolvimento das ações propostas pelo PEAD e Plano Crack.

Reuniões Bilaterais e Multilaterais

A Saúde Mental tem participado de reuniões bilaterais (Comissões Mistas sobre Drogas) ou multilaterais (Reunião Especializada de Autoridades de Aplicação em Matérias de Drogas, Prevenção de seu Uso Indevido e Reabilitação de Dependentes – RED) realizadas no Brasil e no exterior. Estas presenças contribuem para o conhecimento e troca de experiências sobre as atividades realizadas em outros países, além de favorecer a possibilidade de estabelecimento de cooperações técnicas nas áreas de políticas de saúde sobre drogas entre países.

7.8 Avaliação dos Serviços AD

O Ministério da Saúde realizou um levantamento específico de informação sobre os CAPSad, em 2010, para melhor acompanhar as ações da Política de Saúde e Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. A CNSM construiu um instrumento para ampliar o conhecimento sobre os CAPSad, caracterizar os serviços de assistência, sua resolutividade e potencialidade, levantar o perfil da população e o desenho das redes de saúde e intersetoriais. O instrumento foi construído coletivamente, e subsidiou o fortalecimento da rede substitutiva de atenção em AD e a sustentabilidade do atual modelo de assistência do SUS.

Um questionário eletrônico foi oferecido no sistema *formSUS*, em maio e junho de 2010, e preenchido pelo Coordenador ou Gerente de 184 CAPSad de municípios de todas as regiões do país. O trabalho de análise de dados está em andamento e sua publicação está prevista para o primeiro semestre de 2011. Os resultados poderão subsidiar os três níveis de gestão, fomentar atitude coletiva reflexiva sobre a qualidade da assistência prestada e sobre sua clínica, além de apontar o processo das práticas cotidianas da atenção psicossocial no território.

Análises preliminares dos dados indicam que cerca de 72 % dos CAPSad possuem equipe completa, sendo que 92% contam com a psiquiatra e 81% com clínico geral. Quanto às atividades, constatou-se que todos os 184 CAPSad fazem atendimentos individuais e a familiares: 99% realizam atendimento em grupo, 94% realizam Oficinas (terapêuticas, geração de trabalho e renda e outras) e 95% realizam visitas domiciliares.

O levantamento aponta ainda que 83% dos CAPSad possuem leitos para repouso e/ou desintoxicação leve, com articulação razoável/regular com outros leitos de retaguarda da rede de saúde e proteção social e, ainda, leitos de retaguarda de referência: 63% dos CAPSad têm leitos de retaguarda em Hospitais Gerais; 45% têm retaguarda em Hospitais Psiquiátricos; 18% contam com leitos em Comunidades Terapêuticas; 29% contam com Emergências Gerais e 36% com Emergências Psiquiátricas.

A clientela dos CAPSad, segundo o levantamento, é composta sobretudo por jovens e adultos (a partir dos 18 anos). Apenas 61% dos CAPSad atendem adolescentes (de 12 até 18 anos). Somente 16% dos CAPSad atendem crianças com menos de 12 anos.

Os CAPSad relatam que as drogas mais freqüentemente usadas pelos seus usuários são o álcool, o crack e o tabaco. Cerca de 69% dos Coordenadores dos CAPSad consideram o problema do crack muito grave em seu território, com baixa capacidade de resposta da rede pública.

Os dados indicam que a porta de entrada para rede de atenção à saúde mental é encontrada por diversos dispositivos da rede de saúde e intersetorial (Atenção Básica e Saúde da Família, Hospital Geral, UPAs, ambulatórios, outras modalidades de CAPS, além de outros serviços de saúde, justiça, escolas e outros).

É importante ressaltar ainda, como porta de entrada para o sistema, os atendimentos realizados nos CAPSad a usuários de drogas jurisdicionados do Ministério Público (Promotorias de Execução Penal) e Tribunais de Justiça, sob medida de pena alternativa pelo uso e porte e substâncias ilícitas (93% dos serviços relatam realizar este tipo de atendimento). Esses atendimentos, inicialmente caracterizados como atividades de prevenção, são realizados em grupo, podendo, conforme a demanda, se tornar uma intervenção terapêutica individualizada. Trata-se de intervenção com base no estabelecido no artigo 28 da Lei 11.343/2006. As ações são realizadas com os “jurisdicionados” sob a ótica da redução de danos sociais e à saúde, onde se trabalham temas de conscientização acerca do consumo de drogas e sua relação com a vida.

A articulação com a rede intersetorial, embora seja realizada, é considerada pelos serviços como boa/regular: 92% dos CAPSad relatam articular-se com a Ação Social; 72% se articulam com a segurança pública; 93% se articulam com a Justiça, enquanto 75% relatam articular-se com a Educação, Esporte (50%) e Universidades (64%).

Quanto às estratégias utilizadas na atenção ao usuário, 78% dos CAPSad relatam realizar ações de redução de danos – poucos serviços, no entanto (34%), relatam realizar abordagem de rua. É relevante a participação de familiares nas estratégias de redução de danos - 64% dos CAPSad relatam a participação dos familiares nessas estratégias.

Os CAPSad adotam também as seguintes estratégias: Farmacoterapia (84% dos serviços), Entrevista Motivacional (presente em 74% dos CAPSad), Prevenção de Recaída (realizada por 89% dos serviços), Terapia Cognitivo Comportamental (presente em 69% dos CAPSad) e Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (realizada em 67% dos CAPSad). A terapia comunitária é relatada como estratégia por 20% dos CAPSad, enquanto a abordagem dos Doze Passos é relatada por 18% dos serviços. Outras Abordagens Psicoterápicas são relatadas por 56% dos CAPSad.

Os dados revelam que preservativos são distribuídos em 88% dos serviços. Cerca de 70% dos CAPSad relatam realizar capacitação profissional (saúde, educação e assistência social), enquanto 50% relatam realizar matriciamento de equipes de Saúde da Família.

Entre os serviços oferecidos pelos CAPSad estão os Grupos de Alcoólicos/Narcóticos Anônimos (relatados por 29% dos CAPSad), os Grupos Operativos (presentes em 77% dos serviços), as atividades de prevenção (realizadas por 92% dos serviços), as assembléias de usuários (relatada

por 82% dos CAPSad), a desintoxicação de quadros leves (presente em 78% dos CAPSad), o tratamento ambulatorial de casos de abstinência (realizado em 81% dos serviços) e, por fim, as ações com grupos em situação de rua (presentes em 36% dos CAPSad).

Apenas 9% dos CAPSad mantêm estratégias articuladas junto aos Consultórios de Rua. Este baixo percentual justifica-se pelo pequeno número de Consultórios de Rua à época deste levantamento (10 Consultórios). O mesmo acontece em relação à articulação com outros dispositivos recentes: apenas 11% dos CAPSad se articulavam às Escolas de Redução de Danos (ERD) na época deste levantamento e 28% dos serviços relatavam, por sua vez, estar articulados às Casas de Acolhimento Transitório.

Cerca de 31% dos CAPSad relatam manter estratégias articuladas ao Programa Saúde na Escola (PSE); 26% afirmam manter estratégias articuladas ao Sistema Nacional de Atendimento Sócio Educativo – SINASE e 85% relatam articular-se ao atendimento de usuários de drogas em medida de pena alternativa encaminhado pelo Ministério Público. Cerca de 25% dos CAPSad, por sua vez, relatam articulação com o Atendimento ao Programa de Proteção à Criança e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAM, e 25% afirmam articular-se com o Fórum Local de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

A supervisão clínica/institucional acontece em 46% dos CAPSad. Quanto à qualidade dos serviços, 62,43% consideram que o serviço oferecido seja bom e 24,31% muito bom.

Os dados apontam a necessidade de acompanhamento, fiscalização e supervisão continuada, a serem potencializados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, por meio de convênios firmados no final de 2010, com a Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Pelotas e Universidade de Brasília, além do projeto de cooperação com a UNODC, já referido anteriormente.

Destaca-se um ponto para uma possível análise mais aprofundada sobre a estruturação e sentido da clínica, organização e funcionamento, assim com financiamento das ações de porta de entrada e acolhimento. O número de atendimentos realizado nos meses de março e abril de 2010, sem Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC, é expressivo em quase todos os CAPSad, chegando a 49% dos atendimentos realizados. Tais atendimentos não são quantificados no sistema SUS, nem são faturados pelos municípios. Foram realizados 5.919 atendimentos *intensivos*, 9.410 atendimentos *semi-intensivos*, 7.383 atendimentos *não intensivos*, totalizando 46.262 atendimentos nos referidos meses, além daqueles registrados no DATASUS. O Número de procedimentos autorizados por APAC nos CAPSad nos últimos quatro anos, segundo informações do DATASUS, é de cerca de seis milhões e seiscentos mil procedimentos.

8. Formação e Educação Permanente

A formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS é responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa transformar e qualificar as práticas de saúde, e a organização das ações e dos serviços de saúde, através da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Esta Política foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispôs novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O grande desafio no período 2007-2010 foi o de integrar as necessidades do Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, induzindo à participação ativa dos gestores e coordenadores locais na construção dessa Política, que descentraliza por meio de colegiados de gestão regional e das CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - o repasse regular de recursos para a educação permanente.

Para além deste esforço, durante o ano de 2007, com a regulamentação, pelo Ministério da Educação, das residências multiprofissionais, consolidaram-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental em alguns estados: Bahia, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Uma importante conquista neste ano foi a implantação da primeira residência em psiquiatria mantida diretamente por uma rede municipal de cuidados em Saúde Mental, a Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral (CE), com o apoio do Ministério da Saúde, além de Universidades Públicas.

O aumento de residências em psiquiatria concebidas dentro de um modelo comunitário de atenção e a criação de residências multiprofissionais de saúde mental são passos fundamentais e estruturantes para a descentralização de programas de formação para a Reforma Psiquiátrica e para o aumento do acesso dos profissionais à qualificação.

Por esta razão, em 2009, a Coordenação de Saúde Mental participou do processo da construção da política de formação de médicos especialistas em áreas prioritárias ao SUS - o PRO-RESIDÊNCIA - onde os Programas de Residência em Psiquiatria são uma prioridade. Este Programa apoia a expansão e qualificação dos Programas de Residência e lançou dois editais em 2009. Através

do Edital nº 7, de 22 de outubro, 25 novas bolsas para residentes em Psiquiatria foram aprovadas pelo MS e MEC, sendo 7 para Psiquiatria Infantil, considerada uma área de atuação prioritária.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental também tiveram impulso em 2009-2010, com edital de convocação nº 24, de 2 de dezembro de 2009, do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Seis (06) novos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental foram aprovados.

No período 2007-2010, o Programa de Qualificação dos serviços – um mecanismo de estímulo financeiro à supervisão clínico-institucional nos CAPS – foi ampliado também para as redes. Neste período, 665 Projetos foram financiados, entre projetos de Qualificação/Supervisão de CAPS, e projetos de Qualificação/Supervisão de Redes (álcool e outras drogas). No âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, 1066 municípios pequenos receberão recursos em 2011 para a supervisão de suas redes (ver capítulo sobre Atenção Básica). Também em 2011, 27 projetos de supervisão de redes para processos de desinstitucionalização receberão recursos.

No período 2007-2010, também foram implantadas as inovações abaixo, que se constituem em conquistas significativas para a política de educação permanente em saúde mental no SUS.

PET/Saúde Mental

O PET/ Saúde Mental foi uma importante iniciativa estrutural para a Política de Saúde Mental no ano de 2010 e representa um aprofundamento da relação da área com a Política Nacional de Formação e Educação Permanente no SUS.

O Programa de Educação pelo Trabalho PET Saúde/ Saúde Mental tem como objetivo a integração entre Universidade e Serviços, como instrumento de qualificação dos profissionais e formação dos estudantes de graduação na área da saúde /saúde mental. Em 2010, o Programa foi ampliado e a Portaria Conjunta nº 6, de 17 de setembro de 2010, instituiu o PET-Saúde/Saúde Mental/Crack 2011.

Por meio do Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD/GSI/PR, bem como a Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, convidaram as Instituições de Educação Superior, em conjunto

com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, a apresentarem projetos objetivando a formação de grupos PET no âmbito da Atenção em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas.

O PET/ Saúde Mental aprovou então 80 projetos, investindo um total de R\$ 8 milhões para o pagamento das bolsas de tutores acadêmicos, preceptores e estudantes de graduação, durante o ano de 2011. Cada grupo PET/Saúde Mental é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 3 (três) preceptores da rede SUS e 12 (doze) estudantes, podendo envolver diferentes cursos de graduação e desenvolver diversas ações e mais de uma pesquisa, sempre tendo em perspectiva os objetivos, diretrizes e prioridades da política de saúde mental, álcool e outras drogas.

O PET/ Saúde Mental deverá contribuir efetivamente para a qualificação da Rede de Atenção em Saúde Mental/ Álcool e outras Drogas e para a transformação e integração com as Instituições de Ensino Superior.

Escolas de Redutores de Danos do SUS – ERD

O baixo índice da demanda e de acesso aos serviços da rede pública de saúde pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos levou o Ministério da Saúde a investir nas abordagens *in loco*, mais eficientes nas ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários. Além de preservarem o respeito ao contexto sociocultural dessa população, esta oferta de cuidados no próprio espaço de rua vem mostrando resultados satisfatórios e de longo alcance social.

Por esta razão, contribuindo para a ampliação do acesso aos cuidados da rede SUS e potencializando as ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas, em novembro de 2009, a Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde criou as Escolas de Redutores de Danos do SUS, dispositivo voltado para a capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade. Criadas no contexto do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD e nos termos da Portaria GM 1.059/2005, as Escolas de Redutores de Danos foram implementadas primeiramente em 13 municípios (Campinas, Niterói, São Bernardo do Campo, Recife, Aracaju, Uberlândia, Brasília, Rio de Janeiro, Itabaiana, Lagarto e N. S. do Socorro, estes três últimos, municípios de Sergipe).

O aumento dos dispositivos da rede de saúde e a demanda pelas ações de Redução de Danos provocaram a ampliação das Escolas de Redutores de Danos em outras regiões do país em 2010, viabilizada através dos recursos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

Assim, 2010 se encerra com 58 Escolas de Redutores de Danos financiadas para a formação teórica e prática de profissionais que atuarão na rede de atenção substitutiva em saúde mental, tendo como público alvo prioritário a população usuária de álcool e outras drogas, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários intra ou extramuros, superando a abordagem única da exigência de abstinência.

Cada ERD concede bolsas de formação e programa de capacitação e tutoria para 18 futuros redutores de danos, preferencialmente recrutados entre voluntários residentes nas próprias comunidades onde atuarão. Desta forma, estão neste momento em processo de formação 1044 novos redutores de danos para o SUS.

O projeto de ERD é acompanhado tecnicamente através de um Comitê Assessor de Redução de Danos no SUS, sob coordenação da CNSM e do Programa Nacional de DST/AIDS.

Escola de Supervisores Clínico-Institucionais

Os processos de supervisão clínico-institucional dos CAPS, nos últimos cinco anos, têm como um dos maiores entraves, principalmente nas regiões e cidades distantes de centros formadores, a falta de profissionais com as qualificações necessárias para atuar na função de supervisor.

O projeto “Escola de Supervisores Clínico-Institucionais”, idéia que vem se aperfeiçoando desde 2005 (quando a proposta de Escolas de Supervisores foi aprovada no I Congresso Brasileiro de CAPS), visa enfrentar este problema, formando novos profissionais, qualificando a prática dos que já estão atuando e promovendo o debate, a construção e a avaliação permanente da supervisão clínico-institucional, na rede de atenção integral à saúde mental/ álcool e outras drogas.

A Escola deve ser um espaço de encontro freqüente entre os supervisores dos Estados/municípios, devendo congrega e potencializar a atuação de cada um, promovendo a formação de um quadro de supervisores e profissionais de apoio às redes de atenção psicossocial/álcool e outras drogas. Ainda, deve contribuir para que estes profissionais possam realizar a supervisão de redes que se entrelaçam com as outras redes de saúde e intersetoriais.

O Ministério da Saúde apoiou, em 2010, 15 projetos de Escolas de Supervisores, que passam a receber recursos para a realização das ações no primeiro trimestre de 2010. Em 2011 será de grande importância para a sustentabilidade das Escolas, a realização da primeira Oficina Nacional de Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais do SUS.

Escolas apoiadas (2007-2010). Brasil

AL - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Alagoas

CE - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Ceará

GO - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas de Goiás

MA - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais

MS - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais do Pantanal

MG - Escola de Supervisores da Rede de Atenção em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais – SES/ESP – MG

MG/MONTES CLAROS - Escola de Supervisores Clínico- Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Norte de Minas Gerais

PE - Escola de Formação de Supervisores Clínico-Institucionais – Recife e Região Metropolitana

PI - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Piauí

RJ - Escola de Supervisores do Estado do Rio De Janeiro: Micropolíticas, Cuidado e Produção de Coletivos em Saúde Mental

RJ - Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro (ESAM-SMS Rio-UFRJ)

RN - Projeto Escola de Supervisores em Redes de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Norte

RS - “Escola de Supervisores Clínico-Institucionais em Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande Do Sul”

SC - Formação de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina.

SE - Escola Estadual de Supervisores Clínico Institucionais

TO - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Estado de Tocantins.

9. Avanços na Construção e Implementação de Políticas e Programas de Saúde Mental Intersetoriais

9.1 Política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência

A Política Nacional de Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS é bastante complexa e apresenta grandes desafios. Um deles é o de efetivamente trabalhar na perspectiva da gestão e da atenção intersetorial.

No período de 2007 a 2010, foram diversas as iniciativas e as ações implementadas para ampliar o acesso e qualificar o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Dessa forma, a qualificação da atenção nos CAPSi, ações voltadas para a atenção em saúde mental aos adolescentes e jovens privados de liberdade ou com problemas em relação ao uso de álcool e outras drogas, às pessoas com autismo, dentre outros temas relacionados à saúde mental infanto-juvenil, estiveram na agenda de prioridades do Ministério da Saúde. Também, com o foco da promoção da saúde mental, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.

Em junho de 2007, foi realizada a VII Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com o tema “Rede de Cuidados na Perspectiva da Intersetorialidade”, na cidade do Rio de Janeiro. Esta reunião abordou as complexidades da articulação do campo de saúde mental com a Justiça, a Assistência Social e a Educação, entre outros campos, para a construção de uma rede efetiva de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. O debate com representantes dos diversos setores e representantes da rede de CAPSi do Brasil apontou a necessidade de maior articulação entre Saúde, Educação, Justiça, Assistência Social, não somente na gestão federal, mas também nas gestões estaduais e municipais, para construção da melhoria do cuidado às crianças e adolescentes.

Durante o Fórum também foram debatidas questões como a educação inclusiva, a atual tendência à medicalização e patologização dos problemas de aprendizagem, além da situação da atenção em saúde mental aos adolescentes e jovens privados de liberdade e daqueles que apresentam problemas em relação ao uso de álcool e outras drogas.

A importância do debate intersetorial reafirmou a necessidade de criar fóruns locais para discussão dos maiores desafios colocados no território para atenção em saúde mental de crianças e adolescentes.

Também em 2007, foi realizada a “Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com transtornos mentais em medidas de internação e internação provisória”, como recomendação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil de 2006, realizado em Curitiba (PR). A Oficina, uma parceria entre o Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), Secretaria de Estado de Saúde do Paraná e Instituto de Ação Social do Paraná, também foi realizada na cidade de Curitiba.

Ainda em 2007, foi realizado o mapeamento de crianças e adolescentes abrigados e em regime de internação com medidas sócio-educativas e com necessidade de atenção em saúde mental, visando à elaboração de estratégias de atenção a esta população. O projeto-piloto do mapeamento aconteceu no Paraná, fornecendo subsídios importantes para a implantação de ações consistentes na área das medidas sócio-educativas. Tal trabalho foi fruto da parceria entre SES-PR, SEDH e FIOCRUZ, sob coordenação da Área de Saúde do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde.

A partir deste projeto-piloto, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, em parceria com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, com a Fiocruz e a SEDH, aplicou um instrumento de levantamento de dados em Unidades de aplicação de Medida Sócio-Educativa de várias regiões do país, para mapear as condições, ações e articulações dessas instituições com a rede de saúde mental. O instrumento também buscou levantar informações sobre os adolescentes privados de liberdade com transtornos mentais, para subsidiar a construção de diretrizes que respondessem às necessidades de cuidado em saúde mental desta clientela. A aplicação desses instrumentos foi realizada em 2008, em cinco estados brasileiros.

Também em 2008, foi realizada a Oficina de Fluxos em Belo Horizonte/MG, com participação do Ministério Público, Defensoria Pública e Justiça da Infância e Juventude, tendo como foco a construção da rede de cuidados em saúde mental aos adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas e com transtornos mentais. A construção dessa rede é fundamental para a garantia do cuidado em saúde mental nos equipamentos do SUS. A realização da Oficina de Fluxos atendeu a convite do CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) e da ABMP (Associação Brasileira dos Magistrados e Promotores).

O resultado preliminar da coleta de dados realizada nas Unidades de aplicação de Medida Sócio-Educativa foi apresentado em 2009, durante Reunião Ordinária do Fórum de Saúde Mental Infante-Juvenil.

Também no ano de 2009, é importante destacar os esforços conjuntos da Coordenação de Saúde Mental e Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde junto à Subsecretaria de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente, da SEDH, para apresentar contribuições ao texto do Projeto de Lei 1627. Este PL dispõe sobre os sistemas de atendimento socioeducativo, regulamenta a execução das medidas destinadas ao adolescente, em razão de ato infracional, altera dispositivos da Lei nº 8.069 (ECA). O texto já alterado pela Relatora, Deputada Rita Camata, traz uma seção específica sobre a atenção integral em saúde mental no contexto do Sistema Socioeducativo.

Foram feitas contribuições para o texto original do PL, e debates importantes com a deputada relatora do projeto, a fim de que o mesmo estivesse em acordo com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental. A intenção é de que a Lei garanta aos meninos e meninas em cumprimento de medida socioeducativa, em especial em regime de privação de liberdade, a possibilidade de acompanhamento nos dispositivos da rede extra-hospitalar de saúde mental.

O tema também foi o foco central do Seminário “Mais Juventude Na Saúde: Vamos Falar Disso?”, organizado em parceria entre as áreas de Saúde Mental, da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde e da SEDH. O Seminário foi realizado em Brasília em 2009 e contou com a participação de gestores estaduais e municipais da saúde mental, da saúde do adolescente e do jovem e também de gestores do sistema socioeducativo.

A recomendação de que o adolescente privado de liberdade receba atenção, preferencialmente na rede extra-hospitalar dos serviços da Saúde Mental, do Sistema Único de Saúde, foi enfatizada em todas as fases desse trabalho.

Em maio de 2010, foi realizada a *I Oficina sobre Promoção de Saúde e Prevenção do Uso abusivo de álcool e outras drogas na população Infante Juvenil* – resultado da parceria entre as áreas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde. Esta Oficina, que tinha como principal objetivo a discussão das diretrizes para uma política de promoção de saúde e prevenção do uso de álcool e outras drogas por crianças, adolescentes e jovens, apostou no protagonismo do público juvenil para efetivar o diálogo e avançar na discussão sobre a promoção de ações adequadas em relação à Promoção de Saúde e Prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas.

9.2 Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho

A garantia do direito ao trabalho é fundamental para o processo de construção de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas decorrentes do consumo e da dependência de álcool e outras drogas. Desde 2004, a Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, vêm trabalhando em parceria para construir ações concretas para a reinserção social e econômica dos usuários da rede pública de saúde mental.

Nos últimos quatro anos, as experiências de iniciativas de geração de trabalho e renda foram expandidas e fortalecidas por meio da construção de redes de empreendimentos sociais solidários de repasse de incentivo financeiro aos municípios, instituído pela Portaria no 1169, de 7 de julho de 2005. Neste período, 388 projetos foram apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde, totalizando R\$2.830.000,00 (dois milhões e oitocentos e trinta mil reais). Em 2007, existiam 256 experiências mapeadas e, em dezembro de 2010, houve um incremento de pelo menos 384 iniciativas, totalizando mais de 640 iniciativas de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental. O Ministério da Saúde utiliza o Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) para mapear as experiências. O CIST encontra-se disponível em http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=865.

A capacitação dos empreendimentos também foi uma prioridade nestes últimos quatro anos. Em 2008 e 2009 foi realizado o *Ciclo de Cursos de Capacitação em Incubação de Empreendimentos Solidários*, uma parceria entre o Ministério da Saúde, a SENAES e a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro/COPPE/UFRJ. Ao todo foram realizados 8 cursos de capacitação em 24 estados, formando mais de 350 pessoas. Cada curso contou, em média, com 45 participantes, sendo que 30% eram usuários e familiares da saúde mental (a Região Sudeste foi uma exceção, pois não contou com a presença de usuários e familiares).

A *Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares/COPPE/UFRJ* visitou neste período os 32 municípios participantes do Projeto “*Saúde Mental – Construção da Rede Nacional de Empreendimentos Solidários*” para levantar informações sobre os contextos locais em que as ações de geração de trabalho e renda se desenvolvem e conhecer as principais dificuldades e experiências inovadoras de êxito. 65% deles funcionavam em espaço físico da unidade de saúde, com expressiva participação de usuários, mas também de profissionais da rede de saúde mental, e contemplavam atividades de artesanato, gêneros alimentícios, marcenaria e serralheria, restauração de móveis,

customização de vestuário e acessórios, agricultura e atividades de teatro e vídeo. A compreensão deste perfil dos empreendimentos é fundamental para a construção das políticas de expansão e apoio à inclusão social pelo trabalho.

Também em 2009 foi lançado o Edital do Plano Setorial de Qualificação Social e Profissional em Economia Solidária / PlanSeQ EcoSol, que contemplou trabalhadores de empreendimentos econômicos solidários organizados em redes de cooperação já existentes e redes em processos de constituição dos segmentos da Pesca, Agricultura, Artesanato, Comércio Justo e Confecções (têxtil).

Finalmente, em 2010, foi realizada a *I Conferência Temática de Cooperativismo Social: Trabalho e Direitos: Cooperativismo Social como Compromisso Social, Ético e Político*, convocada pela Secretaria Geral da Presidência da República, o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e a Secretaria Especial de Direitos Humanos e representantes da sociedade civil, que apresentou um conjunto de 45 propostas fundamentais para o campo nos próximos anos e que foram encaminhadas para subsidiar as discussões e deliberações da II Conferência Nacional de Economia Solidária e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, ambas realizadas em junho deste ano.

Além disso, a *I Conferência Temática de Cooperativismo Social* preparou a *Mostra Solidária: trabalhar, construir direitos e produzir valores na perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária* a ser realizada durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), ao final de junho de 2010. A Mostra, parte da programação da IV CNSM-I, contou com a participação de 22 expositores do campo da saúde mental de todo o país, entre eles expositores egressos do sistema prisional, e teve como objetivo principal servir como um espaço de troca de experiências entre os diversos projetos, assim como dar visibilidade e divulgar as propostas aprovadas na Conferência Temática, para o cooperativismo social brasileiro.

O ano de 2010 termina de forma exitosa, com a realização de três conferências nacionais e deliberações consistentes para o avanço do cooperativismo social brasileiro, especialmente no que se refere ao marco conceitual, marco legal e políticas públicas. A proposta de criar um Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social, de caráter intersetorial, ganhou força e apoio de diferentes setores da sociedade civil organizada e das três esferas de governo. A idéia é que o referido programa seja criado, nos primeiros meses de 2011, por meio de Decreto Presidencial.

9.3 Garantia de Acesso e de Atenção às Especificidades da Demanda

A ementa da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deixa claro um dos problemas emergentes do campo da saúde mental hoje: a rede aberta de atenção à saúde mental não garante hoje acesso a todos e todas. A heteronormatividade, assim como a profunda desigualdade entre os brancos e os não-brancos, entre os homens e as mulheres e entre as diferentes classes de renda no Brasil, têm reflexos nas ações e serviços do SUS, produzindo barreiras de acesso muitas vezes intransponíveis a grande parte dos cidadãos e cidadãs brasileiras.

Por um lado, é preciso que o campo da saúde mental esteja atento aos efeitos psicossociais específicos do racismo, do machismo, da heteronormatividade, da discriminação geracional e de outros processos macro-estruturais de ampla exclusão social. Por outro, é preciso que este campo se preocupe com as especificidades da atenção. Sem esta atenção específica, não se produz equidade.

Por esta razão, precisamos comemorar a discussão e a aprovação pelos atores do campo da saúde mental, na IV CNSM-I, de propostas que além de defender o combate às desigualdades, estigmas e estereótipos na rede de atenção à saúde mental, propõem a articulação, em todos os níveis do SUS, dos programas de saúde mental aos programas de saúde da mulher, do homem, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), da população negra, da população em situação de rua, do indígena, do idoso, quilombolas e demais políticas específicas.

No período 2007-2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas fomentou esta articulação e sensibilizou o campo para a necessidade de atenção às especificidades.

Saúde mental Indígena

O tema da saúde mental indígena é de natureza complexa. Tratar deste tema no campo da saúde pública exige reflexões sistemáticas, sejam elas teóricas, éticas, práticas ou políticas. Tratar deste tema no cenário da Reforma Psiquiátrica é algo ainda mais desafiador. Como construir, a partir deste cenário, uma Política Integral de Saúde Mental para as Populações Indígenas? O que há de crucial no leque conceitual da Reforma que possa fundamentar ações e intervenções em comunidades indígenas?

A clínica da Reforma é a clínica da inclusão social, da autonomia e do protagonismo. O sujeito em sofrimento mental é ator político e protagonista do cuidado, isto é, participa efetivamente nos processos de invenção coletiva e de gestão do cuidado. Protagonismo, autonomia, rede e território são os conceitos de sustentação deste processo, verdadeiros referenciais teóricos,

éticos e políticos. É a partir destes referenciais, complexos, sem dúvida, é que se constroem as primeiras diretrizes para a atenção à saúde mental indígena no cenário da Reforma, a partir da PT 2.759, no ano de 2007.

Estas diretrizes buscaram, em primeiro lugar, garantir, na medida em que o SUS é convocado, a participação de lideranças e representações dos povos indígenas, em toda a sua diversidade cultural, na construção de soluções para os problemas de saúde de sua comunidade. Não basta respeitar a diversidade cultural destes povos; é preciso também respeitar a capacidade de cada comunidade de identificar seus problemas e mobilizar seus recursos para criar alternativas para a construção de soluções. O processo de produção de saúde caminha junto ao protagonismo na construção, invenção ou reprodução de modos de cuidar e de gerir os procedimentos realizados no campo da saúde.

Assim como não há Reforma sem o protagonismo do usuário, não há produção de saúde sem o protagonismo das comunidades indígenas. Esta é a direção que a PT 2.759/07 procura apontar. Dada a direção, ainda são muitos os desafios para a construção coletiva de uma política integral. A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas deverá, nos próximos anos, junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, avançar para garantir atenção específica à saúde mental desses povos.

Saúde Mental e Gênero

A II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, da qual a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas participou, como parte da delegação governamental, aprovou as seguintes prioridades para o governo, no ano de 2007: 1) Construção de ações estratégicas de saúde mental e gênero. 2) Construção de ações estratégicas para a atenção às dependentes e usuárias abusivas de álcool e outras drogas, na perspectiva de redução de danos.

O período 2007-2010, apesar de trazer avanços na sensibilização do campo da saúde mental para o tema, não conseguiu fazer frente a estes objetivos. O estabelecimento, junto às instâncias de articulação da Política Nacional de Saúde Mental e do controle social, de diretrizes para a atenção à saúde mental da mulher na rede de atenção à saúde mental do SUS, além de estratégias para a abordagem do problema do aumento do consumo de álcool, benzodiazepínicos, anorexígenos e antidepressivos entre as mulheres, são desafios que ainda se impõem ao campo da saúde mental.

Em 2008, a CNSM, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher e apoio da Secretaria Especial de Políticas para a Mulher, realizou reunião técnica com representantes de

experiências de atenção à saúde mental com uma prática diferenciada de atenção às mulheres, além de pesquisadoras e profissionais do campo, com o objetivo de levantar as principais preocupações do campo em relação ao tema da saúde mental da mulher. Num cenário ainda de baixa informação, foi possível apurar o aumento do uso de anfetaminas e benzodiazepínicos (que, regra geral, fazem parte das fórmulas manipuladas para emagrecimento), o aumento recente do consumo de álcool entre mulheres no Brasil, especialmente entre mulheres jovens, a tendência de crescimento das internações de mulheres por transtornos de humor, a tendência de crescimento dos transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério e a tendência dos serviços públicos de atenção à saúde e atenção à saúde mental de privilegiar respostas medicalizantes, diante de queixas difusas de sofrimento psíquico das mulheres.

Este quadro, que precisa ser percebido pelo campo da saúde mental, é ainda mais complexo. Existem especificidades que podem tornar as mulheres mais vulneráveis. Há mulheres em situação de violência, há a discriminação racial e de gênero, há mulheres em situação de rua. Não há dúvida que a principal conquista neste campo nos últimos anos, foi a presença do tema do acesso e da discriminação de gênero na IV CNSM-I. A discussão deste tema por todos os atores do campo da saúde mental e da intersectorialidade é fundamental para combater a discriminação e as barreiras ao acesso e para acolher, assistir e construir junto às comunidades alternativas para o enfrentamento das desigualdades entre homens e mulheres.

Saúde Mental da População Negra

No ano de 2007, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Fruto do trabalho coletivo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, no qual a CNSM tem assento, esta Política definiu os princípios, diretrizes e estratégias para garantir a melhoria das condições de saúde da população negra. Trata-se de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo.

Entre as estratégias de gestão da política, ao menos duas apontam para a necessidade de fortalecimento da atenção à saúde mental da população negra: (1) Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a

prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social; (2) Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso do álcool e outras drogas.

A implementação destas estratégias, assim como a implementação da Política nos níveis federal, estadual e municipal foi um dos desafios para o SUS no período 2007-2010. A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trabalhou neste período pela sensibilização do campo para a importância deste tema no dia a dia da rede de atenção à saúde mental.

O tema da raça e dos efeitos psicossociais do racismo, no entanto, ainda é pouco discutido e apreendido pelo campo da saúde mental. Por esta razão, os debates realizados em todo o processo da IV CNSM-I, nas conferências municipais, estaduais e nacional, são de fundamental importância. As propostas aprovadas pela IV CNSM-I, indicando o que os atores do campo e da intersetorialidade desejam para as políticas de saúde mental, apontam para medidas estruturantes, tais como, a construção de indicadores de saúde mental da população negra, a realização de pesquisas sobre o impacto do racismo na subjetividade, a inclusão do quesito raça/cor e etnia nos instrumentos de informação dos serviços de saúde mental. Tais medidas, debatidas, construídas e sobretudo implementadas pelo campo da saúde mental, significarão um salto na qualificação da assistência em saúde mental no país.

Saúde Mental e Pessoas em Situação de Rua

Em 2007, um Grupo de Trabalho Interministerial sob a gestão da Secretaria de Direitos Humanos passou a construir propostas de Políticas Públicas para a inclusão social da população em situação de rua. Participaram deste grupo o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Ministério das Cidades, o Ministério do Trabalho e Emprego, assim como o Ministério da Cultura. No Ministério da Saúde, sob gestão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, o trabalho se deu através da composição de um Comitê Técnico Saúde da População em Situação de Rua e da realização de várias oficinas internas, com a participação de diversos setores, incluindo a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Para fomentar a discussão do tema e a construção de diretrizes específicas para a garantia de acesso às pessoas em situação de rua, em 2008 o tema da população de rua foi pautado pela CNSM no Seminário *Saúde Mental e Grandes Cidades*, realizado em Campinas/SP. Resultado de um fenômeno complexo da vida urbana, resultante de processos macro-estruturais de ampla exclusão

social, a população de rua tem grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental. Por esta razão, o Seminário apresentou como estratégias fundamentais para a garantia de acesso as ações extra-muros, assim como o estabelecimento de vínculos e relações, e o acolhimento da diversidade das soluções, projetos e ritmos de vida do viver na rua.

Em paralelo à construção do Plano Operativo da Saúde para a Política Nacional para População em Situação de Rua, lançada em 2009, e no contexto do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) e do Plano Interministerial de Combate ao Crack, foram criados no SUS os Consultórios de Rua. As Casas de Acolhimento Transitório (CAT), por sua vez, foram criadas em 2010. Ambos serviços baseiam-se em estratégias extra-muros (veja mais sobre o tema no capítulo sete). Estas medidas, ainda em implantação, estão sob monitoramento, mas já aumentam a acessibilidade das ações de atenção à saúde mental, sobretudo nas grandes cidades.

Estas e outras ações da saúde deverão ganhar ainda mais impulso com a pactuação do Plano Operativo da Saúde para a Política Nacional para População em Situação de Rua, que deverá ocorrer no primeiro semestre de 2011, nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite.

Saúde Mental LGBT

O período 2007-2010 foi marcado pela realização da primeira Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, realizada no ano de 2008. Trata-se da primeira Conferência deste tipo (representativa e institucional) realizada no mundo. Entre os temas discutidos, a questão da saúde mental do segmento LGBT. A discriminação é determinante no processo de sofrimento psíquico a que pode estar sujeito este segmento, mais vulnerável inclusive, ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas.

Por esta razão, este foi também um dos temas discutidos na IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Novos atores, que convocam outras identidades para a luta política, diferentes das usuais no campo da saúde mental, entram em cena para discutir e exigir da rede de atenção à saúde mental acesso e atenção às especificidades. Da IV CNSM-I, realizada em 2010, saem assim, diretrizes que apontam para o enfrentamento das barreiras de acesso e da discriminação no SUS.

Também em 2010, foi construído o Plano Operativo da Saúde para a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, aprovada no ano de 2009. Este plano envolve, entre outras ações, a divulgação ampla para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas, através de Boletim

Eletrônico, das recomendações aprovadas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, para a ampliação do acesso ao segmento LGBT; o fomento na rede ampliada de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, através de edital de incentivo, de experiências que construam abordagens e intervenções específicas para a população LGBT; e o fomento de pesquisas que identifiquem barreiras de acesso e estratégias ampliação de acessibilidade ao tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas, para este segmento.

Sem dúvida, é também uma conquista do período 2007-2010 a ampliação do acesso à atenção integral aos(as) transexuais no SUS. Desde o ano de 2005, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com assento no Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, vinha participando do processo de construção das diretrizes do processo transexualizador no SUS. A I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde, realizada em 2005 pelo Ministério da Saúde e pela UERJ, neste sentido, foi fundamental para assentar as bases desta discussão no campo da saúde mental. Fruto de um trabalho coletivo, capitaneado pela Secretaria de Gestão Participativa/MS, em agosto de 2008, foi publicada a portaria Nº 1.707, que instituiu o Processo Transexualizador no SUS. Este processo ampliou e segue qualificando o acesso à atenção integral e ao processo transexualizador na rede SUS.

9.4 Saúde Mental e Cultura

As manifestações culturais, as expressões artísticas e a produção de cultura, de forma mais ampla, têm se revelado importantes canais para a promoção da saúde mental. Por este motivo, a ampliação da interface do campo da saúde mental com a arte e a cultura foi uma ação prioritária do Governo Federal no período 2007-2010.

Dentre as importantes iniciativas nesse campo, estão os Centros de Convivência e Cultura, que oferecem espaços de sociabilidade, produção artística, geração de renda, sustentação das diferenças e intervenção na cidade, incluindo todas as faixas etárias, usuários de serviços de saúde mental e, ainda, aqueles que vivem em diferentes situações de risco e vulnerabilidade psicossocial. Em 2007, foi realizado um levantamento dos Centros de Convivência e Cultura existentes no Brasil, contabilizando 51 dessas iniciativas consolidadas, 9 em construção e 20 em projeto. Nos últimos anos, tem sido debatido o aprofundamento e a expansão deste dispositivo para todo o país e a necessidade de se trabalhar com a intersectorialidade. Contudo, permanecem como desafios a criação de um marco legal (houve a publicação de uma portaria do Ministério da Saúde em 2005,

que foi revogada, e precisa ser retomada) e a expansão de políticas públicas de apoio para os Centros de Convivência e Cultura.

Em 2008, trabalhou-se no Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura, que traz a proposta do edital da criação de Pontos de Cultura para a saúde mental. Essa iniciativa traz a possibilidade de reconhecer dispositivos da saúde mental (como CAPS e Centros de Convivência e Cultura, por exemplo) como Pontos de Cultura, os quais são componentes do Programa Cultura Viva do Ministério da Cultura. Alguns CAPS e Centros de Convivência já conseguiram implantar Pontos de Cultura.

Outra iniciativa importante foi a parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde com o Centro do Teatro do Oprimido (CTO), fundado por Augusto Boal, que possibilitou a capacitação de profissionais dos CAPS de diversos municípios que atuaram como multiplicadores do projeto do CTO na rede pública de saúde mental. O êxito dessa experiência atraiu também a rede de atenção básica, que passou a utilizar esse dispositivo na promoção de saúde e de saúde mental, e em situações como a do Complexo do Alemão, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, que interferiu no tráfico e acesso a drogas na região. O Ministério da Saúde segue apoiando a capacitação da técnica proposta pelo CTO em estados e municípios.

A realização das *Chamadas para Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental*, lançadas pelo Ministério da Saúde em 2009 e 2010, foi uma iniciativa pioneira de financiamento, pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, de projetos de intervenções culturais e artísticas no campo da saúde mental. Com o objetivo de fortalecer os Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental, o Ministério da Saúde financiou um total de 341 iniciativas entre os anos de 2009 e 2010. Os projetos, desenvolvidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, na Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, nas Associações de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental ou nas Unidades Básicas de Saúde, realizaram nestes anos uma série de intervenções em suas cidades, ampliando a autonomia, o exercício de direitos e o acesso de usuários e familiares à saúde, moradia, cultura, arte, trabalho, renda, educação, inclusão digital, entre outros (as).

Cabe lembrar das diversas atividades artísticas e culturais realizadas durante a IV CNSM – I. Foi possível contar com apresentações de grupos musicais compostos por usuários e técnicos de serviços de saúde mental, como o Harmonia Enlouquece e o Sistema Nervoso Alterado (Rio de Janeiro); apresentação de grupo de percussão formado somente por mulheres que recupera a música afro-brasileira e a dança em busca de qualidade de vida (Grupo Batalá, de Brasília),

apresentação de grupo de palhaços formado por usuários e técnicos de serviço de saúde mental (Cia. ARMAGEN, São Bernardo do Campo/SP), e apresentação de um grupo voltado para o resgate da alegria das mulheres e das antigas cantigas de roda e ciranda (Meninas de Sinhá, Belo Horizonte).

O Teatro do Oprimido também participou da IV CNSM-I com atividades culturais, uma oficina e representação em painel específico. Blocos carnavalescos de Centros de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, em sintonia com o Grupo Batalá, percorreram diversos espaços do Centro de Convenções Ulysses Guimarães durante a IV Conferência.

Para os próximos anos, fica o desafio de se ampliar a articulação intersetorial e as políticas públicas de apoio, nos três níveis de gestão, para que, dessa forma, mais pessoas possam ter acesso a saúde, cultura, educação, sociabilidade e lazer.

9.5 Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio

A Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) surgiu em 2006, com o objetivo de reduzir o número de mortes por suicídio e o impacto causado em familiares, amigos e colegas de trabalho das vítimas. Tal iniciativa foi impulsionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, a partir dos anos 90, assumiu o compromisso de prevenir o suicídio em todo o mundo.

A ENPS envolve uma série de ações de prevenção e promoção de saúde, que vão desde a melhora das condições de vida e dos vínculos familiares e comunitários até a oferta de uma rede de serviços de saúde e de saúde mental que ofereçam tratamento e reabilitação psicossocial. Sua proposta é colocar o tema em debate e potencializar os recursos existentes na comunidade e nas redes de atenção à saúde e de proteção social.

São consideradas populações vulneráveis para cometerem suicídio: pessoas que apresentam transtorno mental, especialmente as depressões; pessoas que já tentaram suicídio; familiares das vítimas; pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); populações indígenas; trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos; dentre outros.

A criação do Grupo de Trabalho para elaboração da ENPS, instituído pela Portaria nº 2542/GM, de 22 de dezembro de 2005, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades, foi fundamental para a elaboração das Diretrizes Nacionais de Prevenção

do Suicídio, indicadas pela Portaria nº 1876/GM, de 14 de agosto de 2006, e para a implantação das ações previstas pela ENPS nos estados e municípios.

No período de 2007 a 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em parceria com o GT, priorizou a expansão e a qualificação da rede de saúde mental, álcool e outras drogas do SUS, articulando essa estratégia a outras políticas e programas em curso, tais como Políticas de Redução da MorbiMortalidade por Acidentes e Violência (Portaria nº 737/2001), de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, assim como as diretrizes da OMS para Prevenção do Suicídio.

Nesse período, a CNSM consolidou parcerias importantes com o Centro de Valorização da Vida (CVV) e com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Trabalhou conjuntamente com a prefeitura do Rio de Janeiro capacitando equipes de saúde e desenvolveu, com o apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o sítio “Amigos pela Vida”. Cabe salientar que as referidas entidades compõem o GT da ENPS que, nessa gestão, reuniu-se presencialmente em abril de 2008 para delinear seu plano de trabalho.

No eixo da formação e qualificação, foram realizadas capacitações para profissionais de saúde (CAPS, Atenção Básica, Rede de Urgência e Emergência, Hospital Geral), com a participação de membros do GT e a distribuição do Manual de Prevenção do Suicídio, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006. Todas as Coordenações Estaduais de Saúde Mental e grande parte dos CAPS receberam o Manual. A produção de estudos e a participação em oficinas, seminários, fóruns também contribuíram para a qualificação da rede.

Em 2009, durante o Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, foi realizado o pré-lançamento da edição eletrônica especial do Manual de Prevenção do Suicídio dirigido às equipes do Programa de Saúde da Família e rede de atenção básica em geral.

O debate sobre o tema na sociedade também foi uma das prioridades nessa gestão. Assim como em diversos países, o Ministério da Saúde incentivou que estados e municípios utilizassem a data 10 de setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (OMS), para promover espaços de debate sobre o tema, informar a sociedade sobre o problema e discutir estratégias de ação local para reduzir o número de mortes por suicídio e suas tentativas. Além disso, em 2009, a CNSM, em parceria com o GT, apoiou e participou do Ciclo de Debates Suicídio e Sociedade, durante a temporada do espetáculo “Ensaio sobre Suicídio” de Karl Marx, realizada pela companhia de teatro *Ensaio Aberto*, no Rio de Janeiro.

O Ministério da Saúde também participou de encontros internacionais em 2007, durante o II Congresso Latino Americano de Suicidologia, ocorrido em Belo Horizonte e, em 2009, no XXV Congresso Mundial de Prevenção do Suicídio, realizado em Montevideo, Uruguai.

Em 2008, o Ministério da Saúde firmou convênio com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES RS), com o objetivo de implantar a estratégia de prevenção do suicídio, como projeto piloto em municípios do RS. A proposta envolveu ações de sensibilização, capacitação, notificação e acompanhamento cuidadoso das pessoas que tentaram suicídio, realizadas em 2009 e 2010.

O aprimoramento dos instrumentos de notificação de casos de tentativas de suicídio e de mortes por suicídio também ocorreu nos últimos anos, o que permitiu a atualização dos dados epidemiológicos de mortalidade e morbidade e uma análise mais fidedigna da situação.

Em novembro de 2010, durante a XII Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, foi lançado o Manual de Prevenção do Suicídio voltado a profissionais da atenção básica. A expectativa é que esse Manual possa capacitar as equipes da atenção básica para trabalhar em rede na identificação dos fatores de risco e de proteção para o suicídio e no acompanhamento cuidadoso das pessoas que tentaram suicídio.

Essa gestão buscou articular a ENPS com as políticas e programas existentes, de forma a garantir a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado. O desafio para os próximos anos é implantar e consolidar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, atento às especificidades de cada região do país e das populações mais vulneráveis. É urgente que os novos gestores possam colocar o tema da prevenção do suicídio em sua agenda e construir planos de ação locais para enfrentamento do problema.

9.6 Estratégia Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Epilepsia

A epilepsia é uma condição neurológica freqüente, sendo o transtorno neurológico de maior prevalência no mundo. Atinge pessoas de todas as idades, sexo, raça e etnia, tendo maior prevalência em homens. Seu impacto é maior em países em desenvolvimento, devido à alta prevalência de desnutrição, doenças infecciosas, infecções parasitárias e complicações do parto. Nesses países, a situação também se agrava, pois muitos casos não são diagnosticados precocemente, trazendo prejuízos para a pessoa que apresenta epilepsia e seus familiares.

As pessoas que vivem com epilepsia são vítimas de *estigma, preconceito e exclusão*. Muitas passam a restringir o convívio com a família, os amigos e a comunidade em geral devido a sua

condição. A permanência na escola e o acesso ao trabalho também ficam prejudicados, devido ao desconhecimento, preconceito e estigma relacionados à epilepsia.

A prevalência no Brasil é de cerca de 1,4% da população geral, o que representa uma taxa bastante elevada, do ponto de vista epidemiológico. Em termos de saúde pública, o maior desafio é assegurar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce. Quando isso ocorre, seu tratamento é simples e eficaz, e os medicamentos necessários estão disponíveis no SUS.

A partir de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da CNSM, com o objetivo de garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce no SUS e a inclusão social das pessoas com epilepsia, buscou parceria com a Unicamp/Faculdade de Medicina, através do Prof. Li Li Min, responsável no Brasil pelo Projeto da OMS “Epilepsia Fora das Sombras”, e com a Liga Brasileira de Combate à Epilepsia, para a construção de uma estratégia nacional no SUS, com base nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde Mental. Segundo recomendação da OMS (Campanha Global), a abordagem da epilepsia deve ser feita através da articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária, sendo o componente mais especializado do cuidado (atendimento neurológico e neurocirúrgico) restrito aos casos mais complexos, que têm, felizmente, prevalência relativa bastante baixa (cerca de 5 a 9% do total de casos de epilepsia).

No período de 2007 a 2010, alguns avanços ocorreram: a CNSM discutiu e aprovou a proposta de formular uma política pública de saúde voltada para as pessoas com epilepsia junto à Câmara Técnica da CIT, em 2007; formulou, em parceria com a ASPE, diretrizes para instituir a Estratégia Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Epilepsia, com foco na prevenção, proteção, tratamento, reabilitação psicossocial e capacitação; aderiu à *Campanha Global Epilepsia Fora das Sombras*, que tem como tema "*Melhorar a aceitação, diagnóstico, tratamento, serviços e prevenção de epilepsia em todo o mundo*"; e, em 2010, lançou nota informativa sobre o tema no dia 9 de setembro, Dia Latino Americano de Atenção à Pessoa com Epilepsia, e convidou gestores, trabalhadores, usuários e familiares do SUS a debaterem sobre o tema.

A agenda para os próximos anos deve contemplar a publicação de Portaria, já pactuada com as instituições científicas, que institui a Estratégia de Atenção Integral à Pessoa com Epilepsia no SUS, com foco na prevenção, proteção, tratamento, reabilitação psicossocial e capacitação, bem como de cartilha voltada aos profissionais da atenção primária e da saúde mental.

9.7 Saúde Mental e Direitos Humanos

No período 2007-2010 foi fundamental o trabalho conjunto e integrado do Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. A promoção dos direitos humanos tem enorme importância no campo da saúde mental, sobretudo quando ainda existem espaços com privação de liberdade em instituições psiquiátricas convencionais.

Um dos grandes resultados desta parceria foi a construção do processo de realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, presidida pelo Ministério da Saúde com a colaboração direta da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (decreto de 29 de abril de 2010). Esta parceria, reproduzida localmente, nas etapas municipais e estaduais da IV CNSM-I, sem dúvida coloca as discussões, ações e rede de atenção em saúde mental em outro patamar, o da intersectorialidade.

Também em 2010, um grande avanço realizado neste Campo foi a Instalação do Comitê Executivo do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (NBDHSM), instituído pela Portaria interministerial 3.347, de 29 de dezembro de 2006.

O NBDHSM encontra no julgamento do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, no que ficou conhecido como o caso Damião Ximenes, um momento instituinte. Neste julgamento, o Estado Brasileiro assumiu a responsabilidade pela morte de Damião Ximenes. Entre outras ações reparatórias, o Brasil assumiu a garantia de não-repetição de casos como o deste paciente, morto na Casa de Repouso Guararapes, no estado do Ceará, em 1999. A instalação do Núcleo significa, assim, mais um avanço pela não-repetição de casos como este no Brasil⁵.

O NBDHSM enfrentou diversas dificuldades políticas e institucionais desde 2006, ano em que foi instituído por portaria, até a sua implementação efetiva. Somente no ano de 2010 encontrou condições políticas para sua implementação, aprovada e apoiada pela Plenária da IV CNSM-I. Com a instalação de seu Comitê Executivo, o NBDHSM passa a operar como um dispositivo misto (composto por representantes de órgãos governamentais, da sociedade civil e universidades) para garantir a não-repetição de violações de direitos humanos no campo da assistência à saúde mental no Brasil.

5 Sobre o caso Damião Ximenes, ver também: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006 - Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Recomenda-se a leitura da própria sentença da Corte Internacional da Costa Rica (disponível em www.saude.gov.br/saudemental), e o relato das determinações cumpridas pelo Estado brasileiro, no portal da Secretaria de Direitos Humanos (SDH).

Em novembro de 2010, o Comitê Executivo do NBDHSM acolheu, pela urgência, pertinência e relevância da situação, denúncia sobre o funcionamento da Unidade Experimental de Saúde de São Paulo (criada pelo Decreto Estadual 53.427/2008), em evidente desacordo com diversos princípios constitucionais e infraconstitucionais (lei 10.216 e ECA). Na mesma ocasião, o NBDHSM acolheu o caso dos crimes de morte cometidos nos últimos meses contra 32 moradores de rua da cidade de Maceió-AL, em sua maioria usuários de drogas. Nesta ocasião, assumiu como Secretária Executiva do Comitê Executivo do NBDHSM a Dr^a Tania Kolker.

As ações NBDHSM serão voltadas para a prevenção das violações de direitos humanos e a garantia de não-repetição dos casos comprovados e consistirão no recebimento de denúncias; na fiscalização do cumprimento da legislação nacional e internacional de saúde mental e direitos humanos nos serviços de saúde mental em geral e nas instituições de internação, custódia e detenção em particular; na capacitação de profissionais para ações de atenção aos afetados por violações; no apoio a pesquisas e a produção de informações qualificadas e na criação de um sistema nacional de informação sobre a situação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, incluídas as pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.

Prosseguindo na construção da parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos começaram também a ser construídas ações no marco das políticas reparatorias a afetados por violações dos direitos humanos. Com este objetivo está sendo elaborado um projeto piloto para a capacitação de profissionais da rede pública de saúde para a atenção dos afetados pela violência de Estado e seus familiares e foram realizados seminários no Brasil e na Argentina, em articulação com o movimento das *Madres de la Plaza de Mayo* e outros grupos de direitos humanos, para o intercâmbio de experiências clínicas na atenção desta população de afetados, com a participação de representantes dos governos dos dois países.

9.8 Saúde Bucal

A garantia do acesso à assistência odontológica de pessoas com transtorno mental também foi uma agenda prioritária nesta gestão.

A CNSM, considerando as especificidades e demandas dos usuários da rede de saúde mental do SUS e a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), discutiu e elaborou conjuntamente com a Coordenação de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, diretrizes para qualificar a assistência odontológica à pessoa com transtorno mental.

A proposta é que o Ministério da Saúde apoie estados e municípios na implantação de ações de Atenção Integral à Saúde Bucal, reestruturando a rede de saúde bucal dos municípios e oferecendo subsídios técnicos para a capacitação das equipes. Seu objetivo é garantir o acesso à assistência odontológica às pessoas com transtorno mental, por meio de ações de promoção, prevenção, manutenção, correção, tratamento e reabilitação, respeitando as necessidades e os direitos do usuário como cidadão.

As equipes de saúde mental e de saúde bucal (ESB) da Estratégia da Saúde da Família deverão atuar de forma articulada e co-responsabilizada pelo cuidado integral dos sujeitos, oferecendo apoio matricial e realizando iniciativas conjuntas, articulando-se com os CAPS, que encaminharão os casos e farão o monitoramento das ações de prevenção e tratamento dos usuários da rede de saúde mental e seus familiares.

Portaria conjunta entre Saúde Bucal e Saúde Mental, já elaborada pelas duas áreas, deverá ser publicada no primeiro semestre de 2011.

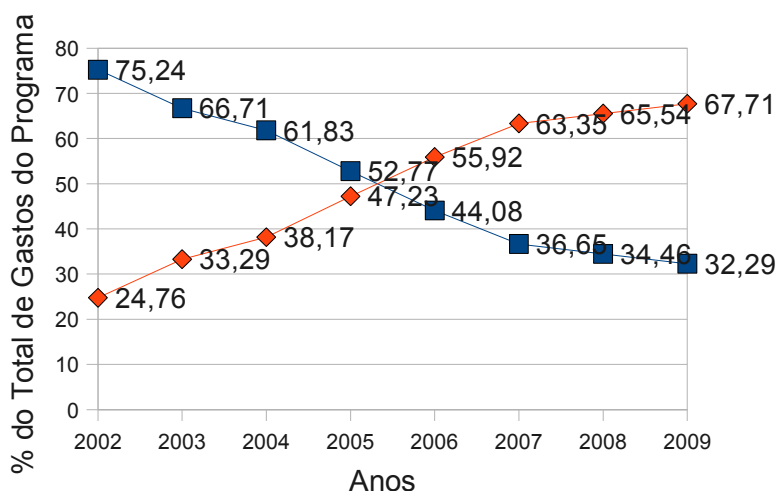
10. Gastos do Programa

Seguindo a tendência do período 2003-2006, os gastos Federais do Programa de Saúde mental no período 2007-2010 tiveram aumento real, sendo que a maior parte dos recursos foi aplicada em ações e programas comunitários e extra-hospitalares.

O ano de 2006 ficou marcado com um fato histórico – nele, pela primeira vez, os gastos federais extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental ultrapassaram os gastos do Programa com hospitais. Isto significou uma efetiva reorientação do financiamento, seguindo a mudança do modelo de atenção à saúde mental.

O período 2007-2010 deverá ficar marcado, por sua vez, pela consolidação desta tendência, com ampliação regular e real dos recursos e aumento do investimento nas ações extra-hospitalares. Em 2006, os gastos extra-hospitalares representavam 55,92% dos gastos totais. Ao final de 2009, estes gastos representam 67,71% dos gastos totais, ficando 32,19% para os gastos hospitalares.⁶

Gráfico 5 - Inversão da Proporção dos Gastos federais extra-hospitalares em relação aos gastos totais do Programa de Saúde Mental. Brasil. 2002-2009.



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas-MS

⁶ Os gastos do Programa no ano de 2010 só poderão ser totalizados a partir do segundo trimestre de 2011.

Tabela 8 - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009. Brasil.

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1,200.37	1329.24	1495,18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28,293.33	30,226.28	36,538.02	40,794.20	46,185.56	49,489.37	54,120.30	62,919,10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24,293.34	27,181.16	32,703.50	37,145.78	40,750.59	45,803.74	48,670.19	58,270,26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPs	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

Se calcularmos o *per capita* investido em saúde mental em cada ano e corrigirmos estes valores considerando a inflação, veremos que, de 2002 a 2009, os gastos da União com o programa cresceram cerca de 37%. Os investimentos de fato são indutores do novo modelo: enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu cerca de 269%, o investimento hospitalar decresceu cerca de 40%.⁷

Em relação aos gastos totais do Ministério da Saúde, os recursos do Programa de Saúde Mental continuam menores que o desejável, na proporção de cerca de 2,5% do total do orçamento do MS. É grande o desafio de aumentar estes recursos, num contexto geral de desfinanciamento do SUS.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico.

11. Tópicos Especiais

11.1 Produção de Conhecimento e Relação com a Política Científica

Em 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia, através do CNPq, lançaram o Edital Saúde Mental I (Edital MCT/CNPq/MS -SCTIE – DECIT/CT Saúde nº 7/2005), e apoiaram 21 projetos como parte de uma política estratégica de apoio à pesquisa na interface saúde mental/saúde pública.

Um dos produtos resultantes deste primeiro edital foi a publicação de um suplemento especial da Revista de Saúde Pública (Rev. Saúde Pública vol.43 supl.1 São Paulo ago. 2009), contendo artigos originais apresentando os principais resultados daquele conjunto de pesquisas.

A política de indução à pesquisa nesta interface também avançou no período 2007- 2010, com a publicação do Edital Saúde Mental II (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 033/2008), que aprovou 70 projetos de pesquisa num total de seis milhões de reais. Este edital contemplou as seguintes linhas de pesquisa:

A. Sistemas e Serviços de Saúde Mental:

A.1. *Saúde mental na Atenção primária* – com ênfase na investigação de estratégias de matriciamento, intervenção precoce e tratamento na atenção primária, de intervenções sociais para reduzir os riscos dos transtornos mentais e do custo-efetividade das intervenções para os transtornos mentais comuns.

A.2. *Desinstitucionalização e inclusão social* – com ênfase investigação da ampliação de acessibilidade ao tratamento; práticas terapêuticas inovadoras na desinstitucionalização; ações intersetoriais de inclusão social; métodos efetivos de intervenções na família e comunidade para ampliar os fatores de proteção dos portadores de transtornos mentais; qualificação da assistência farmacêutica em saúde mental; estratégias de intervenção para a redução do estigma e intervenções culturais e do perfil dos pacientes de longa permanência.

A.3. *Gestão e organização da atenção* – com ênfase na investigação de sistemas de informação e produção de indicadores de qualidade e cobertura, de custo-efetividade na redução da incapacidade e do absenteísmo entre pessoas com transtornos mentais e com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas; de acesso aos cuidados de saúde mental para populações em situação de rua, indígenas, idosos, população prisional e outros grupos vulneráveis; de atenção às

crises, urgência e emergência nos grandes centros urbanos; de tecnologias e metodologias inovadoras para educação permanente em saúde mental em todos os níveis de atenção; de barreiras à implantação de serviços de saúde mental em hospitais gerais, de intervenções intersetoriais eficazes para redução da violência nas suas diferentes formas e de metodologias de formação e qualificação das equipes de saúde mental. Ainda, foram estimulados estudos epidemiológicos para cálculo dos custos ocultos dos transtornos não tratados; estudos sobre psicopatologia e validade do diagnóstico dos transtornos mentais com vistas à reclassificação nosográfica para o CID-11, além de estudos sobre transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal, em especial entre adolescentes grávidas.

B. *Álcool e outras drogas* – com ênfase na investigação da efetividade de métodos de detecção e tratamento precoce, culturalmente apropriados, que possam ser implementados por não especialistas; da eficácia de intervenções breves para a prevenção do uso de álcool, especialmente adolescentes e adultos jovens; de estratégias intersetoriais mais efetivas para reduzir o consumo em grupos vulneráveis, especialmente adultos jovens e da intervenção sobre o problema do crack em regiões metropolitanas e municípios de grande porte.

C. *Crianças e adolescentes* – com ênfase na investigação de intervenções no manejo de transtornos mentais de crianças e adolescentes nos diversos dispositivos de cuidado; de intervenções sociais envolvendo os pais e cuidadores na primeira infância, de intervenções na atenção primária para detecção precoce dos transtornos mentais na infância; de intervenções de redes intersetoriais para infância, adolescência, em especial jovens em cumprimento de medidas sócio-educativas; do custo-efetividade de intervenções psicossociais baseadas nas escolas, incluindo crianças com necessidades especiais.

Em 2009, o Ministério da Saúde, com o objetivo de produzir mais informações científicas relacionadas ao consumo de crack no país, também financiou uma pesquisa para identificar o perfil dos usuários de crack no Rio de Janeiro, Macaé e Salvador. Esta investigação ainda está em desenvolvimento por pesquisadores das Universidades Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Bahia (UFBA) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e conta a participação de pesquisadores canadenses. Em 2010, também com o objetivo de aprofundar a investigação sobre a questão do crack no âmbito da saúde pública, foi lançado Edital – “Saúde Mental III” (Edital MCT/CNPq - SCTIE - Decit/CT Saúde no. 41/2010). Estas pesquisas serão desenvolvidas em 2011/2012.

Outra iniciativa consistiu na construção, em parceria com a Coordenação de Gestão do Conhecimento/DECIT/SCTIE e Datasus/MS, de uma proposta de Rede de Pesquisas em Saúde Mental e Saúde Pública (Rede Pq SaúdeMental), que possibilitará a discussão de projetos de investigação entre pesquisadores e gestores de saúde mental, de maneira colaborativa.

Em dezembro de 2010, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas participou de seminário promovido pelo DECIT/SCTIE/MS com a finalidade de promover a revisão da agenda de prioridades de pesquisa das 24 áreas definidas como sub-eixos principais da Agenda Nacional de Pesquisas para a Saúde (ANPPS). O objetivo deste processo é o de identificar quais temas já se encontram suficientemente contemplados pelos editais já desenvolvidos ou em andamento, e aqueles campos ainda carentes de melhor resposta investigativa.

É necessário destacar que cabe ao Ministério da Saúde assumir o protagonismo da construção desta agenda, em processo de pactuação afirmativo com as agências de financiamento de pesquisa, buscando transpor a evidente barreira que existe entre os centros de investigação e as demandas da política de pública de saúde.

A construção de consensos para esta agenda, em que as partes – saúde pública e agências de pesquisa – não abram mão de suas respectivas autonomias, mas se coloquem de fato em posição de pactuação criativa e aberta, é um dos mais importantes desafios para consolidar os avanços que a política de pesquisa no SUS obteve em todo o Governo Lula.

11.2 Avaliação dos Serviços

AVALIAR CAPS

O Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - AVALIAR CAPS – do Ministério da Saúde, tem como objetivos o levantamento de informação sobre os CAPS, possibilitando a caracterização dos serviços, o acompanhamento da rede, o aferimento da qualidade da assistência prestada e o desenvolvimento de indicadores. O Programa realizou três edições, em 2004/2005, 2006 e em 2008/2009.

O AVALIAR CAPS se caracteriza por ser não somente um Programa de pesquisa, mas também um instrumento de gestão, de indução da produção de informação nos serviços e uma oportunidade para fomentar uma atitude reflexiva nos serviços de saúde mental diante das práticas

cotidianas. O processo de avaliação tem como objetivo fornecer subsídios para a gestão (nacional, estadual e municipal), mas também possibilitar que cada unidade, ao responder o questionário, realize uma discussão coletiva sobre sua clínica e os modos de efetivar a atenção psicossocial no território.

No campo da Avaliação da Qualidade em saúde mental, é fundamental compreendermos que o processo avaliativo deve ser algo constante e permanente e que inclui nuances delicadas da clínica. Assim, o trabalho de assistência em saúde mental não pode ser traduzido em variáveis quantitativas precisas, como se fosse a revelação de um retrato sobre o cuidado realizado nos CAPS. A Avaliação deve chegar o mais próximo possível da realidade dos serviços, sendo capaz de delinear indicadores de qualidade, adequados à clínica da atenção psicossocial, e de produzir boas estimativas que traduzam a estrutura, o processo e o resultado dos serviços em atuação na rede de atenção em saúde mental.

O AVALIAR CAPS 2008/2009, tendo aplicado um instrumento de pesquisa em 1046 CAPS de todos os tipos e regiões do país, apontou que em termos de estrutura dos serviços é preciso melhorar muito, notadamente no que diz respeito aos Recursos Humanos - recurso mais precioso e necessário nos serviços de atenção psicossocial. Computador e acesso à internet estão presentes em apenas 50% dos serviços pesquisados - a oportunidade de registrar e reunir informações sobre a clientela e as ações do serviço em meio eletrônico, tornaria o CAPS mais conhecedor do conjunto de seus usuários e suas práticas, potencializando a reflexão sobre o cotidiano da assistência.

Em termos de processo, os resultados do AVALIAR CAPS 2008/2009 mostraram que a maioria dos serviços caminha na direção de uma clínica da atenção psicossocial aberta para o território, na busca de acompanhar o usuário em suas diversas situações de vida e com a expectativa de cumprir as diferentes missões dos serviços CAPS. É preciso, no entanto, intensificar e sistematizar as parcerias com outros serviços e setores, além das ações de geração de renda, para potencializar a qualidade de vida dos usuários a suas possibilidades de autonomia. O AVALIAR indica que se, por um lado, a relação com a atenção básica é entendida como importante pelos serviços, a estimativa da frequência do contato dos serviços com os profissionais da atenção básica não pode ser caracterizada como uma relação sistemática e de co-responsabilização pelos pacientes da saúde mental. Ainda precisamos avançar muito nesta direção.

Quanto aos resultados em relação às pessoas atendidas, o AVALIAR 2008/2009 indica que os CAPS estão cumprindo a sua missão: estão atendendo a clientela mais grave da saúde mental, assim como estão funcionando como referência de serviço em seu território. Em relação aos encaminhamentos realizados pelo CAPS, os dados apontaram para um grande fluxo de pessoas que

procuram o CAPS para avaliação do quadro e são encaminhadas para serviços que podem atender os casos considerados menos graves, como nos ambulatórios, por exemplo.

De forma geral, os dados do AVALIAR CAPS 2008/2009 permitem afirmar que se a rede CAPS têm problemas, e ela certamente os têm, ela parece caminhar na direção de uma nova clínica e de novas características para o trabalho da atenção psicossocial no SUS.

Veja o resultado de um levantamento de dados específico para os CAPSad no capítulo sete deste Relatório.

Outras avaliações da rede

Durante o período 2007-2010 vários esforços foram feitos por pesquisadores do campo da saúde pública para a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial. Alguns deles foram financiados pelo Ministério da Saúde e seus resultados podem ser consultados no suplemento “Retrato da Política de Saúde Mental no Brasil” da Rev. Saúde Pública, lançado em 2009. As avaliações de serviços, realizadas com o cuidado típico do campo da Avaliação de Qualidade, são decisivas para a identificação de problemas e para a qualificação das redes públicas de saúde.

11.3. Articulação Internacional

Termo de Cooperação Técnica Brasil-Paraguai

No ano de 2007, durante encontro de Coordenadores de Saúde Mental da América Latina, ocorrido em Luján, na Argentina, a Coordenação de Saúde Mental do Paraguai manifestou interesse em desenvolver um projeto de cooperação com Brasil, tendo como objetivo contribuir para o avanço das políticas públicas de saúde mental desses dois países por meio da troca de experiências e de debates. Formalizado como um Termo de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Paraguai (TCC), o projeto “A Política e Reforma de Atenção em Saúde Mental no Paraguai e Brasil” realizou diversas ações em 2009.

Consultores e colaboradores do Ministério da Saúde do Brasil participaram de Encontros Regionais de Saúde Mental do Paraguai para apresentar a gestores, trabalhadores, estudantes, usuários e familiares a Reforma Psiquiátrica Brasileira e experiências de saúde mental com boa

resolutividade. A Coordenação de Saúde Mental do Paraguai, por sua vez, participou da Xª Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental no Brasil. Além disso, representantes do Paraguai visitaram e realizaram estágios nos municípios de Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ, Niterói/RJ, Alegrete/RS e Joinville/SC.

Foram realizados programas de formação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental e saúde do Paraguai em 4 regiões do país, além de um fórum de âmbito nacional realizado em Assunção, em novembro de 2009.

O TCC foi muito bem avaliado pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai, Organização Panamericana de Saúde e profissionais dos dois países envolvidos, já que possibilitou a criação de um pacto e a definição de uma agenda comum envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental do Brasil e do Paraguai. Para dar continuidade ao projeto, um novo TCC está em fase de finalização, para execução no ano de 2011.

Reconhecimento Internacional

O período 2007-2010 foi especial no que se refere ao reconhecimento internacional dos esforços do governo e da sociedade brasileira pela mudança do modelo de atenção em saúde mental. Em 2007, a publicação científica inglesa *The Lancet* compilou uma série de artigos sobre a saúde mental e seus impactos em vários países, entre eles o Brasil. Os organizadores da série consideraram que, mesmo com dificuldades e falhas na implementação de um novo modelo de atendimento, o Brasil caminha decididamente para se tornar um referência na área de saúde mental, assim como é referência no campo da prevenção e tratamento da AIDS.

Também em 2007, foi finalizado o *WHO AIMS Report on Mental Health System in Brazil*, com informações colhidas através do *World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (Who-AIMS)*. As informações contidas neste relatório foram fundamentais para a divulgação dos dados reais da atenção à saúde mental no Brasil, e para o estabelecimento de bases para a comparação e avaliação dos Programas de Saúde Mental em outros países.

Ainda, no ano de 2010, o processo de mudança da atenção em saúde mental no Brasil foi reconhecido como modelo pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil foi convidado para fazer parte, com outros nove países, de um grupo que trabalha um conjunto de estratégias para a redução da lacuna de tratamento de transtornos mentais no mundo. O Plano de Ação Global para Ampliar o Acesso ao Tratamento em Saúde Mental (*Mental Health Gap Action Programme - mhGAP*), ao qual o Brasil aderiu, é uma estratégia global para diminuir a lacuna no acesso ao tratamento

para transtornos mentais, neurológicos e associados ao consumo prejudicial de drogas, proposta pela Organização Mundial da Saúde.

11.4 O Debate Político com as Corporações Profissionais

As divergências que opõem as entidades médicas – nomeadamente Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Federal de Medicina (CFM) e alguns Conselhos Regionais de Medicina (CRM) – e a gestão da PNSM do MS não se iniciaram neste quadriênio, porém ocorreu um acirramento inédito nos últimos anos. Alguns fatos exemplificam tal acirramento: a) em 2007, a ABP acionou o MS, através do Ministério Público Federal (MPF), para que o Ministério revisse ações da PNSM, especialmente no que diz respeito à aplicação de um parâmetro de leitos, vigente em 2002, pelo qual o SUS deveria ter 85.000 leitos psiquiátricos; b) a ABP fez campanha sistemática entre seus associados, através dos meios de divulgação da entidade, colocando-se em oposição radical à PNSM, além de ter divulgado esta posição em inúmeras iniciativas articuladas no Congresso Nacional; c) o CFM, em 2010, editou Resolução onde determina que “os serviços de saúde mental devem guiar-se pelas Diretrizes da Assistência Psiquiátrica da ABP”, em iniciativa que, na avaliação da CNSM, constitui medida que extrapola as funções daquele conselho profissional e busca limitar a autonomia constitucional do gestor público. Estes três fatos são listados aqui apenas como exemplos de uma situação política extremamente relevante, que é o fechamento dos canais de diálogo entre as entidades médicas e o MS no campo da saúde mental.

Durante o período, dirigentes da ABP foram recebidos diversas vezes pelo Ministro da Saúde, mas, apesar disto, não se conseguiu construir um processo aberto e menos acirrado de interlocução, necessária para ambas as partes. Em 2008, a ABP e o MS, em iniciativa conjunta e com participação e estímulo de interlocutores na área acadêmica, realizaram no Rio de Janeiro o Colóquio ABP-MS sobre a Política de Saúde Mental, com ampla participação de associados da ABP e gestores do SUS, e um esforço real de abertura de canal de diálogo. É importante registrar esta iniciativa, que faz justiça ao esforço comum de alguns dirigentes da ABP àquela época e gestores do SUS, mas que infelizmente não conseguiu ter prosseguimento.

Há vários pontos de divergência que se colocam neste contencioso, segundo a ABP: a própria adequação e efetividade dos CAPS, o processo de redução de leitos, a direção dos serviços, que deveria ser exercida apenas por médicos, e a presumida recusa do SUS em contar com psiquiatras (o que se contrapõe ao número expressivo, mais de 5.500, psiquiatras que trabalham no SUS), além de outros pontos.

Para os objetivos deste Relatório de Gestão, não cabe aqui discutir ponto a ponto as divergências, mas acatar o fato objetivo de que este contencioso tem prejudicado o funcionamento dos serviços de saúde mental no SUS, e criado um clima de animosidade, que é, ao juízo da CNSM, indesejável e desnecessário, entre a gestão do SUS e as entidades médicas, com conseqüências políticas para a gestão.

Existem, entre as entidades mencionadas e o MS, divergências reais e substantivas de concepção sobre a política pública de saúde mental e sua gestão. Entretanto, é impositivo seguir em um esforço de mediação e construção de canais de diálogo, em benefício do SUS, dos profissionais e da população atendida.

Também o Conselho Federal de Psicologia tem mantido uma posição permanente de crítica à gestão da PNSM, especialmente no que se refere à reivindicação, vocalizada pelo Conselho, de um diálogo regular com os movimentos sociais. Outro ponto de divergência foi quanto à constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, iniciativa a que a entidade se opôs. A crítica à gestão é um direito das entidades profissionais, e deve ser referido com clareza que a oposição política do CFP é de natureza e forma diferentes daquela das entidades médicas, uma vez que o CFP manifestamente apóia as diretrizes da PNSM e da Reforma Psiquiátrica.

11.5 Representação da Reforma Psiquiátrica na Imprensa e Opinião Pública – Desafios

Um dos fenômenos relevantes do quadriênio foi a intensificação de matérias negativas sobre a PNSM na imprensa, em especial quando o tema era o *crack* (mas não apenas neste aspecto). A repercussão de audiências públicas e relatórios do Congresso Nacional (como o Relatório Germano Bonow – DEM/RS, divulgado em dezembro de 2010), e longas reportagens sobre problemas de saúde mental, onde freqüentemente se associavam as dificuldades descritas “à política do Ministério da Saúde de fechamento de leitos”, acabaram por constituir um cenário desfavorável à RPb nos meios de comunicação de massa. A manifestação freqüente das entidades médicas e setores da Universidade contrários à PNSM também desempenha aqui um papel importante. Verifica-se uma aparente mudança de tendência editorial, pela qual poucas vezes as experiências bem-sucedidas são matéria de abordagem jornalística (como ocorria até pouco tempo, na mídia em geral, com os CAPS, De Volta para Casa, geração de renda, iniciativas culturais e outros acontecimentos da Reforma Psiquiátrica).

A forma de abordagem sensacionalista sobre o grave problema do crack também tem contribuído para este cenário menos favorável.

As pressões de corporações e profissionais, parlamentares contrários, setores da Universidade, e matérias negativas na imprensa, acabam por inibir o próprio SUS, em seus diversos âmbitos, de defender e divulgar os pontos positivos da PNSM, e realizar um debate mais qualificado dos problemas existentes.

Compete ao SUS e seus pares intersetoriais, em parceria com Universidades, movimentos sociais e entidades da sociedade civil, produzir ações, estudos e documentos que, sem minimizarem os problemas reais que a rede de atenção psicossocial enfrenta, possam produzir uma reversão desta aparente tendência dos meios de comunicação.

É importante abrir ampla e intensamente o debate crítico e aprofundado sobre a PNSM, com entidades do próprio SUS (como CONASS, CONASSEMS, CNS e demais conselhos), universidades, movimentos sociais, partidos políticos, usuários e familiares, organizações não-governamentais, jornalistas e editores de jornais/rádio/TV/portais.

12. Anexos

Atos Normativos do campo da saúde mental no período:

2007

- **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007** - Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.
- **Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007** - Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.
- **Portaria nº 3.211 de 20 de dezembro de 2007** - Institui Grupo de Trabalho sobre a atenção aos portadores de autismo na rede pública de saúde, que deve apresentar o diagnóstico da situação atual da atenção ao autismo e uma proposta contendo medidas para ampliação do acesso e qualificação da atenção.
- **Portaria nº 3.237/GM de 24 de dezembro de 2007** - Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.

2008

- **Lei 11.705, de 19 de junho de 2008** - Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.
- **Decreto 6488 de 19 de junho de 2008** - Regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito.
- **Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008** – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. A portaria recomenda que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

- **PT GM 1899, de 11 de setembro de 2008** - Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais, destinado a elaborar diagnóstico da atual situação da implantação dos leitos e sugerir medidas e estratégias para a expansão e qualificação desses leitos.
- **PT GM 1954, de 18 de setembro de 2008** - Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial (bolsa do Programa De Volta para Casa), instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

2009

- **PT GM 1190, de 4 de junho de 2009** - Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
- **Portarias 1195, 1196, 1197 e 1198, de 4 de junho de 2009** - Estabelecem novos recursos a serem incorporados ao teto financeiro anual do bloco de atenção de média e alta complexidade de 9 Estados e 111 Municípios para o custeio de Centros de Atenção Psicossocial.
- **Portaria GM 2.629, de 28 de outubro de 2009** – Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção à saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração.
- **Portaria GM 2.644, de 28 de outubro de 2009** - Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos, cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências.

2010

- **Portaria Conjunta nº 6 de 17 de setembro de 2010 (MS e MEC)** – Institui no âmbito do Programa de Educação pelo trabalho (PET- Saúde), o PET- Saúde/Saúde Mental.
- **Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010** - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPSad III.
- **Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010** - Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR-ad.

- **Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010** - Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
- **Portaria SAS nº 481, de 20 de setembro de 2010** - Inclui na Tabela de Tipo de Estabelecimento do SCNES os Subtipos de Estabelecimentos CAPS ALCOOL E DROGAS III - MUNICIPAL e CAPS ALCOOL E DROGAS III – REGIONAL.
- **Portaria nº 480, de 20 de setembro de 2010** - Inclui, na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do sistema único de saúde, os procedimentos de tratamento a pacientes que fazem uso de cocaína e derivados com e sem comorbidade em hospital de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - por dia.
- **Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária** - Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.
- **Resolução nº 113 de 20 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça** - Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências

No período 2007-2010, fizeram parte da equipe de saúde mental do Ministério da Saúde:

Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador

Alfredo Schechtman – Assessor Técnico

Ana Carolina da Conceição – Estagiária, depois Assessora Técnica

Ana Lucia Ferraz Amstalden – Assessora Técnica

Auta Mariluz Rodrigues Bonetti – Apoio Administrativo

Carolina Magalhães Figueira – Apoio Administrativo

Cleide Aparecida Souza – Secretária

Fábulo Sousa Araújo - Estagiário

Francisco Cordeiro – Assessor Técnico

Giovanna Quaglia – Assessora Técnica

Giselle Mendonça de Jesus - Secretária

Giselle Sodrê de Souza Santos – Estagiária, depois Assessora Técnica

June Correa Borges Scafuto – Assessora Técnica

Katia Galbinski – Assessora Técnica

Karime da Fonseca Porto – Assessora Técnica

Lenimar Ferreira Caetano - Apoio Administrativo

Karine Dutra Ferreira da Cruz - Assessora Técnica

Kelly Costa e Silva – Estagiária

Luciana Rafaela Araújo da Silva – Estagiária

Milena Leal Pacheco – Assessora Técnica

Marcelo Kimati – Consultor, depois Assessor Técnico

Márcia Totugui - Assessora Técnica

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann - Assessora Técnica

Mayara Soares dos Santos – Estagiária

Miriam Di Giovanni - Assessora Técnica

Moema Belloni Schimidt – Assessora Técnica

Renata Weber Gonçalves - Assessora Técnica

Rubia Cerqueira Persequini - Assessora Técnica

Samara Fernandes Castro – Apoio Administrativo

Soraya Silva de Menezes – Estagiária

Taciane Pereira Maia Monteiro – Assessora Técnica

Tania Maris Grigolo – Assessora Técnica

Thamires Alves – Estagiária

Consultores

Adriana Caldeira

Ana Maria Fernandes Pitta

Augusto Cesar de Farias Costa

Cristina Maria Duarte Loyola

Décio de Castro Alves

Denise Doneda

Domingos Sávio do Nascimento Alves

Elisangela Onofre de Souza

Maria Elizabete Carvalho Freitas

Maria Fernanda de S. Nicácio
Fernando Sfair Kinker
Flávio Resmini
Florianita Coelho Braga Campos
Juarez Furtado
Luciano da Fonseca Elia
Madalena Amado Libério
Marcela Adriana S. Lucena
Marcelo Santos Cruz
Maria do Rosário da Costa Ferreira
Maria Cristina Ventura Couto
Mirian Gracie Plena
Neury Botega
Políbio José de Campos Souza
Roberto Tykanori
Rodrigo Chaves Nogueira
Sandra Maria Sales Fagundes
Tarcísio Matos Andrade
Tania Kolker
Maria Tereza Melo Moneratt

Foram importantes interlocutores neste período:

Paulo de Tarso Vannuchi
Carmem Silveira de Oliveira
Paul Singer
Benedetto Saraceno

Ademar Arthur Chioro
Aldo Zaiden
Ana Cristina Figueiredo
Ana Luíza Aranha
Ana Raquel Santiago
Antônio Lancetti
Antônio Nery Filho
Arlete Sampaio
Benilton Bezerra
Cláudio Maierovitch
Dartiu Xavier
Débora Diniz
Edmar Oliveira
Eduardo Passos
Eduardo Vasconcelos
Elias Antônio Jorge
Elisabete Mângia
Erotildes Leal
Fabíola Sulpino Vieira
Fernando Ramos
Fred Maia
Gastão Wagner de Souza Campos

Geo Britto
Geraldo Peixoto
Gilda Carvalho
Gilson Carvalho
Graham Thornicroft
Ileno Izídio da Costa
Itzhak Levav
João Ferreira da Silva Filho (in memoriam)
Li Li Min
Liliane Penello
Luciane Kantorski
Luís Fernando Tófoli
Luiz Odorico Monteiro
Miriam Dias
Mirsa Dellosi
Neli Almeida
Paulo Delgado
Políbio de Campos
Regina Viola
Rosana Onocko
Rossano Lima
Sérgio Levcovitz
Simone Chandler
Sônia Barros
Susana Robortella
Thereza de Lamare
Vikram Patel

**Apoiaram a realização da IV CNSM-I
(Alunos da Residência Multiprofissional de Saúde Mental de Porto Alegre):**

Bárbara Leite
Gabriel Alves
Paula Filippon

Reconhecemos a importante contribuição neste período:

Do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;
Do Comitê de Assessoramento à Política de Redução de Danos no SUS;
Do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil;
Do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental;
Dos participantes do Grupo de Trabalho sobre Demandas dos Usuários e Familiares da Saúde Mental;
Dos participantes do Grupo de Trabalho sobre Autismo no SUS;
Dos participantes do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária;
Dos participantes do Grupo de Trabalho de Saúde Mental em Hospitais Gerais;

Composição do Colegiado Nacional Ampliado de Coordenadores de Saúde Mental (PT GM 3796/10):

I – Secretaria de Atenção à Saúde /MS: 1 representante:

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará;

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 representantes;

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 representantes;

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS 1 representante;

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS: 1 representante;

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS: 5 representantes;

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 representante observador;

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 representante;

IX - Ministério da Justiça: 1 representante;

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho e Emprego: 1 representante;

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: 1 representante; e

XII - Ministério da Cultura: 1 representante

XIII - Ministério da Educação: 1 representante.

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
DAPES/SAS/MS
SAF/SUL Edifício Premium trecho 2 lote 05/06, Bloco F Torre II sala 13
Brasília-DF, 70.070-600

Contatos

Fone Geral: (61) 3306.8144
Fax (61) 3306-8143/3315-8122

Endereços Eletrônicos

Geral - saudemental@saude.gov.br
CAPS - caps.saudemental@saude.gov.br
Saúde Mental e Atenção Básica - ab.saudemental@saude.gov.br
Supervisão Clínico Institucional e Escola de Supervisores - supervisao.mental@saude.gov.br
Cooperativismo e Inclusão Social pelo trabalho - cooperativismo.sm@saude.gov.br
Escola de Redutores de Danos - erd.saudemental@saude.gov.br
Casa de Acolhimento Transitório - cat.saudemental@saude.gov.br

Equipe

Pedro Gabriel Delgado – Coordenador (até 27/01/11)
Karime Fonseca Porto – Coordenadora Adjunta
Alfredo Schechtman – Coordenador Substituto

Assessores Técnicos

Ana Carolina da Conceição
Ana Lucia Ferraz Amstalden
Francisco Cordeiro
Giselle Sodré de Souza Santos
June Correa Borges Scafuto
Karine Dutra Ferreira da Cruz
Milena Leal Pacheco
Marcelo Kimati
Márcia Totugui
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann
Miriam Di Giovanni
Renata Weber Gonçalves
Rúbia Cerqueira Persequini
Taciane Pereira Maia Monteiro
Tânia Maris Grigolo

Apoio Administrativo

Cleide Aparecida Souza – Secretária
Samara Fernandes Castro – Apoio Administrativo

Estagiárias

Kelly Costa e Silva
Luciana Rafaela Araújo da Silva
Mayara Soares dos Santos
Soraya Silva de Menezes
Thamires Alves

Edição fechada em 27/01/2011