

Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas

Brasília, novembro de 2005

Ministério da Saúde

Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil

Brasília, novembro de 2005

Ministério da Saúde

Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas

Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Índice

I - A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Política de Saúde Mental do SUS	6
O processo de Reforma Psiquiátrica	6
Histórico da Reforma: (I) crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991).....	7
Histórico da Reforma: (II) começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000).....	8
A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)	8
A III Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação de usuários e familiares	9
II - O processo de desinstitucionalização.....	10
Redução de leitos	10
A avaliação anual dos hospitais e seu impacto na reforma	13
As residências terapêuticas.....	14
O Programa de Volta para Casa	16
A estratégia de redução progressiva a partir dos hospitais de grande porte.....	17
Algumas situações exemplares: Campina Grande	20
Manicômios Judiciários: um desafio para a Reforma	21
Redução de leitos: cenários possíveis de médio e longo prazo.....	22
III - A rede de cuidados na comunidade	23
Importância dos conceitos de rede, território e autonomia na construção da rede de atendimento.....	23
Rede e Território	24
O papel estratégico dos CAPS	25
Saúde Mental na atenção primária: articulação com o programa de saúde da família	31
A rede de saúde mental para a infância e adolescência.....	33
IV - Saúde Mental e Inclusão social: a rede se amplia	34
Programa de inclusão social pelo trabalho	34
Centros de Convivência e Cultura: uma proposta em debate.....	36
A participação dos familiares e usuários dos serviços e seu protagonismo	37
V- A política de álcool e outras drogas	38
Antecedentes: a omissão histórica da saúde pública.....	38
Tabela 7 – Epidemiologia no Brasil: uso e dependência de outras drogas por gênero	40
A organização da rede de atenção	40
Estratégias para redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial	41
VI - Os principais desafios da Reforma Psiquiátrica	42
Acessibilidade e equidade	42
Formação de Recursos Humanos	43
O debate cultural: estigma, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, papel dos meios de comunicação.....	44
O debate científico: evidência e valor	44
Anexos.....	46
Referências	51

I - A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Política de Saúde Mental do SUS

O processo de Reforma Psiquiátrica

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Nas páginas seguintes, fazemos o esforço de descrição dos principais componentes da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com destaque para o processo de delineamento progressivo da política de saúde mental do Ministério da Saúde, alinhada com os princípios da Reforma.

Histórico da Reforma: (I) crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991)

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

Histórico da Reforma: (II) começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III

Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos : a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental.

Tabela 1- Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte : Ministério da Saúde

A III Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação de usuários e familiares

Merece destaque a realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dispositivo fundamental de participação e de controle social, a III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada logo após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional é realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001. As etapas municipal e estadual envolvem cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, e a etapa nacional conta com 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde.

Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (ver “Relatório Final da III Conferência”).

II - O processo de desinstitucionalização

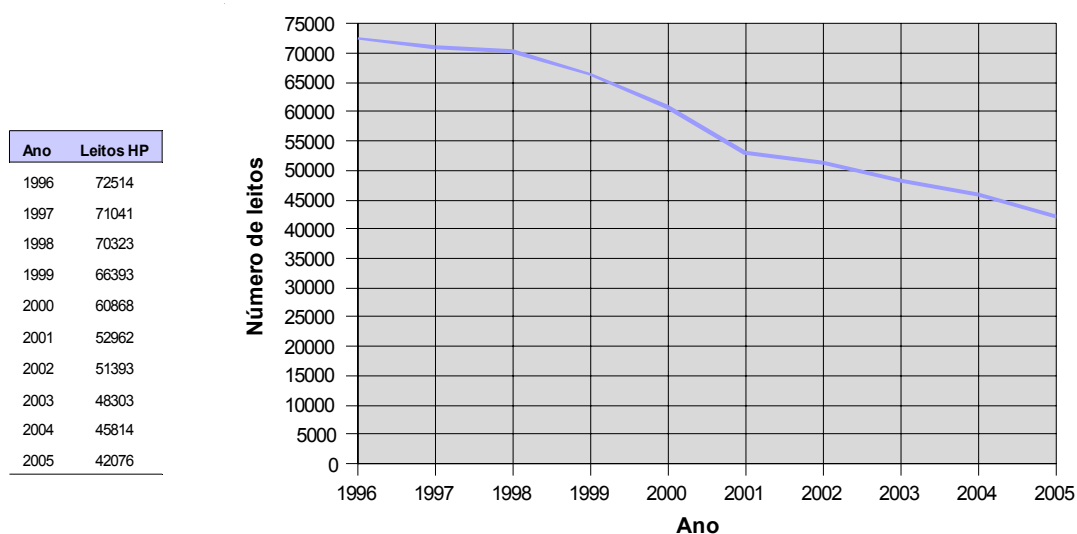
Redução de leitos

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na

sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

O gráfico abaixo ilustra o processo de redução de leitos da segunda metade da década de 90 até agora:

Gráfico 1 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005)



Assim, a distribuição dos atuais 42.076 leitos psiquiátricos no Brasil ainda expressa o processo histórico de implementação nos estados de um modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. Esta oferta hospitalar, em sua maioria de leitos privados (58% dos leitos em psiquiatria), concentrou-se historicamente nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. Assim,

¹ O total de leitos anual não inclui leitos psiquiátricos de Hospitais Gerais e leitos do sistema penitenciário. Observe-se que há mudança na base de dados a partir do ano de 2002.

configuram-se como estados de grande tradição hospitalar e alta concentração de leitos de psiquiatria, os estados da Bahia e Pernambuco (na Região Nordeste do Brasil), Goiás (no Centro-Oeste), Paraná (na região Sul) e São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (na região Sudeste). A região Sudeste, como grande centro histórico de desenvolvimento do país, sedia cerca de 60% dos leitos de psiquiatria no país.

Tabela 2 – Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos.

Unidade Federativa	Leitos Psiquiátricos	Hospitais Psiquiátricos	% do Total de Leitos Psiquiátricos SUS
Região Norte			
Amazonas	126	1	0,3
Acre	53	1	0,13
Amapá	0	0	0
Pará	56	1	0,13
Tocantins	160	1	0,38
Roraima	0	0	0
Rondônia	0	0	0
Subtotal Região Norte	395	4	0,64
Região Nordeste			
Alagoas	880	5	2,09
Bahia	1633	9	3,88
Ceará	1120	8	2,66
Maranhão	822	4	1,96
Paraíba	801	6	1,91
Pernambuco	3293	16	7,83
Piauí	400	2	0,95
Rio Grande do Norte	819	5	1,95
Sergipe	380	3	0,9
Subtotal Região Nordeste	10.148	58	24,13
Região Centro-oeste			
Distrito Federal	74	1	0,18
Goiás	1303	11	3,1
Mato Grosso	117	2	0,28
Mato Grosso do Sul	200	2	0,48
Subtotal Região Centro-Oeste	1.694	16	4,04
Região Sudeste			
Espírito Santo	620	3	1,47
Minas Gerais	3052	21	7,26
Rio de Janeiro	8134	41	19,35
São Paulo	13634	58	32,34
Subtotal Região Sudeste	25.440	123	60,42
Região Sul			
Paraná	2688	17	6,39
Rio Grande do Sul	911	6	2,17
Santa Catarina	800	4	1,9
Subtotal Região Sul	4.399	27	10,46
Brasil	42.076	228	100

Fonte : Ministério da Saúde

Nos últimos três anos, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospital psiquiátrico. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários

hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos.

A avaliação anual dos hospitais e seu impacto na reforma

Entre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, está o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. Trata-se da instituição, no Brasil, do primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos. Se a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil é recente, mais recente ainda são seus processos de avaliação.

É importante ressaltar que a tradição de controle e avaliação anterior ao PNASH-Psiquiatria ancorava-se em dois mecanismos: as supervisões hospitalares, realizadas por supervisores do SUS, de alcance limitado, e as fiscalizações ou auditorias que atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades. É a partir da instituição do PNASH/Psiquiatria que o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao Sistema Único de Saúde passa a ser sistemático e anual, e realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo.

Fundamentado na aplicação, todos os anos, em cada um dos hospitais psiquiátricos da rede, de um instrumento de coleta de dados qualitativo, o PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação, a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar.

Este instrumento 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 *revistoria*; e aqueles de *baixa qualidade*, encaminhados para o *descredenciamento* pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população.

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O PNASH vem conseguindo nos últimos três anos vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população.

O processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria. Em muitos estados e municípios, o PNASH/Psiquiatria exerceu a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da conseqüente expansão da rede extra-hospitalar. Em permanente aprimoramento, o PNASH/Psiquiatria ainda exerce um impacto importante no avanço da Reforma Psiquiátrica em municípios e estados com grande tradição hospitalar.

As residências terapêuticas

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não.

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo residências, cada casa deve ser

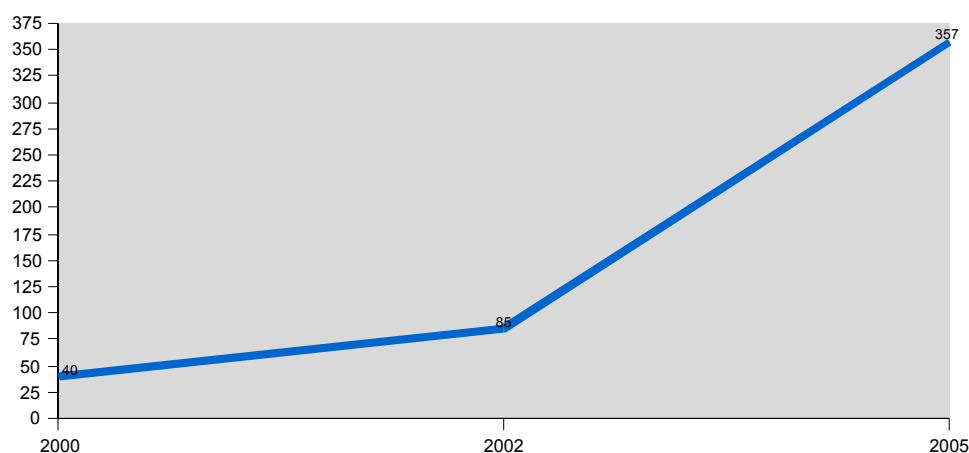
considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores.

Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de moradia.

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos.

A rede de residências terapêuticas conta hoje com 357 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2850 moradores. A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, são alguns dos componentes para a expansão deste rede, que contava em 2002 com apenas 85 residências em todo o país. Esta rede deverá experimentar ainda nos próximos anos grande expansão. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 12.000 pessoas poderão se beneficiar dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Gráfico 2 – Expansão das Residências Terapêuticas entre os anos 2000 e 2005



Fonte : Ministério da Saúde. Dados de 2005 colhidos até outubro de 2005.

O Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Assim, cada beneficiário do Programa recebe um cartão magnético, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos. O município de residência do beneficiário deve, para habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar

uma resposta efetiva às demandas de saúde mental. A cada ano o benefício pode ser renovado, caso o beneficiário e a equipe de saúde que o acompanha entendam ser esta uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação.

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. A implementação do Programa, no entanto, não se dá sem dificuldades.

Além do esperado desafio da mudança efetiva do modelo de atenção à saúde mental nos estados e municípios, o Programa de Volta para Casa enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. A grande maioria dos potenciais beneficiários, sendo egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, não possuem a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. Muitos não possuem certidão de nascimento ou carteira de identidade. O longo e secular processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, além dos modos de funcionamento típicos das instituições totais, implicam muitas vezes na ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania.

Este é ainda um desafio para a consolidação do Programa, que vem sendo enfrentado através da parceria entre o Ministério da Saúde, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, para restituir o direito fundamental de identificação e garantir o direito destas pessoas ao auxílio-reabilitação do Programa de Volta para Casa. Desta forma, verdadeiros “mutirões da cidadania” vêm se estruturando nos municípios para garantir a identificação tardia destas pessoas, num processo fundamental de inclusão social e garantia dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, desafio primeiro da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Atualmente 1747 pessoas já recebem o auxílio-reabilitação. Até o final de 2006, cerca de 3000 usuários poderão ser beneficiados pelo Programa.

A estratégia de redução progressiva a partir dos hospitais de grande porte

Aprofundando as estratégias já estabelecidas para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e para o incremento dos serviços extra-hospitalares, o Ministério da Saúde aprova em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). A principal estratégia do Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos, muitas vezes hospitais-cidade, com mais de mil leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Assim, são componentes fundamentais do

programa a redução do peso assistencial dos hospitais de maior porte, e a pactuação entre os gestores do SUS – os hospitais e as instâncias de controle social – da redução planejada de leitos, evitando a desassistência. 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 concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

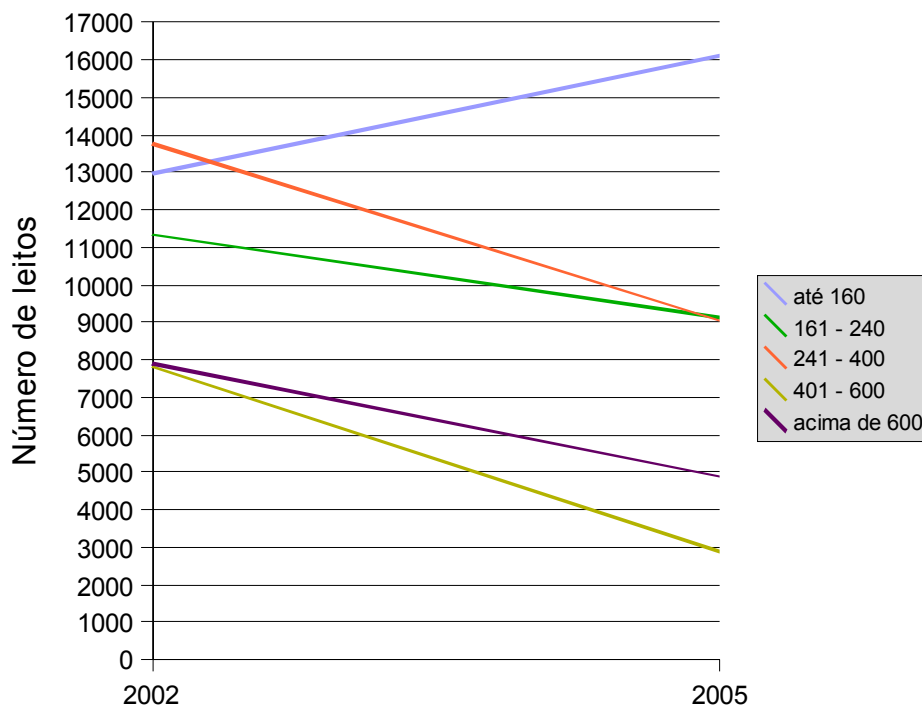
Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos). Ao mesmo tempo, garante-se que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais. Este processo, com ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

Na mesma direção estratégica, o Programa recompõe as diárias hospitalares em psiquiatria. Assim, a partir do Programa, passam a vigorar diárias hospitalares compostas e diferenciadas para os hospitais, levando-se em conta o seu porte (classe), a qualidade do atendimento avaliada anualmente pelo PNASH/Psiquiatria e a redução de leitos efetivada. Desta forma, recebem incentivos financeiros, através de novos valores de diárias hospitalares, aqueles hospitais que efetivam a redução de leitos, reduzindo o seu porte, e qualificam o atendimento prestado, verificado pelo PNASH/Psiquiatria. Assim, passam a ser melhor remunerados pelo SUS todos os hospitais que reduzem leitos e que melhoram a qualidade de atendimento, aferida pelo PNASH/Psiquiatria. A partir do Programa, a recomposição das diárias hospitalares passa a ser uma ferramenta da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento em psiquiatria no SUS.

O Programa também busca garantir que os recursos que deixem de ser utilizados nos hospitais, com a progressiva redução de leitos, permaneçam no campo das ações de saúde mental e sejam direcionados para os equipamentos da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, busca-se garantir o incremento das ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros.

A condução deste processo, crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, exige negociações e pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e controle social. O cenário privilegiado desse denso progresso de negociação são as “comissões intergestores” bipartite (municípios e estados) e tripartite (Ministério da Saúde, estados e municípios) e os Conselhos Comunitários de Saúde. Na verdade, tais pactuações devem conduzir de forma responsável o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais longamente internadas, e não somente a redução programada de leitos. Assim, para cada redução significativa de porte de um hospital, deve haver, além do incremento da rede de atenção local à saúde mental, um trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação, e a implementação de ações específicas para esta clientela. Neste contexto, a implantação de Residências Terapêuticas e adesão do município ao Programa De Volta para Casa têm se revelado como estratégias importantes para a efetivação do processo de desinstitucionalização.

Gráfico 3 – Migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, sem criação de novos leitos ou novos hospitais (2002-2005).



Fonte : Ministério da Saúde. PRH / Coordenação Geral de Saúde Mental

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS nasce como um mecanismo de gestão do processo de redução de leitos psiquiátricos no país. Aliado ao PNASH/Psiquiatria, este mecanismo reafirma a diretriz política do Ministério da Saúde na direção da redução progressiva de leitos psiquiátricos e pela melhor qualidade da assistência prestada às pessoas com transtornos mentais. De janeiro de 2004 a maio de 2005, o Programa desativou cerca de 2000 leitos. O Ministério da Saúde espera ter reduzido, até o final de 2006, 3.000 leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte.

Algumas situações exemplares: Campina Grande

Em muitos municípios do país, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas vem produzindo mudanças importantes na rede de saúde e especialmente na rede de atenção à saúde mental. O Município de Campina Grande, no estado da Paraíba, vem experimentando este processo de mudança. Situado no interior do estado e com uma população aproximada de 372.000 habitantes, o município respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região através de dois hospitais psiquiátricos, o Hospital João Ribeiro e o Hospital Dr. Maia, ambos de médio porte. Após reiteradas avaliações negativas do PNASH/Psiquiatria, começa a tomar curso o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro e de descredenciamento do serviço da rede SUS.

Através de sucessivas negociações entre o gestores federal, estadual e municipal, o hospital e o controle social, passa a desencadear-se, a partir de 2004, a reorganização dos serviços disponíveis, a implantação de serviços substitutivos no município e na região e a desinstitucionalização dos pacientes. Com a entrada de um interventor no hospital, são realizadas avaliações dos pacientes e traçados planos terapêuticos individuais. Torna-se imprescindível então a criação de um fórum de discussão e construção coletiva de soluções. Realiza-se então o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica (reunindo os 3 estados vizinhos, Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco), que avalia a situação da assistência nos municípios e traça planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares. O Núcleo de Formação para a Reforma Psiquiátrica é definitivamente estabelecido na região. Os vários municípios do entorno de Campina Grande

passam a responsabilizar-se por seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios. Campina Grande é habilitada no Programa de Volta para Casa e passa a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de CAPS e Residências Terapêuticas. Inicia-se a articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU). Um concurso público é realizado para a contratação de profissionais para os serviços substitutivos.

Hoje, dos 176 pacientes do Hospital, 38 encontram-se em um Centro de Referência em Saúde Mental (unidade provisória, implementada para substituir as péssimas condições do Hospital João Ribeiro). Todos os outros já se encontram referenciados aos novos serviços substitutivos implementados (3 Residências Terapêuticas), e aos CAPS do município ou da região. Em cerca de um ano, Campina Grande mudou radicalmente sua rede de atenção à saúde mental e investe em novos serviços na região, em benefício dos direitos dos pacientes.

Durante este período, o processo de desinstitucionalização e de redução de leitos em Campina Grande mobiliza os gestores do SUS para a construções de novas soluções para as demandas de saúde mental da região, mobiliza a comunidade local para a Reforma Psiquiátrica e muda efetivamente a qualidade de vida e da assistência prestada em saúde mental à população.

Processos como este vêm se desenvolvendo em vários municípios do país e construindo soluções muitas vezes únicas para a assistência na sua região. Não há dúvida que os mecanismos instituídos para a redução de leitos e melhora da qualidade na assistência são muitas vezes os desencadeadores do processo complexo de transição para um modelo comunitário de atenção à saúde mental. Barbacena (MG), Feira de Santana (BA), Carmo e Paracambi (RJ) são outros exemplos de “cidades manicomialis” que vêm mudando seu rosto e construindo uma psiquiatria no território, através de rede diversificada de serviços.

Manicômios Judiciários: um desafio para a Reforma

A Reforma psiquiátrica brasileira há muito discute o mandato social da psiquiatria e modifica com responsabilidade a prática asilar. É relativamente recente, no entanto, a discussão do manicômio judiciário, duplo espaço de exclusão e violência. Estima-se que 4.000 cidadãos brasileiros estejam hoje internados compulsoriamente nos 19 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Manicômios Judiciários em funcionamento no país. Estes hospitais, não sendo geridos pelo Sistema Único de Saúde, mas por órgãos da Justiça, não estão submetidos às normas gerais de funcionamento do SUS, ao PNASH/Psiquiatria (com única exceção dos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro), ou ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica. São freqüentes as denúncias de maus tratos e os óbitos nestes estabelecimentos.

No ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis, isto é, isentas de pena. Estas pessoas são submetidas, no entanto, à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, através da internação, da pessoa acometida de transtornos mentais que cometeu um crime ou uma infração. A publicação da lei 10.216, assim como as resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental, vêm fomentando, no entanto, de forma inequívoca, a mudança das práticas na assistência ao louco infrator.

O exame crítico e intersetorial dos conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade, e a busca da superação do modelo de tratamento/custódia, através da articulação entre os atores da saúde e justiça são componentes desta mudança. O Ministério da Saúde desde então vem apoiando experiências interinstitucionais extremamente bem sucedidas, que buscam tratar o louco infrator fora do manicômio judiciário, na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial.

Supera-se, nestas experiências, a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes, e a rede extra-hospitalar de saúde mental, com seus dispositivos como os CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios e Centros de convivência, passa a ser convocada para oferecer tratamento a estes cidadãos, antes excluídos da rede SUS. Este processo, ainda em curso, não se dá sem dificuldades. A construção de novas práticas para um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde, encontra resistência na rede de atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede SUS em geral, nas comunidades de origem dos pacientes e nos órgãos de justiça, que, não raro, sugerem a reinternação de pacientes em manicômios judiciários mesmo na ausência de novo delito.

Desta forma, muito embora o processo de desinstitucionalização destas pessoas esteja em curso em alguns estados, o sucesso do controle da porta de entrada do manicômio judiciário é ainda eventual e não existem ainda medidas para realizar uma redução programada de leitos/vagas. No entanto, ainda que embrionária, a nova prática nestes estados já começa a construir o espaço para o louco infrator nas ações do Sistema Único de Saúde, inclusive no Programa de Volta para Casa. Trata-se de um passo fundamental sobretudo para a luta pela garantia à assistência, à saúde pública e de qualidade e à proteção aos Direitos Humanos de um grupo social que há séculos é vítima de exclusão e preconceito.

Redução de leitos: cenários possíveis de médio e longo prazo

Estima-se que, até o final de 2006, os 6 macro-hospitais remanescentes tenham todos reduzido significativamente seu leitos, para menos que 600 leitos. A redução global estimada é da

ordem de 2.500 a 3.000 leitos ao ano, sempre dos maiores para os menores hospitais. Assim, pode projetar-se um cenário de menos de 30.000 leitos psiquiátricos convencionais, no total do país, para os próximos 4 anos. É preciso, entretanto, ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (atualmente, 2.100 leitos), em unidades pequenas, de no máximo 15 leitos, especialmente destinados ao atendimento de transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Um problema a ser resolvido é a lenta implantação dos serviços CAPS III, que funcionam 24 horas e realizam internações de curtíssima duração, e ainda não existem em todos os municípios acima de 200.000 habitantes, como é desejável.

Com a mudança do modelo assistencial, o Ministério da Saúde está substituindo o indicador “leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes” pelo indicador mais sensível e eficaz de “leitos de atenção integral em saúde mental (LAI-SM) por 1.000 habitantes”, no qual estão incorporados, além dos leitos de hospital psiquiátrico, aqueles disponíveis em hospitais gerais, unidades de referência para álcool e outras drogas, emergências gerais e CAPS III. Alguns municípios de médio e grande porte que estão resolvendo muito satisfatoriamente a questão da internação em psiquiatria e a efetividade da rede extra-hospitalar (como Campinas, Santos e Santo André, em São Paulo; Betim, em Minas Gerais, Sobral, no Ceará e Pelotas, no Rio Grande do Sul), têm funcionado bem com cobertura de 0.18 a 0.25 leitos por 1.000 habitantes, o que mostra uma real substituição do modelo hospitalocêntrico.

O maior problema, sem dúvida, está nos grandes municípios, com população acima de 500.000 habitantes (0,63% das cidades brasileiras), onde o papel do sistema de emergência (SAMU-192) é essencial.

III - A rede de cuidados na comunidade

Importância dos conceitos de rede, território e autonomia na construção da rede de atendimento

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem

preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais.

Rede e Território

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

A idéia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.



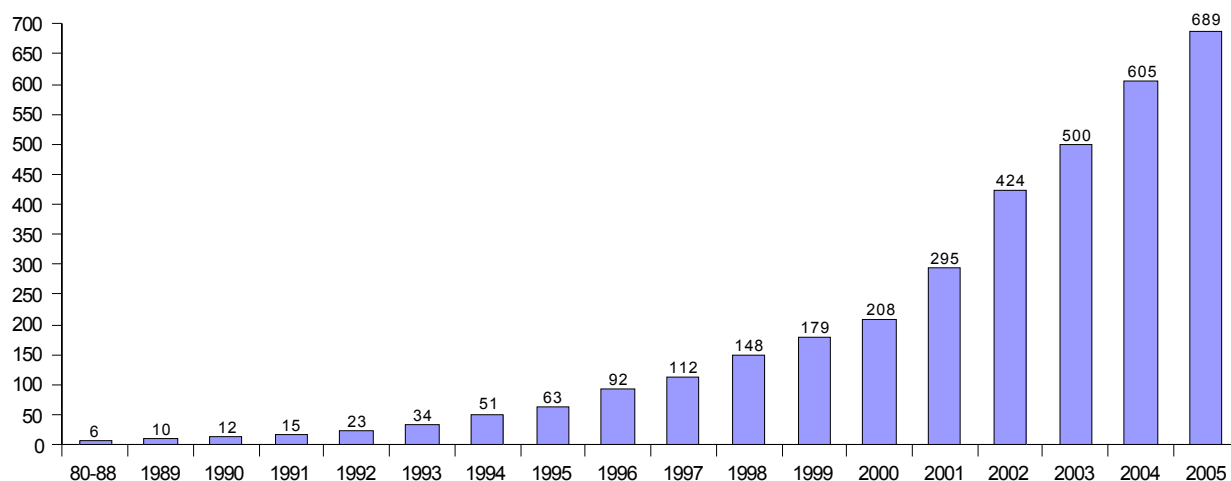
O papel estratégico dos CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Gráfico 4 – Evolução anual do número de CAPS



Fonte : Ministério da Saúde. Dados de 2005 colhidos até outubro de 2005.

Não existem dúvidas de que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. Nos últimos quatro anos, a rede CAPS experimentou uma expansão digna de nota, tendo duplicado o número de serviços no país. A implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Embora esteja clara a tendência de ampliação igualitária da cobertura, a distribuição espacial dos CAPS ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. Existem hoje no Brasil 689 CAPS em funcionamento, distribuídos em quase todos os estados brasileiros. O indicador CAPS/100.000 habitantes informa as diferentes coberturas e ritmos de expansão dos CAPS nos estados, além de indicar aos gestores as necessidades de expansão da rede (referência de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes).

O indicador CAPS/100.000 habitantes : cobertura dos CAPS em cada estado brasileiro.



Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio

e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

Tabela 4 – Perfil dos municípios brasileiros e a composição da rede de saúde mental

Faixas populacionais	Nº municípios	% municípios	Nº habitantes	% população	Composição Rede de Saúde Mental
Até 19.999	3970	71,35	32.654.617	17,73	PSF e Rede Básica de Atenção à Saúde
De 20.000 a 49.999	1026	18,44	31.001.201	16,83	CAPS I
De 50.000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	CAPS II
De 100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	CAPS II, CAPSi e CAPSad
De 200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15,00	CAPS III, CAPS II, CAPSi e CAPSad
De 500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	CAPS III, CAPS II, CAPSi e CAPSad
Acima de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	CAPS III, CAPS II, CAPSi e CAPSad
Total	5564	100	184.184.264	100	

Fontes : Ministério da Saúde.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativa populacional 2005.

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais. Existem hoje no país 251 CAPS I implantados, 266 CAPS II, 25 CAPS III, 56 CAPSi e 91 CAPSad.

Tabela 5 – Distribuição dos CAPS por modalidade e cobertura CAPS/100.000 habitantes, por estado – outubro 2005.

Unidade Federativa	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de dispositivos	CAPS por 100.000 hab ponderado
Região Norte								
Amazonas	3.232.330	0	0	0	0	0	0	0,00
Acre	669.736	0	1	0	0	1	2	0,30
Amapá	594.587	0	0	0	0	2	2	0,34
Pará	6.970.586	8	8	1	1	2	20	0,24
Tocantins	1.305.728	3	2	0	0	0	5	0,27
Roraima	391.317	0	0	0	0	1	1	0,26
Rondônia	1.534.594	2	3	0	0	0	5	0,26
Subtotal Região Norte	14.698.878	13	14	1	1	6	35	0,19
Região Nordeste								
Alagoas	3.015.912	7	4	0	1	0	12	0,28
Bahia	13.815.334	16	18	2	3	3	42	0,25
Ceará	8.097.276	14	16	0	1	3	34	0,33
Maranhão	6.103.327	7	4	0	2	0	13	0,16
Paraíba	3.595.886	5	6	0	1	2	14	0,32
Pernambuco	8.413.593	3	13	1	2	5	24	0,27
Piauí	3.006.885	3	1	0	1	1	6	0,15
Rio Grande do Norte	3.003.087	2	6	0	1	3	12	0,37
Sergipe	1.967.791	7	1	2	1	2	13	0,53
Subtotal Região Nordeste	51.019.091	64	69	5	13	19	170	0,28
Região Centro-oeste								
Distrito Federal	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
Goiás	5.619.917	4	6	0	1	3	14	0,21
Mato Grosso	2.803.274	14	1	0	2	3	20	0,46
Mato Grosso do Sul	2.264.468	3	5	0	0	1	9	0,33
Subtotal Região Centro-Oeste	13.020.767	22	12	0	4	8	46	0,27
Região Sudeste								
Espírito Santo	3.408.365	3	6	0	0	2	11	0,28
Minas Gerais	19.237.450	39	37	3	5	4	88	0,36
Rio de Janeiro	15.383.407	20	30	0	6	6	62	0,34
São Paulo	40.442.795	35	47	14	15	29	140	0,32
Subtotal Região Sudeste	78.472.017	97	120	17	26	41	301	0,34
Região Sul								
Paraná	10.261.856	5	11	1	4	8	29	0,26
Rio Grande do Sul	10.845.087	32	28	1	4	7	72	0,52
Santa Catarina	5.866.568	18	12	0	4	2	36	0,46
Subtotal Região Sul	26.973.511	55	51	2	12	17	137	0,41
Brasil	184.184.264	251	266	25	56	91	689	0,31

Fontes : Ministério da Saúde.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – estimativa populacional 2005

Observação : Para o cálculo do indicador CAPS/100.000 habitantes, considera-se que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, que o CAPS III dá cobertura a 150.000 habitantes e que o CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Saúde Mental na atenção primária: articulação com o programa de saúde da família

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 90, vem investindo na promoção da saúde

da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva. Estruturado em equipes de Atenção Básica, a cobertura do Programa já alcança todo o país. O campo de intervenção de cada Equipe de Atenção Básica é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental.

Cada equipe do PSF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) está encarregada da cobertura de até 1.000 famílias, ou cerca de 3.400 pessoas de um município ou bairro. Hoje existem em atividade 23.664 equipes, além de 203.923 agentes comunitários de saúde² (trabalhadores de escolaridade primária ou média, recrutados na própria comunidade e treinados em habilidades básicas de prevenção e tratamento).

Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.

Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais freqüentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos grandes e pequenos municípios. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é necessária a implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

Assim, o Ministério da Saúde vem construindo nos últimos anos as diretrizes e condições para que nos municípios com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nestes municípios, pequenas equipes de

2 Fonte : Ministério da Saúde, setembro de 2005.

saúde mental, que podem estar lotadas em ambulatórios (ou CAPS de municípios vizinhos), por exemplo, passam a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica. O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. No caso de municípios maiores, onde estão implantados CAPS ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apóiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial.

Essas diretrizes, estabelecidas pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde, visam ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos. As experiências das equipes matriciais de saúde mental estão, no entanto, ainda em construção. Assim, algumas experiências-piloto, sobretudo para a atenção em álcool e outras drogas e para o manejo da epilepsia na rede básica têm sido acompanhadas, para possibilitar uma melhor apreensão desta articulação e formulação de estratégias de implementação destas diretrizes em todos os municípios brasileiros. Neste momento, os indicadores de saúde mental já compõem o rol de indicadores das equipes de atenção básica e inicia-se o esforço fundamental de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental.

A rede de saúde mental para a infância e adolescência

No Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Esta lacuna possibilitou, ao longo dos anos, a criação de uma

rede de assistência à infância e adolescência fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas. Não há dúvidas de que todas estas instituições desempenharam e desempenham ainda um relevante papel na assistência às crianças e adolescentes com transtornos mentais. É a partir de 2003, no entanto, que o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, foi, neste sentido, fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para o campo da saúde mental de crianças e adolescentes e para a construção e consolidação de uma política de saúde para esta população específica. Sua composição inclui representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil, entidades filantrópicas, agentes da justiça e promotoria da infância & juventude, e sua atuação tem caráter deliberativo. O Fórum busca incorporar as orientações do *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*, importante documento legal, aprovado em 1990, que tem o objetivo de assegurar os direitos de cidadania a crianças e jovens. O ECA é uma importante conquista do movimento pelos direitos humanos no Brasil. O Fórum configura-se assim como um instrumento de gestão, possibilitando dar visibilidade e resolutividade às diversas dificuldades que durante muito tempo ficaram em um segundo plano ou até mesmo totalmente ignoradas no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. No ano de 2005, o Fórum divulga as primeiras diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional (ver “ Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”).

É função do Fórum a promoção de uma articulação eficaz entre os variados campos de atenção à infância e à adolescência e o fomento do processo de expansão de uma rede comunitária de atenção à saúde mental para este segmento. Neste sentido, a expansão e a consolidação da rede de CAPSi tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e adolescência. É em articulação com o Fórum que são elaborados um conjunto de diretrizes para estes e outros serviços públicos de atenção à saúde mental da infância e adolescência, fundadas na lógica territorial de organização da rede e da atenção:

- reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço - seja a criança, o adolescente ou o adulto que a (o) acompanha - como portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja através dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em

que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;

- conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
- comprometer o(s) responsável(is) pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeito(s) da demanda.
- garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis ao(s) profissional(is), técnico(s) ou equipe atuante(s) no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados.
- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção.

IV - Saúde Mental e Inclusão social: a rede se amplia

Programa de inclusão social pelo trabalho

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica - processo amplo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais - é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, estas experiências, mesmo que com ótimos resultados, caracterizam-se ainda por sua frágil sustentação institucional e financeira. O manejo diário destas experiências com o mercado capitalista e com uma sociedade excludente impõe debates práticos e teóricos no cotidiano dos serviços, que vem substituindo aos poucos o componente da antiga reabilitação pelo trabalho, dado no marco asilar.

Neste contexto, o marco da Economia Solidária, como movimento de luta contra a exclusão social e econômica, surge como parceiro natural para a discussão da exclusão das pessoas com

transtornos mentais do mercado de trabalho. De fato, os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária compartilham princípios fundamentais quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela solidariedade. É somente no ano de 2004, no entanto, que estes movimentos passam a se encontrar, a se reconhecer e a dialogar, iniciando uma colaboração permanente entre estes campos e entre os integrantes dos movimentos sociais correspondentes, tendo como desafio a reinserção social de egressos de manicômios por meio da construção de empreendimentos solidários e autogestionários.

A Economia Solidária, hoje política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, é um movimento organizado de resposta à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho. É clara neste marco referencial a crítica à dura lógica capitalista de produção incessante de vitoriosos e derrotados. Como horizonte da Economia Solidária está a instauração da solidariedade como norma social e a construção de empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado. É através de um diálogo permanente entre os campos da saúde mental e da economia solidária que o *Programa de Inclusão Social pelo Trabalho* das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas começa a ser delineado.

A realização do Encontro Nacional de Centros de Atenção Psicossocial e a promoção conjunta, pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, da primeira Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda de Usuários de Saúde Mental, ainda em 2004, possibilitou o primeiro contato com iniciativas de geração de renda em todo o país, e a construção das bases para um diálogo produtivo entre as políticas de saúde mental e economia solidária. Existem hoje identificadas no país 156 iniciativas de geração de renda formada por pessoas com transtornos mentais, entre cooperativas, associações e grupos de trabalho. Aproximadamente 2500 pessoas, entre usuários, familiares e técnicos participam destas iniciativas. Apesar de heterogêneas, estas experiências compartilham o determinante ético da produção de autonomia e da inclusão social e nascem, em sua maioria, nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Centros de Convivência e Cultura.

É no ano de 2005, no entanto, que a criação de um Grupo de Trabalho composto pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, gestores do SUS, representantes das iniciativas de geração de renda e representantes de usuários, possibilita uma discussão mais sistematizada, ainda em andamento, em torno dos temas da saúde mental e da economia solidária e a inclusão destes temas nas agendas sociais do governo federal, dos estados e dos municípios. Em julho de 2005, o Ministério da Saúde implementa uma linha específica de incentivo financeiro para os municípios que desenvolvem atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos mentais

ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pela primeira vez, estas iniciativas passam a receber recursos federais.

Embora em delineamento e diante dos desafios, muitas vezes paradoxais, da construção coletiva de uma autonomia real para estas iniciativas, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, assumido pelos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde, passou a articular definitivamente a saúde mental e a economia solidária na discussão da complexa problemática da inclusão social da pessoa com transtornos mentais. O financiamento destas iniciativas e a discussão permanente de seus dilemas práticos e teóricos são sem dúvida passos importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Centros de Convivência e Cultura: uma proposta em debate

Em alguns municípios do país, como Belo Horizonte (MG) e Campinas (SP), vem se consolidando um dispositivo inovador, concebido no território da cultura e da cidade, que tem se destacado pelo papel estratégico que vem desempenhando na inclusão social das pessoas com transtornos mentais: os Centros de Convivência e Cultura. É típico da dinâmica da Reforma Psiquiátrica o surgimento, em variados momentos e em diversas regiões, de experiências inovadoras e de novas tecnologias para responder ao desafio do cuidado e da inclusão social. Os Centros de Convivência e Cultura vem se destacando como uma destas experiências, e o Ministério da Saúde vem conduzindo um debate em torno da viabilidade de aprofundamento e expansão deste dispositivo para todo o país.

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

Assim, a clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, mas não

exclusivamente, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e as atividades coletivas são o grande eixo do trabalho dos Centros, assim como a articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Saúde da Família, dispositivos da rede de assistência social, dos campos do trabalho, da cultura e da educação. É característico dos Centros de Convivência e Cultura a articulação permanente com os espaços do seu território e da cidade. Alguns Centros vêm funcionando como importantes incubadoras de experiências de geração de renda.

Por reunir estas características, a implementação de Centros de Convivência e Cultura costuma ocorrer somente naqueles municípios que já foram capazes de construir uma resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes. Assim, a implementação destes Centros ganha sentido apenas naquelas localidades onde a rede SUS substitutiva de atenção à saúde mental conta com cobertura adequada, especialmente de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O Ministério da Saúde recomenda a implementação destes Centros para os municípios com população de mais de 200.000 habitantes, embora uma política de financiamento, controle e avaliação para este equipamento ainda esteja em franco debate, através de diversos fóruns, com os estados, municípios, usuários, profissionais da saúde e da cultura, movimentos sociais e outros atores do processo da Reforma Psiquiátrica.

A participação dos familiares e usuários dos serviços e seu protagonismo

O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental.

Hoje, em quase todos os estados do país, existem associações de usuários e familiares de saúde mental. É nos anos 90, no entanto, que as experiências de usuários e seus familiares passam a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica. Organizados em associações, usuários e

familiares passam a relatar suas vivências, discutir os equipamentos de saúde e a imprimir uma discussão no campo da Reforma Psiquiátrica que ultrapassa o campo técnico. Usuários e familiares passam a entrar na cena do debate político, e empoderam-se como atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, marca a participação expressiva, pela primeira vez na história, de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

A participação dos usuários e seus familiares não se dá, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos”.

V- A política de álcool e outras drogas

Antecedentes: a omissão histórica da saúde pública

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumprem um papel relevante, e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema.

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante.

Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. Assim, historicamente, no Brasil o tema do uso do álcool e de outras drogas vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública.

É somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos.

De fato, a constatação de que o uso de substâncias tomou proporção de grave problema de saúde pública no país encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de modo prejudicial substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

Em especial, o uso do álcool impõe ao Brasil e às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todas as áreas de sua vida. A magnitude e complexidade do quadro epidemiológico recomenda uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo.

Os quadros abaixo informam sumariamente sobre a dimensão epidemiológica do consumo prejudicial e dependência das principais drogas no cenário brasileiro. As tabelas 6 e 7 mostram as taxas de prevalência do uso na vida e dependência de álcool e das demais drogas, na população brasileira.

Tabela 6 – Epidemiologia no Brasil : uso e dependência de álcool por gênero e faixa etária.

Faixa Etária	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
12-17 anos	52,2	44,7	48,3	6,9	3,5	5,2
18-24 anos	78,3	68,2	73,2	23,7	7,4	15,5
25-34 anos	85,6	67,6	76,5	20	7,1	13,5
> 34 anos	82,1	59,5	70,1	16,1	5,1	10,3
Média	77,3	60,6	68,7	17,1	5,7	11,2

Fonte : I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Tabela 7 – Epidemiologia no Brasil: uso e dependência de outras drogas por gênero

Substâncias	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
Tabaco	46,2	36,3	41,1	10,1	7,9	9
Maconha	10,6	3,4	6,9	1,6	0,3	1
Solventes	8,1	3,6	5,8	*	*	0,8
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	*	*	1,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	*	*	*

* Dados não apresentados pelos pesquisadores devido à baixa prevalência

Fonte : I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

A organização da rede de atenção

A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002. Diante da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de Álcool e outras drogas, o Programa organiza as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso

prejudicial de álcool e outras drogas e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esta clientela, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos.

Os CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas – são os dispositivos estratégicos desta rede, e passam a ser implantados sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. De fato, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de Álcool e drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas. Desta forma os CAPSad, assim como os demais dispositivos desta rede, devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Outros componentes importantes desta rede passam a ter sua implementação incentivada nos estados e municípios através deste Programa de Atenção Integral. São incentivadas assim as ações no âmbito da atenção primária, articulação com as redes de suporte social (tais como grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas), assim como a implementação nos Hospitais Gerais e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas.

Como nas outras áreas da área mental, a organização da rede deve ser diversificada, complexa, com abordagens diversas e na perspectiva da integração social do usuário. É uma rede em formação, ainda muito distante das necessidades da demanda, e que busca recuperar o tempo perdido pela saúde pública no enfrentamento da questão.

Estratégias para redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial

O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia, assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. No campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel

auto-regulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social.

A estratégia de redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas vem permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e seu engajamento. A estratégia de redução de danos sociais reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida. Deste marco ético em defesa da vida, decorre que a abordagem de redução de danos, ao mesmo tempo em que aponta a diretrizes do tratamento e da construção da rede de atenção para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, implica um conjunto de intervenções de saúde pública que visam prevenir as conseqüências negativas do uso de álcool e outras drogas.

Assim, são estratégias de redução de danos a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as conseqüências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras.

VI - Os principais desafios da Reforma Psiquiátrica

Acessibilidade e equidade

Algumas considerações devem ser feitas a respeito destes dois desafios cruciais da Reforma, que são também os desafios do SUS.

- Estima-se que 3% da população necessitam cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva.

- Cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem.
- O modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatorios de especialidades), por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade.
- Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade.
- Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas. A criminalização do consumo agrava a vulnerabilidade dos usuários de drogas, exigindo uma articulação efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social. Sem esta articulação e cooperação intersetorial, um acesso efetivo à prevenção e ao tratamento não está assegurado.
- A qualidade do atendimento deve ser garantida em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes dos centros universitários, e pode ser assegurada através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores. O distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais.

Formação de Recursos Humanos

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos.

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

A cada ano, cerca de 1.500 profissionais participam de cursos de longa duração (mais que 360 horas), e aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade fazem pelo menos um curso de curta duração (maior que 40 horas).

O debate cultural: estigma, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, papel dos meios de comunicação

O processo de reforma psiquiátrica, especialmente a partir dos anos 90 do século passado, acompanhou-se no país de um intenso debate entre especialistas, escolas profissionais e teóricas, familiares, usuários, formadores de opinião, meios de comunicação de massa e a população em geral.

Alguns avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente naquelas situações onde programas promovem concretamente a inclusão social dos pacientes, como no caso das residências terapêuticas, projetos de geração de renda e as atividades culturais promovidas pela rede de serviços.

Diversos grupos culturais vêm se constituindo no campo da reforma, com atividades como teatro, música, artes plásticas, rádio comunitária, TV experimental, folclore, literatura. Já existe uma significativa produção nesta área. Do mesmo modo, grupos culturais já estabelecidos têm sido chamados a contribuir com o debate da reforma, especialmente enfocando os desafios do modelo assistencial e o combate ao estigma. Exemplo disto é o Teatro do Oprimido, fundado e dirigido por Augusto Boal, que participa de atividades de CAPS e outras iniciativas em diversos estados do país.

Alguns municípios, como Aracaju, SE, fizeram bem-sucedidas campanhas institucionais de divulgação da nova rede de serviços e dos princípios da reforma no rádio e na televisão.

O debate científico: evidência e valor

Desde o início do debate nacional sobre a nova lei da reforma psiquiátrica, a partir de 1989, instalou-se nos meios profissionais e científicos um importante debate sobre a mudança do modelo assistencial, e mesmo sobre as concepções de loucura, sofrimento mental e métodos terapêuticos. Este debate ainda é uma das marcas do processo de reforma no Brasil, e está presente nas universidades, nos serviços, nos congressos científicos, na imprensa corporativa (de associações e conselhos profissionais).

No primeiro momento, as associações de familiares juntaram-se ao coro de críticas ao processo de reforma, posição que foi mudando ao longo do tempo, e à medida que os próprios familiares iam sendo chamados a desempenhar o importante papel de “parceiros do tratamento” nos novos ambientes de atendimento: CAPS, ambulatórios, residências terapêuticas, rede básica. De fato, neste primeiro momento, um dos argumentos principais dos familiares reproduziam a exigência de “cientificidade” da psiquiatria, no pressuposto de que esta estaria presente no modelo anterior mas não nos novos dispositivos de atenção.

Não é sem tensão que as críticas aos novos serviços aparecem no ambiente acadêmico, frequentemente na forma de duros ataques à qualidade do trabalho realizado na rede pública de atenção. O fato é que a reforma trouxe ao debate científico da psiquiatria e da saúde mental o tema inóspito da organização dos serviços de saúde, saúde pública, acessibilidade, garantia da qualidade de atenção para toda a população. A produção científica brasileira, na abordagem dos temas da psiquiatria/saúde mental no campo da saúde pública, ainda é muito restrita

Aos poucos, entretanto, a dimensão de política pública começa a agregar valor ao ensino e à pesquisa, clínica e epidemiológica, no campo da saúde mental.

Novos desafios para a formação de profissionais, desde a graduação, são colocados para a saúde pública, e vêm sendo enfrentados na forma de programas de residência médica, residência multidisciplinar, cursos de especialização, apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde.

No que tange ao debate científico, o Ministério da Saúde associou-se este ano ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, realizando ampla convocação, através de edital de pesquisa, para que centros brasileiros de alto nível acadêmico tomassem a si a tarefa de produzir análises sobre os novos serviços e novo modelo de atenção. Constituiu-se uma significativa linha de financiamento (à qual se candidataram 140 grupos de pesquisa de diversas universidades), com o objetivo de buscar atravessar este fosso profundo que parece separar o debate científico da psiquiatria no país. De todo modo, os desafios da saúde pública, colocados na agenda da psiquiatria e da saúde mental pelo processo de reforma psiquiátrica, tornam-se hoje um tema

irrecusável para as instituições de formação e de pesquisa no Brasil.

Anexos

Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social,

psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para

acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

LEI No 10.708- DE 31 DE JULHO DE 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresse consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental no 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini

Referências

Os títulos abaixo podem ser obtidos nos arquivos disponíveis para serem baixados no sítio <http://pvc.datasus.gov.br> :

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. *Manual do Programa De Volta para Casa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

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

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

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

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação de Saúde Mental

Esplanada dos Ministérios

CEP.: 70058900, Brasília – DF

Tels.: (61) 33152313 / 33152684 / 33152655

FAX: (61) 33152313

Endereço eletrônico : saudemental@saude.gov.br

Portal: www.saude.gov.br

<http://pvc.datasus.gov.br>

Texto final elaborado pela equipe da Coordenação de Saúde Mental, com a colaboração de Renata Weber.