
Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde



CACTUS
INSTITUTO



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde



CACTUS
INSTITUTO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Miguel Lago
Diretor Executivo

Arthur Aguillar
Diretor de Políticas Públicas

Instituto Cactus

Maria Fernanda Resende Quartiero
Diretora Presidente

Luciana Rossi Barrancos
Gerente Geral Executiva

FICHA TÉCNICA

Realização:

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Instituto Cactus

Coordenação do projeto:

Rebeca Freitas

Autoria:

Dayana Rosa
Luciana Barrancos
Maria Fernanda Resende Quartiero
Rebeca Freitas

Revisão técnica:

Renato Tasca

Edição e Revisão de texto:

Dayana Rosa
Dayse Porto
Dayanne Pereira
Luciana Barrancos
Maria Fernanda Resende Quartiero
Rebeca Freitas

Diagramação:

Estúdio Massa

Esse relatório é baseado em um levantamento realizado por pesquisadores do IEPS em parceria com o Instituto Cactus. Ele apresenta a consolidação dos dados e dos principais achados da pesquisa.



ieps.org.br

Rio de Janeiro, 2022

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	4
Resumo Executivo	5
Introdução	6
1. Atenção Primária à Saúde	9
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	10
Consultório na Rua	12
Centro de Convivência e Cultura	13
2. Atenção Psicossocial Estratégica	14
Centros de Atenção Psicossocial	15
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas	17
3. Atenção de Urgência e Emergência	18
SAMU 192	19
Sala de Estabilização	19
UPA 24 horas	19
4. Atenção Residencial de Caráter Transitório	20
Unidades de Acolhimento	21
Comunidades Terapêuticas	22
5. Atenção Hospitalar	25
Enfermaria especializada em Hospital Geral	26
Hospital Psiquiátrico Especializado	28
Hospital-Dia	29
6. Estratégias de Desinstitucionalização ou Reinserção Social	30
Serviços Residenciais Terapêuticos	31
Programa de Volta para Casa	32
Benefício de Prestação Continuada	33
Considerações Finais	34
Referências	35

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH

Autorização de Internação Hospitalar

eSF

Equipe de Saúde da Família

SE

Salas de Estabilização

APS

Atenção Primária à Saúde

ESF

Estratégia Saúde da Família

SRT

Serviço Residencial Terapêutico

BPC

Benefício de Prestação Continuada

HCTP

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

SUAS

Sistema Universal de Assistência Social

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial

NASF

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS

Sistema Único de Saúde

CECO

Centro de Convivência e Cultura

PTS

Projeto Terapêutico Singular

UA

Unidade de Acolhimento

CNES

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

PVC

Programa de Volta para Casa

UBS

Unidade Básica de Saúde

CT

Comunidades Terapêuticas

RAPS

Rede de Atenção Psicossocial

UPA

Unidade de Pronto Atendimento

eCR

Equipe de Consultório na Rua

SAMU

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



RESUMO EXECUTIVO

O Cenário, realizado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e pelo Instituto Cactus para incidência política na área da Saúde Mental, apresenta um mapeamento dos programas e políticas da área vigentes no Brasil até fevereiro de 2022.

O adoecimento mental tem consequências negativas para além da dimensão individual, afetando também a sociedade como um todo, gerando, entre outros: redução de mão de obra qualificada, desemprego, impacto no aprendizado escolar, morte prematura, comprometimento no desenvolvimento global de crianças e custos diretos para os familiares, entre outros (Instituto Cactus; Instituto Veredas, 2021). Pensando nisso, buscamos reunir neste documento informações que respondessem à seguinte pergunta: como está estruturada a assistência à saúde mental no país, no âmbito do Poder Executivo? Quais os serviços disponíveis e como funcionam?

Um dos principais desafios nas políticas públicas de Saúde Mental se relaciona à falta de informações qualificadas sobre disponibilidade de serviços, matriciamento¹, itinerário terapêutico, referência e contrarreferência², financiamento, entre outros. Outra grande lacuna diz respeito ao apagão de dados e informações atualizadas sobre o tema: em 2015, por exemplo, o relatório “Saúde Mental em Dados” do Ministério da Saúde, deixou de ser publicado. Este cenário de falta de transparência reduz a possibilidade de implementação de políticas baseadas em evidências, limita a capacidade de atuação do controle social e reduz o acesso aos cuidados por parte da população, que fica desinformada sobre as possibilidades de tratamento e prevenção.

A partir de uma metodologia que incluiu a revisão de literatura e de normativas vigentes, o Cenário identificou os serviços disponíveis ou previstos às pessoas com transtorno mental, caracterizando-os e organizando-os de acordo com os diferentes níveis de atenção: Atenção Primária à Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atuação de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; e Atenção Hospitalar. Também foram contempladas estratégias de desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa.

O desafio das lacunas de informações importantes que foram identificadas na pesquisa, como as estratégias de desinstitucionalização e de reinserção social previstas em normativas vigentes, são apresentadas ao fim do documento como possibilidades de avanço para pesquisadores e gestores que, assim como nós, estão comprometidos com a ampliação do Direito à Saúde como um dever do Estado.

Boa leitura!

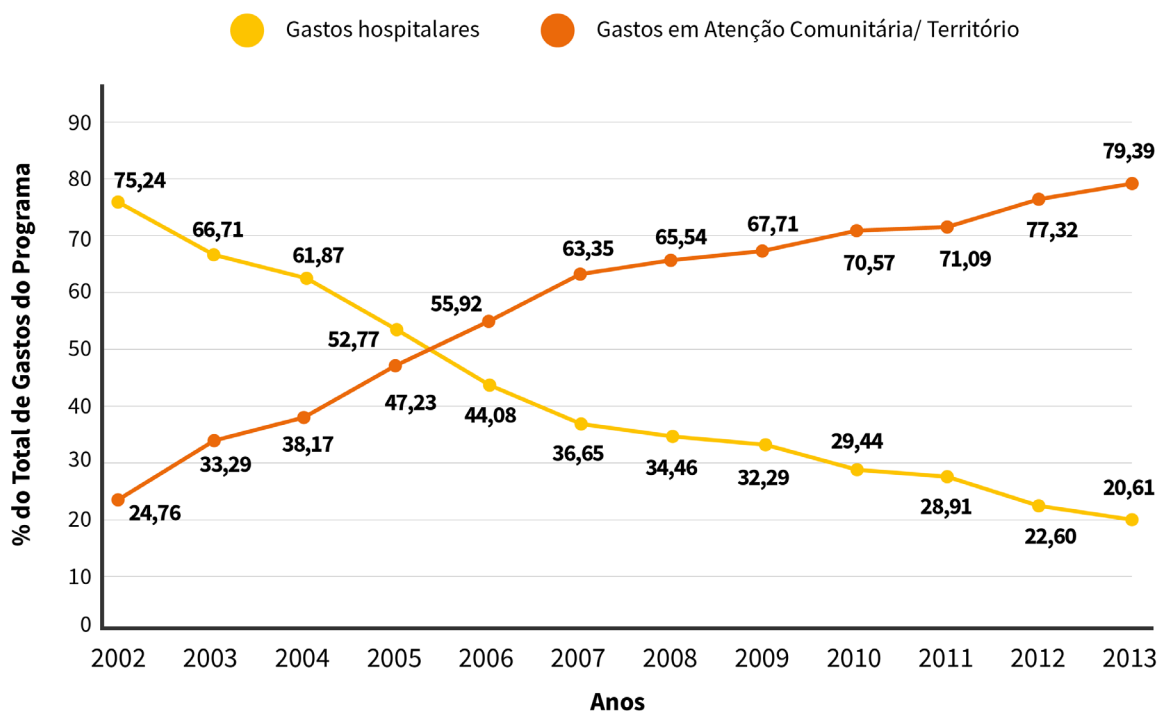
1. O matriciamento pode ser definido como um modo de produzir saúde em que equipes complementam suas atividades.
2. Troca de informações sobre o trânsito dos usuários de serviços de saúde.



INTRODUÇÃO

A Lei da Reforma Psiquiátrica dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Este marco legislativo representou uma reorientação do modelo até então vigente, redirecionando a lógica hospitalar para a de cuidados comunitários, o que permitiu a expansão da rede de atenção psicossocial. Mas o processo de aprovação da Reforma Psiquiátrica demorou 12 anos e, desde então, passaram-se outros 20 e muitas mudanças ocorreram.

[Gráfico 1] Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/Territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013).



Fonte: Instituto Cactus e Veredas, 2021

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada em 2011, estrategicamente pensada e estruturada a partir da lógica de desinstitucionalização, indo ao encontro das discussões fomentadas pela Reforma Psiquiátrica. Esta, por sua vez, propõe a superação do modo de atenção hospitalocêntrico, que se caracteriza por uma atuação centrada no hospital, na figura do médico, no corpo dividido em partes, observado a partir de diferentes especialidades médicas, na segregação do indivíduo, e na doença e seu tratamento.



Está prevista na RAPS a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011a). Também são objetivos gerais da RAPS ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção da vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de substância, e de suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além disso, destacam-se os seguintes objetivos específicos (Brasil, 2011a):

- a. Promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- b. Prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas, além de reduzir os danos provocados pelo consumo;
- c. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mentais, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária;
- d. Produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- e. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- f. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Contudo, mesmo com o advento da RAPS, a partir de 2015 iniciou-se um movimento na contramão do que vinha sendo feito, incluindo, entre outras medidas:

- a. Desconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com criação de Unidades Ambulatoriais Especializadas e permissão de internação de crianças e adolescentes;
- b. Volta do investimento em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2019);
- c. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica, com redução de recursos humanos e financeiros (Brasil, 2017a);
- d. Revogação da portaria que estabelece equipes de avaliação e acompanhamento para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (Brasil, 2020);



- e. Disputa entre as áreas da saúde, justiça e segurança pública no que tange o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, como é o caso das internações involuntárias, compulsórias e nas comunidades terapêuticas;
- f. Novo modelo de financiamento da APS, através do Previne Brasil, que retira os incentivos aos NASFs.

Para entender a evolução e priorização do investimento nos diferentes equipamentos ao longo dos últimos 7 anos, preparamos a seguinte tabela, que reflete o número de equipamentos, por tipo, desde o início desse movimento até 2022:

EQUIPAMENTO	2015	2022 (jan)	Evolução em 7 anos
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.209	2.795	+586
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	610	801	+191
Unidades de Atendimento (UA)	34	69	+35
Leitos em Hospital Geral	888	1.894	+1.006
Leitos em Hospital Psiquiátrico	25.988	13.877	-12.111
Equipes de Consultório na Rua	111	144	+33

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.



Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental

1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada para os serviços do SUS e se concretiza a partir da atuação de mais de 40 mil equipes de Saúde da Família (eSF). Tratam-se de equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), que prestam atenção integral (promoção, prevenção e assistência) à população do território de referência (de 3 a 4 mil pessoas) e atendem 63% da população do Brasil, com ênfase nas regiões mais pobres do país (Ministério da Saúde, 2020).

Para além da Atenção Primária, há uma rede de atenção especializada voltada especificamente para a saúde mental, a RAPS, focada no acolhimento e tratamento à pessoa em sofrimento e/ou transtorno mental e seus familiares. No caso de o cidadão buscar cuidados de saúde mental diretamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou em outros equipamentos da atenção primária, o cidadão é atendido e, caso seja necessário, é encaminhado para outro serviço especializado da RAPS (Ministério da Saúde, 2013).

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 2008, os NASFs foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade. São compostos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Primária para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e da Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes e atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado (Ministério da Saúde, 2013).

Os NASFs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplos: CAPS, ambulatórios especializados etc.), além de outras redes como o Sistema Universal de Assistência Social (SUAS).

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASFs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da



saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. As atividades podem ser desenvolvidas nas UBS, nas Academias da Saúde ou em outros pontos do território.

Desde 2008, foram incorporados profissionais de Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através dos NASFs. Em 2018, 4.228 municípios (76% do total) tinham recebido pelo menos um NASF. Em 2018, existia um total de 5.515 NASFs, conforme distribuição abaixo:

Tipo de NASF	Quantidade	Definição
NASF-1	3.275	Adotados por municípios com 5 ou mais equipe de Saúde da Família (eSF)
NASF-2	1.009	Adotados em municípios com 3 ou 4 eSF
NASF-3	1.231	Adotados em municípios com 1 ou 2 eSF
Total	5.515	--

A partir de incentivos financeiros oriundos do governo federal, o programa se expandiu de forma mais acelerada desde 2012, quando foi habilitada a possibilidade de adotá-lo em todos os municípios com pelo menos uma eSF. Considerando o período de até quatro anos após a adoção do programa, verificou-se que, na média, os NASFs aumentaram a oferta de psicólogos em 5,4 profissionais a cada 100.000 habitantes (75,8% em relação à quantidade média antes da criação do programa), e a de terapeutas ocupacionais em 0,6 profissionais a cada 100.000 habitantes (um aumento de 87,1% em relação à quantidade média existente antes do programa). No caso dos psiquiatras, a oferta aumentou comparativamente menos – 0,3 a cada 100.000 residentes (33% em relação à quantidade média antes da criação do programa) (IEPS, 2021).

CONSULTÓRIO NA RUA

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Primária, em 2011, e visa a ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. O objetivo é ofertar, de maneira mais oportuna, a atenção integral à saúde para esse grupo populacional, que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (Brasil, 2011b).

Chama-se de Consultório na Rua as equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das UBS do território.



Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua, assim como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do SUS, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não há eCR, a atenção deverá ser prestada pelas demais modalidades de equipes da Atenção Primária. É importante destacar, ainda, que o cuidado em saúde da população em situação de rua deverá incluir os profissionais de Saúde Bucal e os NASFs do território onde essas pessoas estão concentradas.

De acordo com o Ministério da Saúde, o programa tem, atualmente, 158 equipes financiadas em todo o país. Em 2020, foram feitos mais de 300 mil atendimentos, e a estimativa é que 140 mil pessoas maiores de 18 anos se enquadrem nessa situação (Ministério da Saúde, 2021). Ainda segundo a Pasta, os recursos destinados para a implementação das eCR, de 2012 a janeiro de 2022, foram:

ANO	VALOR (R\$)	ANO	VALOR (R\$)
2012	492.000,00	2018	47.539.000,00
2013	6.721.000,00	2019	52.740.700,00
2014	19.931.100,00	2020	49.410.700,00
2015	37.359.000,00	2021	49.043.600,00
2016	42.430.100,00	2022 ³	4.234.500,00
2017	38.507.200,00	3. Valor acumulado do ano.	

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

Os Centros de Convivência e Cultura (CECOs) são unidades públicas, geralmente articuladas à RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. No contexto da saúde mental, são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em Saúde Mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais e seus familiares e/ou acompanhantes 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 CECOs são dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com condições de saúde mental e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura, que surgiram no final da década de 1980 em São Paulo,



como parte da rede de saúde mental. A partir de então, em outros municípios do Brasil, tais como Belo Horizonte e Campinas, os CECOs vêm se consolidando por seu papel significativo tanto na inclusão social de pessoas com histórico de tratamento em serviços de saúde mental como no âmbito da promoção da saúde, facilitando, por meio de atividades coletivas, a construção de novos laços sociais (Alvarez; Silva; Oliveira, 2015).

Os CECOs se constituem como um dos pontos de atenção que “são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso abusivo de substâncias, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade” (Brasil, 2011a).

As oficinas e as atividades coletivas são o grande eixo do trabalho dos Centros, assim como a articulação com os CAPS, SRTs, ESF, dispositivos da rede de assistência social, dos campos do trabalho, da cultura e da educação. É característico dos CECOs 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.

O Ministério da Saúde recomenda a implementação destes Centros para os municípios com população de mais de 200.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2005), 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. Entretanto, de acordo com a Pasta, os CECOs passaram a ser articulados pelo Ministério da Cultura, em 2006, como “uma estratégia de inclusão destes serviços no programa de Pontos de Cultura” (Ministério da Saúde, 2022).



Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental

2. Atenção Psicossocial Estratégica

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

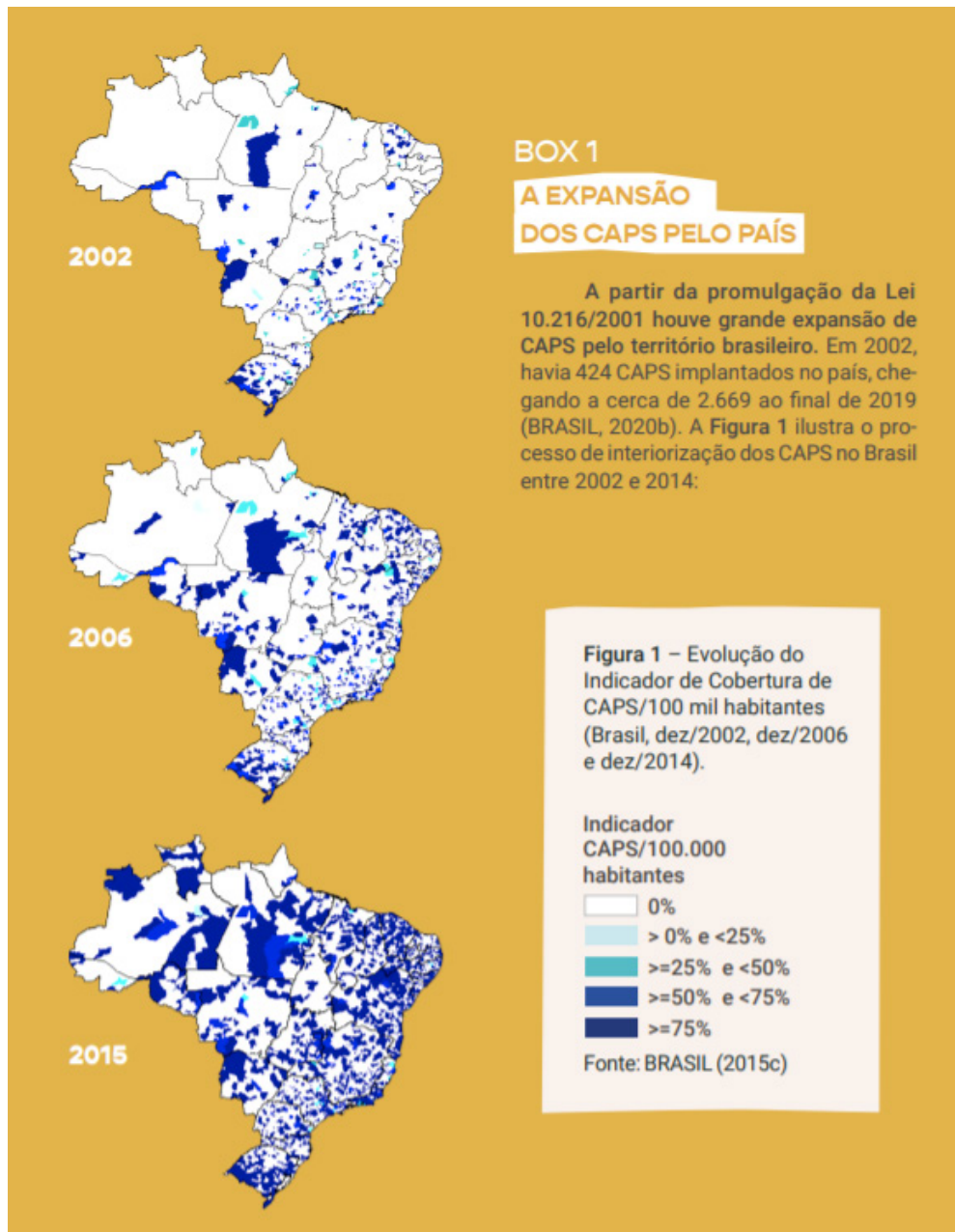
Os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS e substitutivos do modelo manicomial, que têm como premissa a importância da integração da família e comunidade nos processos terapêuticos. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental – incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias. Esse atendimento se dá no território, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

São modalidades de CAPS (Brasil, 2011a):

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes;
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- CAPSij: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- CAPSad: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso abusivo de substâncias; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- CAPS III: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes;
- CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento de todas as faixas etárias com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, especializado em transtornos pelo uso abusivo de substâncias, com funcionamento de 24h; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.



A partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, houve grande expansão de CAPS pelo território brasileiro. Em 2002, haviam 424 CAPS implantados no país, chegando a cerca de 2.669 ao final de 2019 (Instituto Cactus e Veredas, 2021).



Fonte: Instituto Cactus e Veredas, 2021.



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL / UNIDADES AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS

Os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental são serviços compostos por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros e outros profissionais que atuam no tratamento de pacientes que apresentam condições prejudicadas de saúde mental (Ministério da Saúde, 2020b). Segundo o Ministério da Saúde (2022), atualmente existem apenas 138 equipes multiprofissionais atuando no país.

Esses serviços devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio de consultas. Funcionam em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e/ou em ambulatórios de hospitais, ampliando o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, consequências de uso de drogas e transtornos de ansiedade, atendendo às necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Primária e os CAPS.



Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental

3. Atenção de Urgência e Emergência

SAMU 192

O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, sendo um dos pontos de atenção que prestam assistência à RAPS. A sua função é a de dar suporte às Urgências e Emergências psiquiátricas, isto é, em situações de natureza psiquiátrica em fase aguda (delírio, alucinações, risco de suicídio, intoxicação, entre outros) que acuse um sofrimento psíquico intenso ou coloque a pessoa ou a sociedade em risco, por exemplo, ou em casos de tentativa de suicídio e de intoxicação por medicamentos, álcool e/ou outras drogas. Caso seja necessário o uso da força policial, essa será solicitada pelo próprio SAMU. É imprescindível que os Serviços de Urgência e Emergência em saúde mental estejam articulados aos CAPS e Unidades de Saúde para que os casos possam ser acompanhados e cuidados após a fase aguda, atuando de forma preventiva.

SALA DE ESTABILIZAÇÃO

As Salas de Estabilização (SE) são estruturas instaladas em unidades de saúde que atendem a população 24 horas por dia, em todos os dias da semana, com o objetivo de apoiar a assistência. Com uma equipe formada por médico, enfermeiro e profissionais de nível técnico, prestam assistência temporária na estabilização de pacientes que necessitem de cuidados imediatos clínicos em saúde mental, e também cirúrgicos ou gineco-obstétricos. As SEs são regulamentadas pela Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011 (Brasil, 2011c), onde está disposta a estrutura das mesmas como, por exemplo, a articulação com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, além de estipular a sua atuação como a retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica.

UPA 24 HORAS

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares. Sua finalidade é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade, que possam ser resolvidos nas UPAs ou nas UBS, sejam encaminhados para as unidades hospitalares. Funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo feriados. As UPAs não possuem leitos de internação – as pessoas são atendidas, estabilizadas e encaminhadas para o hospital –, e contam com uma equipe composta por médicos (pediatra e clínico geral), enfermeiros, técnicos de enfermagem e radiologia. Essas unidades não contam com psiquiatra e, para esses casos, deve haver encaminhamento para um CAPS, se for horário comercial e durante a semana. Caso não haja disponibilidade, a UPA deve atuar como primeiro socorro e encaminhar os casos ao hospital de referência após avaliação. Em cidades que contam com um CAPS III, que atende 24h, os casos podem ir direto para lá.



Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental

4. Atenção de residencial de caráter transitório

ATENÇÃO UNIDADES DE ACOLHIMENTO

As Unidades de Acolhimento (UA) têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Ela deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social, sendo que as pessoas serão acolhidas conforme definido pela equipe do CAPS de referência – o CAPS será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

São modalidades de UA (Brasil, 2012):

I - Unidade Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos.

II - Unidade Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos. Segundo legislação, deveria ser implantada 1 UA a cada 5.000 crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. Também são elegíveis para implementar UAs os municípios ou regiões que contabilizem de 2.500 a 5.000 crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

Há um incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação de UA, no valor de R\$ 70 mil, e custeio mensal no valor de R\$ 25 mil para UA Adulto e R\$ 30 mil para UA Infanto-Juvenil. O Ministério da Saúde (2022) informou a seguinte evolução no período de 2017 a 2021:

Custeio anual das Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil (2017-2021)

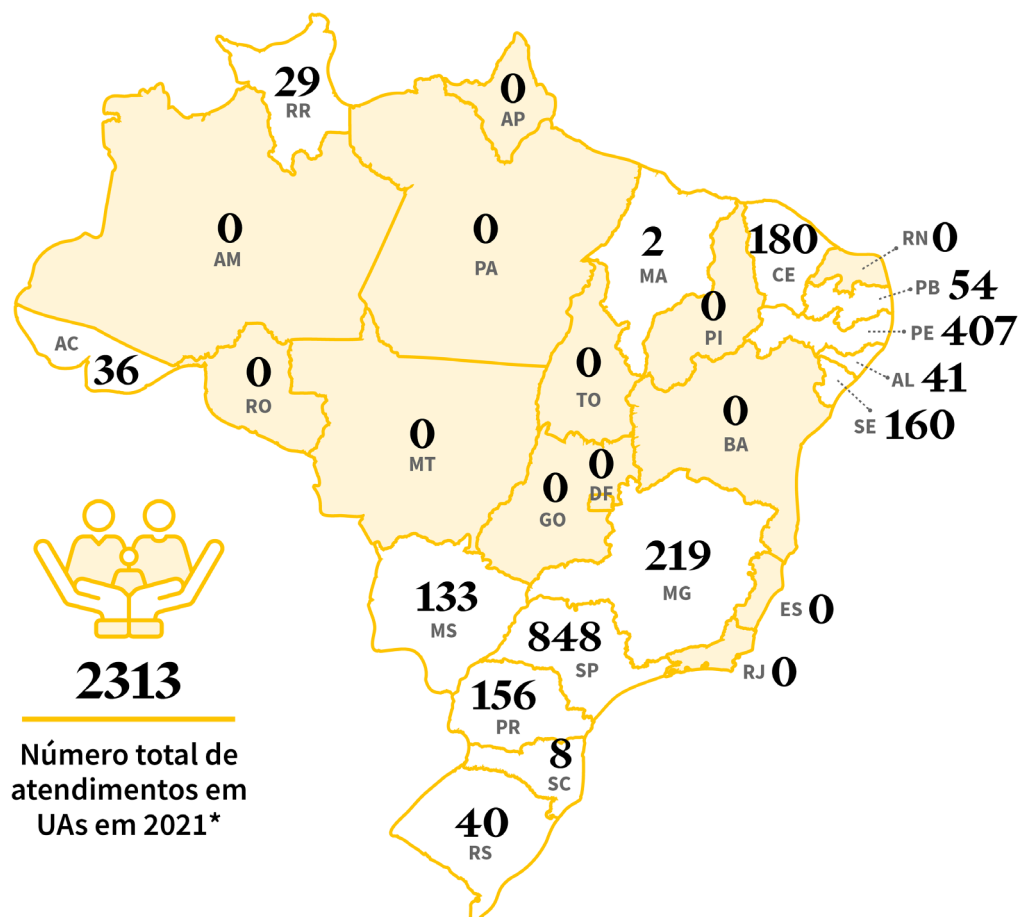
	2017		2018		2019		2020		2021		Varição (2021-2017)
	Qt	Custeio (R\$)	Qt	Custeio (R\$)	Qt	Custeio (R\$)	Qt	Custeio (R\$)	Qt	Custeio (R\$)	Qt/Custeio (R\$)
UA Adulto	37	11.100.000	38	11.400.000	42	12.600.000	45	13.500.000	44	13.200.000	+ 18,92%
UA Infanto-juvenil	21	7.560.000	21	7.560.000	24	8.640.000	25	9.000.000	25	9.000.000	+ 19,05%
Subtotal Geral	58	18.660.000	59	18.960.000	66	21.240.000	70	22.500.000	69	22.200.000	+18,97%

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.



No mesmo período, foram registrados 9.006 atendimentos, sendo que, em 13 unidades federativas do Brasil, não há uma UA sequer:

Número de atendimentos em Unidades de Acolhimento segundo Unidade Federada de Residência



*Dados preliminares sujeito a alteração

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são entidades da sociedade civil que acolhem pessoas que sofrem com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, com a finalidade de apoiá-los a interromperem este uso e a se organizarem para a retomada de sua vida social (IPEA, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2021 foram habilitadas 492 novas CTs, que juntas somam 13.246 vagas remanescentes. Somadas às 485 CTs, com 10.586 vagas disponíveis, que já eram habilitadas anteriormente, há um total de 977 CTs e 23.832 vagas no país. O investimento federal nas novas vagas está calculado em aproximadamente R\$ 187



milhões por ano. Em novembro de 2021, foi aprovado o Projeto de Lei Complementar nº 134 que, dentre outras providências, inclui as CTs dentre as entidades beneficentes das áreas de saúde, assistência social e educação, o que garante a essas entidades imunidade tributária (Ministério da Saúde, 2021b).

Questionado sobre o atual quantitativo de CTs existentes no país em 2022, o Ministério da Saúde respondeu, via Lei de Acesso à Informação, que “a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às drogas - SENAPRED, vinculada ao Ministério da Cidadania, passou a ser responsável pelo credenciamento, fiscalização e financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas Acolhedoras” – ainda que exista no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Atualmente, as CTs têm normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório previstos pela Portaria nº 582, de 8 de janeiro de 2021, do Ministério da Cidadania, que cria o Sistema de Gestão de Comunidades Terapêuticas. O Ministério da Cidadania, por sua vez, informou que foram destinados R\$ 34.051.239,74 às CTs em 2019; R\$ 117.875.652,63 em 2020; e, em 2021, foram gastos R\$ 135.816.631,90 – ou seja, um aumento de mais de 100 milhões de reais nos últimos 3 anos.

As CTs que se adequam à legislação vigente estão aptas a pleitear variados recursos públicos – prática que hoje vem sendo usada em abundância e representa a maior parte do orçamento dessas entidades. Porém, a forma de financiamento das CTs é diversificada: os pedidos e financiamentos oficiais são combinados ao recebimento de doações de alimentos, roupas e cestas básicas; realização de atividades beneficentes; e vendas de produtos fabricados em seu interior, dentre outras estratégias.

Além de financiamentos diretos, diversas CTs são portadoras de certificações, que são concedidas pelos poderes legislativos e executivos das três instâncias administrativas a instituições que prestam serviços de interesse do poder público. Estas certificações constituem-se em formas indiretas de subvenção pública, uma vez que autorizam o não pagamento de diversos tributos⁴. De acordo com o IPEA (2017), 73% das CTs possuem a Declaração de Utilidade Pública Municipal; 53% possuem a Declaração de Utilidade Pública Estadual; e 27,6%, a Declaração de Utilidade Pública Federal.

Segundo o Ministério da Cidadania, o repasse financeiro a empresas privadas que realizam o tratamento com internação de pessoas em situação de uso abusivo de substâncias passou de R\$ 153,7 milhões em 2019 para R\$ 300 milhões em 2020, o que representa um aumento de 95% do investimento. E, de acordo com um levantamento realizado pelo veículo Folha de São Paulo, 74% das CTs que recebem financiamento federal são de orientação religiosa (Folha de São Paulo, 2020).

4. Entre as certificações passíveis de serem obtidas pelas CTs, destacam-se a Declaração de Utilidade Pública Municipal (concedida pelas câmaras municipais); a Declaração de Utilidade Pública Estadual (concedida pelas assembleias legislativas estaduais); a Declaração de Utilidade Pública Federal (concedida pela Câmara dos Deputados); o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (Cebas) (concedido pelos Conselhos Municipais de Assistência Social); e o Cebas-Saúde (obtida junto ao SUS).



Cabe ressaltar que, em 2018, as CTs sofreram uma inspeção nacional (CFP, 2018) em que ficaram evidenciadas violações e registros de tortura; isolamento e restrição do convívio social; incomunicabilidade e visitas restritas; imposição de abstinência; difícil acesso; retenção de documentos ou dinheiro; violação de sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação; irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias, como ausência de laudo médico e de comunicado ao Ministério Público; internações voluntárias convertidas em involuntárias; ausência de projeto terapêutico singular; violação da liberdade religiosa; laborterapia; ausência de protocolos de desinstitucionalização; violação da norma sobre o período de internação; indícios de violação de direitos trabalhistas; administração irregular de medicações; contenção física indevida, entre outras violações.



Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental

5. Atenção Hospitalar

ENFERMARIA ESPECIALIZADA EM HOSPITAL GERAL

No Hospital Geral, a enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias oferece tratamento hospitalar para casos graves, em especial abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) desenvolvido pelo serviço de referência da pessoa com transtorno mental e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência e, no caso de o usuário não acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser feita sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso durante (quando do atendimento aos familiares) e depois do desinternamento (com referência e contrarreferência).

A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de substâncias observará os seguintes parâmetros e critérios (Brasil, 2017b):

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias não deverá exceder o percentual de 20% do número total de leitos do Hospital Geral;

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e

III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades.



Discussões Recentes sobre o Hospital Psiquiátrico Especializado

No que se refere aos recursos públicos investidos no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, os dados publicizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017c) indicavam que no ano de 2002, 75,24% dos recursos federais destinados ao cuidado em saúde mental eram aplicados em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76% eram investidos na rede de atenção comunitária. Já em 2013, o montante de recursos federais investido na rede de serviços de base territorial e comunitária saltou para 79,39%, enquanto os recursos destinados à atenção em serviços hospitalares corresponderam a 20,61%.

Desde o final de 2015 e início de 2016, a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde sofreu grandes alterações de direcionamento, como a interrupção do processo de extinção de hospitais psiquiátricos. Isso significa o retorno de abordagens que haviam sido superadas no passado, com ênfase no isolamento, em vez de precionar o cuidado baseado na comunidade, por exemplo. Foi o primeiro momento, desde a retomada da democracia, que o Estado brasileiro interrompeu o processo de despriorização do cuidado por meio de hospitais psiquiátricos. Outro marco importante foram portarias do Ministério da Saúde, publicadas em 2017, que criaram Unidades Ambulatoriais Especializadas e permitiram serviços de internação para crianças e adolescentes, incluindo o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS (e não como parte das Estratégias de Desinstitucionalização).

Em 2018, entidades do Poder Judiciário e do Controle Social realizaram uma inspeção nacional em 40 hospitais psiquiátricos. De acordo com o relatório (CFP, 2019), pelo menos 1.185 pessoas estavam internadas em condição de longa permanência nessas instituições, das quais 52% foi inaugurada durante a ditadura militar, e 45% apresentava falta ou compartilhamento de insumos básicos de higiene, banheiros, além de falta de porta e banho frio. Além disso, em 40% dos casos essas pessoas sofriam restrição de acesso aos ambientes de convivência e lazer, além de ficarem também muitas vezes isoladas de seus familiares. A violação do livre acesso ao contato com familiares durante a internação foi verificada em 87% das situações (CFP, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o último Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria foi realizado no biênio 2012/2014. O PNASH é uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários (Ministério da Saúde, 2004a).



HOSPITAL-DIA

O Hospital-Dia refere-se à assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. São condições e requisitos específicos para realização do atendimento (Brasil, 2001b):

1. Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 5 dias semanais (de segunda a sexta-feira) com carga horária de 8 horas;
2. Situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual;
3. Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital-Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental;
4. Desenvolver as seguintes atividades:
 - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
 - atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, dentre outras);
 - visitas domiciliares;
 - atendimento à família;
 - atividades comunitárias visando a trabalhar a integração das pessoas atendidas na comunidade e sua inserção social.

No Hospital-Dia destinado à saúde mental, a equipe mínima, por turno de 4 horas, para o atendimento de 30 pacientes por dia, deve ser composta por: 1 médico; 1 enfermeiro e 4 profissionais de nível superior, sendo possível que sejam desde psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e/ou outros profissionais necessários à realização das atividades.



HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Em 1986, os manicômios judiciários passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (Magalhães; Altoé, 2020). Quando uma pessoa está em conflito com a Justiça e é diagnosticada com algum tipo de transtorno mental, ela torna-se inimputável, ou seja, não pode receber uma pena de tempo determinado. Por isso, é aplicada uma medida de segurança que faz com que o indivíduo seja levado para um HCTP. A desinternação depende da constatação da cessação da periculosidade, o que implica na indeterminação do período que a pessoa ficará confinada. Legalmente, a porta de entrada pode se dar através de medida de segurança atribuída pela absolvição imprópria; conversão da pena de prisão em medida de segurança; determinação de tratamento ao preso em cumprimento de pena; internação provisória; e/ou outras teses para a manutenção da prisão, ainda que sem qualquer processo regular de execução penal (Pastoral Carcerária, 2018).

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), inspecionaram as instituições de cumprimento de medida de segurança no país (CFP, 2015). Na época, havia 2.864 pacientes/presos no Brasil, e desse total, 61% estavam recolhidos em celas comuns. Dentre os pontos mais graves levantados pela inspeção, destacou-se a falta de advogados para acompanhamento processual, escassez de psicólogos, prontuários praticamente inexistentes e resistência à concessão de liberdade, por exemplo.



6. Estratégias de desinstitucionalização ou Reinserção Social

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Criados em 2013, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio às pessoas assistidas por outros serviços de saúde mental que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir o acesso à moradia adequada (Ministério da Saúde, 2004b).

Os SRTs são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de moradores pode variar desde uma pessoa até um pequeno grupo de, no máximo, 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. De acordo com o Ministério da Saúde (2022), atualmente são 6.074 pessoas que moram em SRTs, distribuídas em 801 residências.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da Atenção Primária, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. O acompanhamento deve prosseguir, mesmo que a pessoa atendida mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizada. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção da pessoa na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que começa respondendo à demanda de habitação, mas deverá buscar a progressiva inclusão social dos moradores.

Os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, deverão ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. No entanto, essa realocação não é automática, devendo passar por discussões junto às comissões bipartites do estado, espaços intergovernamentais em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. Alguns estados possuem normas específicas favoráveis à deliberação automática para esses casos.

O Ministério da Saúde repassa R\$ 10 mil, a título de incentivo, para cada SRT implementado. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel e equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Para seu custeio mensal, os recursos originários das AIHs podem atingir de R\$ 7 a 8 mil, correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial. Um requisito a se observar é o de que as residências terapêuticas deverão estar vinculadas aos CAPS (ou outro dispositivo ambulatorial de referência) (Ministério da Saúde, 2004b).



PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

O Programa De Volta Para Casa (PVC) garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos. Criado em 2003, o PVC visa a restituição do direito de morar e conviver em liberdade nos territórios e também a promoção de autonomia e protagonismo da pessoa com transtorno mental (Brasil, 2003). Dessa forma, assume papel central nos processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com história de internação de longa permanência, conforme indicado pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

O PVC faz parte do processo de desinstitucionalização, que visa a reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – como os CAPS, SRTs e leitos de saúde mental em Hospitais Gerais – e incluir as ações na Atenção Primária. Atualmente, há mais de 7 mil pessoas advindas de longas internações em Hospitais Psiquiátricos ou em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico recebendo o benefício do PVC, vivendo com seus familiares ou nos serviços residenciais terapêuticos e acompanhadas pelos CAPS e/ou UBS e Unidades de Saúde da Família do SUS (Ministério da Saúde, 2021c).

São condições para ser um beneficiário:

- Ser pessoa egressa de internação em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por período igual ou superior a dois anos ininterruptos;
- A situação clínica e social do paciente não justificar a permanência em ambiente hospitalar, indicar tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- Haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;
- 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 SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

O pagamento mensal do auxílio é realizado diretamente ao beneficiário, no valor vigente de R\$ 412,00, por um período de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. Será necessário que a pessoa incluída no Programa esteja de alta hospitalar, sendo atendida por um CAPS ou outro serviço de saúde do município onde passará a residir. Os beneficiários deverão ser acompanhados por uma equipe de profissionais encarregada de prover e garantir a atenção psicossocial e apoiá-lo em sua integração ao ambiente familiar e social.



De acordo com o Ministério da Saúde (2022), no ano de 2021 havia 4.320 beneficiários do PVC e o montante repassado aos mesmos foi de R\$ 24.003.611,07.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

As pessoas com condições de saúde mental podem estar, dependendo do adoecimento, impedidas de trabalhar de forma temporária ou permanente. Caso a pessoa esteja em situação de vulnerabilidade socioeconômica (renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo), tenha mais de 65 anos ou deficiência em qualquer idade, ela tem o direito a receber um salário mínimo mensal da União. Esse benefício, previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é chamado de Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Brasil, 1993).

Para ter acesso a esse benefício, entretanto, não é necessário que a pessoa com transtorno mental seja interditada. A interdição – e a consequente curatela – é uma medida extrema só recomendada quando ela não tem condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; quando está, em síntese, em uma situação extrema de incapacidade. Em tais casos, o juiz determina que a pessoa está apta a exercitar plenamente seus direitos civis, exceto eventuais direitos a serem nomeados.

A deficiência é entendida como uma condição que apresenta impedimentos de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, podem dificultar ou impedir a participação plena e efetiva de uma pessoa na sociedade em igualdade de condições com as demais.

O BPC não pode ser acumulado com outro benefício da Seguridade Social (como, por exemplo, o seguro desemprego, a aposentadoria e a pensão) ou de outro regime, a não ser com a assistência médica, pensões especiais de natureza indenizatória e a remuneração do contrato de aprendizagem.

O orçamento liquidado do BPC, em 2020, foi R\$ 61,7 bilhões, sendo R\$ 34,6 bilhões a pessoas com deficiência e R\$ 27,1 bilhões a idosos, segundo o Painel do Orçamento Federal (CMAP, 2021). Existiam, em julho de 2020, 4,84 milhões de benefícios ativos, sendo 43,2% pagos a idosos, 53,3% a pessoas com deficiência e 3,5% eram referentes à “Antecipação do BPC”, segundo dados do Boletim Estatístico da Previdência Social, do Ministério da Economia.

No sentido de garantir o acesso à educação das crianças e adolescentes com deficiência, foi instituído o programa Benefício de Prestação Continuada na Escola. Tal iniciativa volta as atenções para o público beneficiário do BPC com deficiência de zero a dezoito anos, por meio de ações articuladas entre o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o Ministério da Educação (MEC), o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério dos Direitos Humanos (MDH). Para além do acesso, são estabelecidos compromissos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios com vistas a assegurar a matrícula e a permanência na escola daqueles beneficiários, e ainda, o acesso a outras políticas públicas, conforme as necessidades identificadas (Brasil, 2021).



Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental

Considerações Finais

As Estratégias de Reinserção Social, como iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, atualmente não constam mais no rol de programas e políticas oferecidas pelo Governo Federal para as pessoas com transtorno mental e seus familiares. Sendo parte da descontinuidade da reorientação do modelo de tratamento, voltando a centralidade à internação, essas iniciativas perderam um importante espaço de promoção da autonomia e dignidade dessas pessoas.

Apesar do grande número de estudos sobre Saúde Mental, ainda persistem lacunas importantes, se consideradas as fases de implementação, monitoramento e fiscalização das políticas públicas da área. A falta de dados disponíveis, atualizados e de qualidade, dificulta o acompanhamento de processos importantes e necessários para se avançar. Saber o recurso destinado à RAPS por equipamento; a quantidade de CAPS e Unidades de Acolhimento habilitados no país e sua evolução; o número de moradores em SRTs; e o quantitativo de internações e altas em HCTP são exemplos de informações que poderiam basear, com evidências, políticas públicas comprometidas com a ampliação do acesso ao cuidado à saúde mental.

Para pautar e avançar este debate nos poderes Legislativo e Executivo, o IEPS e o Instituto Cactus formaram uma parceria para qualificar as discussões e propor um debate baseado em evidências, que seja, ao mesmo tempo, propositivo e informativo, em um tema que, à primeira vista, pode parecer bastante complexo, mas é extremamente necessário. Afinal, saúde mental é um direito de todas as pessoas.



REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. P. E; SILVA, J. O; OLIVEIRA, A. C. M., 2015. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1859/1282>

BRASIL, 1993. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

_____. 2001. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

_____. 2001b. PORTARIA Nº 44, DE 10 DE JANEIRO DE 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html

_____. 2003. LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm

_____. 2011a. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

_____. 2011b. PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

_____. 2011c. PORTARIA Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html

_____. 2012. PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter

transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

_____. 2019. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

_____. 2017a. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. 2017b. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

_____. 2017c. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

_____. 2020. PORTARIA Nº 1.754, DE 14 DE JULHO DE 2020, que revoga a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.754-de-14-de-julho-de-2020-266804892>

_____. 2021. PORTARIA CONJUNTA Nº 3, DE 21 DE SETEMBRO DE 2018. Dispõe sobre regras e procedimentos de requerimento, concessão, manutenção e revisão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/PtCj3Atualizadadez2021.pdf>

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015. Inspeções aos manicômios. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf



_____. 2018. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatório-da-Inspeção-Nacional-em-Comunidades-Terapêuticas.pdf>

_____. 2019. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf

CMAF - CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2021. Nota à imprensa: Benefício de Prestação Continuada (BPC). Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmaf/politicas/2020/gastos-diretos/nota-imprensa-bpc#:~:text=Existiam%2C%20em%20julho%20de%202020,Social%2C%20do%20Ministério%20da%20Economia>

FOLHA DE SÃO PAULO, 2020. Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/investimento-federal-em-comunidades-terapeuticas-sobe-95.shtml>

INSTITUTO CACTUS; INSTITUTO VEREDAS, 2021. Caminhos em Saúde Mental. Disponível em: https://www.veredas.org/wp-content/uploads/2021/06/LivroDigital_CaminhosSaudeMental_Final.pdf

IEPS - INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE, 2021. Como anda a saúde mental no Brasil? Evolução, desigualdades e acesso a tratamentos. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Olhar_IEPS_03.pdf

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2017. Perfil das Comunidades Terapêuticas. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/sites/en-GB/comunidades-terapeuticas>

MAGALHÃES, R.A.; ALTOÉ, S.E., 2020. Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100005

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/servicos/avalia/pnass.pdf>

_____. 2004b. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

_____. 2005. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

_____. 2013. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

_____. 2020a. Ministério da Saúde amplia serviços de saúde mental no SUS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9936>

_____. 2020b. O que é a Política Nacional de Saúde Mental? Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>

_____. 2021. Programa Consultório de Rua ganha reforço. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/06/programa-consultorio-de-rua-ganha-reforco-de-r-2-8-milhoes>

_____. 2021b. Com 492 centros habilitados, Governo Federal abre mais de 13 mil novas vagas em comunidades terapêuticas. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-desenvolvimento-social/com-492-centros-habilitados-governo-federal-abre-mais-de-13-mil-novas-vagas-em-comunidades-terapeuticas>

_____. 2021c. Programa de Volta Para Casa. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>

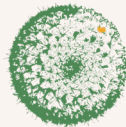
_____. 2022. Informações obtidas através das manifestações 25072.035867/2021-04; 25072.005108/2022-90; 25072.008543/2022-76 através da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011).

PASTORAL CARCERÁRIA, 2018. Hospitais-prisão: notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo. Disponível em: https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorio_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf





IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde



CACTUS
INSTITUTO