

TC: 013.387/2010-3

Natureza: Monitoramento

Assunto: Segundo monitoramento da implementação das deliberações do Acórdão nº 654/2005 – TCU - Plenário

Programa: Ações de Atenção à Saúde Mental

1.1 A fim de atualizar as informações relativas à implementação das determinações e recomendações proferidas no Acórdão nº 654/2005 – TCU – Plenário, esta Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Seprog – encaminhou o Ofício nº 98/2009-TCU-Seprog, em 19 de agosto de 2009 e nº 139/2010-TCU-Seprog, em 09 de junho de 2010 à Área Técnica de Saúde Mental que integra a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS – do Ministério da Saúde – MS.

1.2 O Acórdão em questão refere-se à auditoria operacional realizada, em 2004 (TC 011.307/2004-9), com o propósito de avaliar ações de atenção à saúde mental (Atenção à Saúde Mental, Auxílio Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde – De Volta para Casa, e Apoio a Serviços Extra-Hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas), vinculadas ao Programa de Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Características da auditoria

1.3 O objetivo central das ações que foram objeto da auditoria é a mudança da visão hospitalocêntrica do tratamento psiquiátrico para o modelo de acompanhamento das pessoas portadoras de transtorno mental em serviços extra-hospitalares, com o propósito de tornar possível sua reinserção social.

1.4 O objeto da avaliação realizada pela Seprog, em 2004, foi verificar se as ações da política de desospitalização estavam garantindo a implementação da reforma psiquiátrica em ritmo adequado; se os mecanismos de capacitação em atenção à saúde mental estavam contribuindo para a qualidade no atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais; e qual a contribuição do programa para a promoção da reinserção social dessas pessoas.

1.5 As principais constatações da auditoria foram relacionadas à implementação da reforma psiquiátrica, à capacitação dos profissionais e à reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais.

1.6 No que se refere à implementação da reforma psiquiátrica, identificaram-se oportunidades de melhoria na avaliação dos serviços prestados pelos Centros de Apoio Psicossocial – CAPS –; nas iniciativas tomadas pelo gestor federal a fim de fomentar a



implantação de novos CAPS; na inclusão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; na integração da saúde mental com a atenção básica; e na criação de diretrizes para orientar as supervisões técnicas-institucionais.

1.7 Já, com relação à capacitação, vislumbraram-se caminhos para implementar articulação com o Ministério da Educação, visando à criação de novos cursos de especialização voltados para a saúde mental, bem como à revisão curricular dos cursos existentes na área de saúde, adaptando-os às novas demandas em decorrência da Reforma Psiquiátrica. Além disso, identificou-se oportunidade de expandir a oferta de cursos nos Núcleos e Polos de Capacitação e Produção de Conhecimento.

1.8 Quanto à reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais, surgiram oportunidades de criar meios de articulação com o Ministério do Trabalho e com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome com o objetivo de criar cooperativas sociais e centros de convivência a fim de catalisar a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho e no convívio social, respectivamente. Cabe ressaltar a possibilidade de um incremento no número de beneficiários no Programa De Volta para Casa, quando houver revisão do processo de cadastramento do seu público-alvo, além da articulação com outros órgãos a fim de se tornar mais ágil a emissão dos documentos de identificação necessários para sua inscrição no programa. A percepção do benefício em análise contribuirá com a autonomia financeira dos portadores de transtornos mentais, auxiliando no seu processo de desospitalização e reinserção social.

Aspectos Orçamentários

1.9 Nos exercícios de 2000 a 2003, havia o Programa 0018 – Saúde Mental, cujos valores previstos e executados estão na Tabela 1.

Tabela 1 – Execução orçamentária e financeira das ações do programa Saúde Mental nos exercícios de 2000 a 2003

Ação	Ano	Créditos consignados	Execução orçamentária	Execução financeira	Percentual de Execução Financeira	Percentual de Execução Orçamentária
0591	2000	0	0	0	-	-
	2001	2.131.150	0	0	0%	0%
	2002	2.000.000	0	0	0%	0%
	2003	1.992.000	150.165	95.308	5%	8%
1034	2000	0	0	0	-	-
	2001	0	0	0	-	-
	2002	0	0	0	-	-
	2003	1.100.000	984.670	859.130	78%	90%
2743	2000	0	0	0	-	-
	2001	0	0	0	-	-
	2002	25.000.000	21.887.076	21.887.075	88%	88%
	2003	23.400.000	20.221.477	20.147.241	86%	86%
3892	2000	605.176	368.819	368.818	61%	61%

**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Seprog
Relatório de Monitoramento
Programa Geologia do Brasil

Seprog

Fls.

	2001	570.001	499.652	376.866	66%	88%
	2002	1.170.000	755.249	356.685	30%	65%
	2003	1.166.000	580.310	434.587	37%	50%
3911	2000	1.346.800	403.756	403.658	30%	30%
	2001	4.690.399	3.557.888	3.233.157	69%	76%
	2002	8.304.000	3.647.540	1.747.247	21%	44%
	2003	5.974.946	4.271.105	4.127.141	69%	71%
3951	2000	291.000	149.897	87.600	30%	52%
	2001	788.000	10.000	10.000	1%	1%
	2002	250.000	250.000	90.800	36%	100%
	2003	250.000	239.058	239.058	96%	96%

Fonte: Banco de Dados extraído do sítio da Câmara dos Deputados (www.camara.gov.br) em 13/07/2010

1.10 A partir de 2004, o Programa foi reformulado. As ações de saúde mental passaram a fazer parte do Programa 1312 – Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, que abrange, também, outras ações não relacionadas à saúde mental. Os valores previstos e executados para as ações relacionadas à saúde mental estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Execução orçamentária e financeira das ações relacionadas à saúde mental do programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos nos exercícios de 2004 a 2007.

Ação	Ano	Créditos consignados	Execução orçamentária	Execução financeira	Percentual de Execução Financeira	Percentual de Execução Orçamentária
0843	2004	6.300.000	2.347.193	1.627.192	25,83%	37,26%
	2005	5.760.000	4.388.819	4.007.228	69,57%	76,19%
	2006	7.401.000	7.401.000	6.615.835	89,39%	100%
	2007	11.595.000	11.595.000	7.809.317	67,35%	100%
0844	2004	10.316.000	3.028.898	1.881.248	18,24%	29,36%
	2005	0	0	121.470	-	-
	2006	0	0	120.000	-	-
	2007	0	0	30.000	-	-
6233	2004	74.437.000	50.261.323	19.323.863	25,96%	67,52%
	2005	631.100	446.352	472.010	74,79%	70,73%
	2006	661.391	494.125	494.521	74,77%	74,71%
	2007	813.000	393.122	393.122	48,35%	48,35%

Fonte: Banco de Dados extraído do sítio da Câmara dos Deputados (www.camara.gov.br) em 13/07/2010

1.11 No PPA 2008-2011, existem ações relacionadas à saúde mental dispersas em vários programas: Atenção Especializada em Saúde Mental (20B0), vinculada ao Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada; Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental (6233), vinculada ao Programa 1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde; e Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de



Saúde – De Volta Pra Casa – (20AI), vinculada ao Programa 1214 – Atenção Básica em Saúde, como indicado na Tabela 3. Essas mudanças impossibilitam a comparação da evolução da previsão e execução orçamentária no tempo.

Tabela 3 – Histórico orçamentário e financeiro das Ações vinculadas à saúde mental de 2008 a 2010.

Ação	Ano	Créditos consignados	Execução orçamentária	Execução financeira	Percentual de Execução Financeira	Percentual de Execução Orçamentária
20AI	2008	12.000.000	9.449.174	9.300.319	77,50%	78,74%
	2009	13.210.000	13.210.000	12.955.168	98,07%	100%
	2010 ⁽¹⁾	15.000.000	5.763.930	5.715.930	38,11%	38,43%
20B0	2008	9.518.025	7.881.987	7.658.731	80,47%	82,81%
	2009	10.972.000	600.000	101341	0,92%	5,47%
	2010 ⁽¹⁾	10.272.000	135.000	135.000	1,31%	1,31%
6233	2008	923.497	921.764	847.837	91,81%	99,81%
	2009	856.000	816.496	252.903	29,54%	95,39%
	2010 ⁽¹⁾	1.000.000	83.070	83.070	8,31%	8,31%

Fonte: Banco de Dados extraído do sítio da Câmara dos Deputados (www.camara.gov.br) em 13/07/2010

⁽¹⁾ Execução orçamentária e financeira atualizadas até 27/05/2010.

2º Monitoramento

1.12 Foi realizado, por esta Secretaria, um primeiro monitoramento, em 2006, com o objetivo de analisar o estágio de implementação das recomendações proferidas pelo TCU, em decorrência da auditoria realizada. Concluiu-se na oportunidade que 83,9% das recomendações encontravam-se implementadas ou em fase de implementação, e que, portanto, as providências para dar cumprimento ao Acórdão 654/2005-P estavam sendo adotadas.

1.13 O presente trabalho, 2º monitoramento, visa atender à sistemática de monitoramento, apresentando o estágio atual das deliberações desta Corte de Contas, quase seis anos após a realização da auditoria e quatro anos após a realização do 1º monitoramento.

Análise da implementação das recomendações

9.1.1. *article junto ao Ministério da Educação e Instituições de Ensino Superior e Pesquisa a criação de cursos de especialização stricto sensu em psiquiatria e lato sensu em saúde mental, voltados para as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, bem como a alteração ou atualização de currículo dos cursos existentes na área de saúde, principalmente de psiquiatria, fazendo incluir, por exemplo, atividades práticas em*



serviços extra-hospitalares de saúde mental, oferecendo aos futuros profissionais uma formação mais condizente com a Reforma Psiquiátrica.

9.3.12. aperfeiçoe a articulação dos Núcleos e Pólos de Capacitação e Produção de Conhecimento com as coordenações estaduais e municipais de saúde mental, objetivando a disseminação e uniformização dos conteúdos programáticos dos cursos oferecidos.

1.14 À época do 1º monitoramento, os Ministros da Saúde e da Educação haviam instituído, por meio da Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde –, com o objetivo de atualizar o currículo dos cursos na de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

1.15 Foi, também, publicada a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu, em seu artigo 13, a Residência em Área Profissional da Saúde, como modalidade de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais da área de saúde, excluindo-se a médica.

1.16 A Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde, o que trouxe mudança de foco na formação dos profissionais de saúde, com maior integração da escola ao serviço público.

1.17 Além disso, foi implantado um grupo de trabalho com a participação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGETS –, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, com as seguintes finalidades:

- fazer um diagnóstico e análise da situação dos cursos e residências em Psiquiatria e na saúde mental no Brasil;
- realizar o levantamento das ações desenvolvidas pela SGETS, no âmbito do SUS, com relação a mudanças curriculares relativas ao ensino de cuidados aos portadores de transtornos mentais;
- elaborar propostas de incentivo à criação/adequação de cursos de residência em Psiquiatria e de residências multiprofissionais em saúde mental;
- elaborar proposta de projeto-piloto voltado para a formação de profissionais de atenção básica.

1.18 Este grupo de trabalho definiu a criação residências multiprofissionais e elaborou diretrizes desses cursos. Após esta regulamentação, cursos de residência multiprofissionais em saúde mental foram realizados em Porto Alegre e Campinas e Bahia. Foram apoiados alguns cursos em 2005, incluindo cursos voltados para a saúde da família que incluíam módulos, conteúdos e práticas em saúde mental.

1.19 A Área Técnica de Saúde Mental estabelece e envia aos coordenadores de saúde mental de todos os estados, desde 2006, as diretrizes e os conteúdos mínimos para os cursos de capacitação (especialização, aperfeiçoamento e atualização em saúde mental)



além de assessorar a construção de projetos de novos cursos com universidades, escolas de saúde pública e gestores.

1.20 O formato dos Núcleos e Polos de Capacitação sofreu mudanças com a edição da Portaria GM 1.996, de 20 de agosto de 2007. Até 2007, os cursos de saúde mental eram financiados diretamente pelo MS, por meio de convênios com as secretarias de saúde estaduais ou municipais e instituições de ensino. Essa portaria definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, e previu repasses fundo a fundo para os estados, Distrito Federal e municípios, com base em Planos Regionais de Educação Permanente. Desta forma os gestores têm mais autonomia para alocar os recursos de acordo com as necessidades locais.

1.21 Para receber os repasses, os estados precisam possuir Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES. A Área Técnica de Saúde Mental têm feito um trabalho contínuo com essas comissões para a priorização da saúde mental nos Planos Regionais de Educação Permanente. Está orientando os coordenadores estaduais e municipais a participarem das CIES e incluírem pautas de Saúde Mental nos Planos de Educação Permanente. Foi relatada a dificuldade dos gestores estaduais executarem essa política de capacitação devido à inexperiência em realizar diretamente cursos e capacitações e em articular com instituições de ensino e universidades a realização conjunta destes cursos.

1.22 O MS estimula ainda projetos locais ou regionais de cooperação entre a gestão do SUS e Universidades Públicas para o desenvolvimento de ações de formação permanente, como, por exemplo, as “Escolas de Formação Permanentes em Saúde Mental” do RJ, AL e BA.

1.23 O MS, em articulação como o MEC criou, ainda, em 2007 a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais e regulamentou as residências multiprofissionais em saúde mental, por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

1.24 Há hoje três Estados que possuem residências multiprofissionais em saúde mental: BA, RS e RJ, respectivamente nas universidades UFBA, UFRS e UFRJ.

1.25 A Portaria Conjunta nº 1, de 24 de fevereiro de 2010 homologou o resultado do processo de seleção de propostas para concessão de bolsas para residentes em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, aberto pelo edital nº 24, de 2 de dezembro de 2009, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Entre os projetos selecionados, quatro são na área de saúde mental.

1.26 A SAS informou que lançou em 22 de outubro de 2009 a Portaria Interministerial nº 1.001, que tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em



edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS.

1.27 Os editais de convocação nº 7 e 8, de 22 de outubro de 2009, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, possibilitaram a ampliação de vagas e o aprimoramento de programas de residência médica já existentes, e a abertura de novos programas, voltados para vários temas, inclusive para a saúde mental.

1.28 Tendo em vista que avanços foram alcançados, que há uma proposta de atuação contínua do Ministério da Saúde em relação à orientação e ao assessoramento para os processos de formação e capacitação em saúde mental, mas que os cursos relacionados diretamente com saúde mental são ainda poucos em relação ao público a ser atendido, dos aproximadamente 5.566 municípios brasileiros, e que a disseminação e a uniformização dos conteúdos programáticos dos cursos oferecidos não foi apresentada, consideram-se as recomendações **9.1.1. e 9.3.12. em implementação**.

9.1.2. imponente, em articulação com o Ministério do Trabalho, mecanismos de estímulo à criação das cooperativas sociais, como definidas na Lei nº 9.867/1999, bem como o estabelecimento de políticas de incentivo à contratação de pessoas portadoras de transtornos mentais, a exemplo da Lei Estadual nº 4.323, de 12 de maio de 2004, do Rio de Janeiro, que criou a Política Estadual para Integração da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais.

1.29 À época do primeiro monitoramento, a Portaria Interministerial MS/TEM nº 353, de 7 de março de 2005 e a Portaria nº 1.169, de 7 de julho de 2005 haviam sido publicadas. Elas instituíram, respectivamente, grupo de trabalho para a articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária, e incentivos financeiros para municípios desenvolverem projetos de inclusão social pelo trabalho.

1.30 Como resultado do Grupo de Trabalho foram apresentados os principais problemas relacionados à inclusão social no campo da saúde mental e sugeridos quatro eixos principais de atuação para as políticas públicas, a saber:

- Eixo 1: Mapeamento, Articulação, Divulgação, Redes de Comercialização e Produção;
- Eixo 2: Formação, Capacitação, Assessoria e Incubagem;
- Eixo 3: Financiamento;
- Eixo 4: Legislação.

1.31 Como resultado das ações iniciadas àquela época, e fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho – Senaes – e Emprego – e a Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



–, foi concebido o projeto “Saúde Mental – Construção da Rede Nacional de Empreendimentos Solidários”, que tinha como atividade principal o “Ciclo de Cursos de Capacitação em Incubação de Empreendimentos Solidários”. O objetivo do ciclo foi fortalecer as experiências de projetos de geração de trabalho e apoiar a criação de empreendimentos sociais ou cooperativas sociais. Até novembro de 2009, sete capacitações foram realizadas.

1.32 Os empreendimentos solidários do campo de Saúde Mental foram incluídos no edital de 2009 do “Plano Setorial de Qualificação Social e Profissional em Economia Solidária” – PlanSeQ EcoSol –, que faz parte do Plano Nacional de Qualificação do MTE, com o intuito de apoiar a inserção social das pessoas com transtornos mentais através do trabalho.

1.33 O MS, a Senaes e a UFRJ continuam apoiando tecnicamente os empreendimentos solidários na área de saúde mental, por meio de encontros, conferências, oficinas e assessoria à distância. Em 2010 já aconteceram três importantes encontros sobre o tema: I Conferência Temática de Cooperativismo Social, II Conferência Nacional de Economia Solidária e IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Para o segundo semestre de 2010 está previsto um encontro nacional de experiências.

1.34 Conclui-se que algumas ações já foram adotadas, que houve esforços de articulação com outros ministérios, e que sete capacitações foram realizadas. Entretanto, as ações concretas já implementadas são localizadas. Portanto, considera-se a recomendação **9.1.2 em implementação**.

9.1.3. implemente, juntamente com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, uma política de incentivo para a implantação de Centros de Convivência e o desenvolvimento de atividades de interação dos pacientes com a comunidade.

1.35 Em 04 de outubro de 2007 foi celebrado, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura, Acordo de Cooperação com o objetivo de estabelecer e formalizar parceria entre estes Ministérios para a integração de competências e de recursos institucionais para o desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas - consecutivas ou simultâneas - que contribuam para a garantia do acesso aos bens e serviços culturais, a qualificação dos ambientes de saúde e a melhoria do atendimento ao cidadão brasileiro. Este acordo não é específico da área de saúde mental, mas a inclui.

1.36 O Ministério da Saúde, por meio do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – LAPS/Fiocruz –, apoiou dois grandes projetos nos últimos anos. Um foi a oficina “Loucos pela Diversidade – Da diversidade da loucura à identidade da cultura”, realizada em 2007, no Rio de Janeiro, com o objetivo de indicar políticas públicas culturais para pessoas em sofrimento mental e em situação de risco social.



1.37 O segundo projeto foi o lançamento, em 2008, do Edital para o Prêmio Cultural Louco pela Diversidade, que premiou iniciativas culturais da rede de saúde mental, inclusive de associações e movimentos sociais.

1.38 Alguns CAPS têm, também, sido reconhecidos e financiados pelo Ministério da Cultura, por meio de seleções, como Pontos de Cultura.

1.39 Foi lançado em 2008 o Edital para o “Prêmio Cultural Louco pela Diversidade”, que premiou iniciativas culturais da rede de saúde mental, inclusive de associações e movimentos sociais.

1.40 Em 2009 houve outro concurso público para o “Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade”, que se destinou a premiar iniciativas culturais de instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, grupos artísticos e artistas sem vínculo institucional que atuassem na interface saúde mental e cultura e pessoas em sofrimento psíquico.

1.41 Em 2009 foi realizada a I Chamada para Seleção de Projetos de Arte Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental, com o objetivo de apoiar 60 projetos, que receberiam incentivo financeiro em 2009/2010, nos termos da Portaria GM 1.169/2005. Puderam participar da seleção projetos de arte, cultura e renda desenvolvidos em Centros de Convivência e Cultura, Associações de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde e CAPS.

1.42 Nota-se que diversas iniciativas foram tomadas no sentido de propiciar o acesso à cultura aos pacientes da rede de saúde mental, o que colabora para a interação com a comunidade. Entretanto, não houve ações no sentido de incentivar a implantação de Centros de Convivência, motivo pelo qual considera-se a recomendação **9.1.3. parcialmente implementada.**

9.1.4. promova, por meios próprios ou por intermédio de acordos e incentivos aos gestores estaduais e municipais, campanhas de divulgação e de educação nos meios de comunicação de ampla cobertura, que expliquem e orientem a população sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a criação da rede substitutiva, informando que a diminuição de leitos psiquiátricos não compromete a assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, caso seja implementada a rede de serviços extra-hospitalares, e que essas pessoas podem e devem ser reinseridas no convívio social.

1.43 Durante a execução do 1º monitoramento, o Ministério informou que as campanhas estavam sendo discutidas internamente.

1.44 Cinco anos após o Acórdão 654/2005 – TCU – Plenário, o Ministério da Saúde informou que, em função do alto custo de campanhas e das restrições orçamentárias, não foi possível a realização de campanhas na mídia sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a criação da rede substitutiva.



1.45 Informações sobre a rede de saúde mental têm sido divulgadas para a população através de outros meios, como vídeos educativos, a exemplo do DVD “Um Outro Olhar”, que aborda os conteúdos CAPS e articulação CAPS com PSF. Este DVD foi distribuído, em 2008, para todas as coordenações de saúde mental estaduais e municipais com mais de 300 mil habitantes como material a ser utilizado em ações de saúde em geral, dirigidas, por exemplo, a profissionais de saúde, educação, assistência social, justiça, familiares de pacientes, usuários, estudantes e leigos. Este DVD é distribuído, também, nos eventos nacionais realizados pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

1.46 Uma vez que foram realizadas divulgações sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a criação da rede substitutiva, apenas para as secretarias municipais com mais de 300 mil habitantes, considera-se a recomendação **9.1.4 parcialmente implementada**.

9.2. que remeta ao Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação, contemplando o prazo de implementação dos indicadores de desempenho recomendados pelo TCU, bem como cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das recomendações prolatadas pelo Tribunal, com indicação dos responsáveis pela implementação dessas medidas.

9.3.20. crie instrumentos de avaliação e indicadores de desempenho, para aferir a efetividade do serviço prestado, como os previstos na Tabela 12 do Relatório de Auditoria, sem prejuízo de outros que achar convenientes, para auxiliar na avaliação e no monitoramento das ações de saúde mental.

1.47 Até a realização do 1º monitoramento, quatro dos treze indicadores sugeridos haviam sido implantados: total de gastos com internações por transtornos mentais em relação ao valor total gasto em saúde mental, número de leitos psiquiátricos por mil habitantes, taxa de cobertura das residências terapêuticas e taxa de cobertura dos auxílios do programa “De Volta Pra Casa”.

1.48 A implementação dos demais indicadores dependia do avanço da discussão da viabilidade de alterações nos sistemas processados pelo Datasus, a fim de possibilitar a sua mensuração, situação que perdura até o momento.

1.49 Segundo informações da Área Técnica de Saúde Mental, a tendência do SUS é a de diminuir o número de indicadores acompanhados, com o objetivo de se garantir, na ponta, uma maior precisão das informações prestadas. E, por esta razão, essa coordenação mantém uma base de dados própria, que busca refletir a real situação da rede de saúde mental e do processo de mudança de modelo de atenção.

1.50 A partir desta base de dados, a coordenação de saúde mental produz os indicadores de desempenho do programa já consolidados junto aos gestores, que cumprem a função orientadora para a conformação das redes locais de saúde mental.



1.51 Os indicadores atualmente utilizados são: percentual de gastos extra-hospitalares em relação aos gastos totais em saúde mental; cobertura CAPS/100.000 habitantes; cobertura dos serviços residenciais terapêuticos; taxa de cobertura do programa de volta para casa.

1.52 Destes quatro indicadores, apenas o indicador cobertura CAPS/100.000 habitantes é utilizado nacionalmente para a pactuação de metas para os estados dentro do Pacto de Gestão, já que a Coordenação do Pacto para Gestão decidiu pela retirada do indicador relativo ao Programa de Volta para Casa.

1.53 Além disso, o programa de avaliação e monitoramento dos CAPS – AVALIAR CAPS – se constitui em um instrumento de gestão, de indução da produção de informação nos serviços e uma oportunidade para fomentar a atitude reflexiva nos serviços de saúde mental diante das práticas cotidianas. O processo de avaliação objetiva fornecer subsídios para a gestão nacional, estadual e municipal, e, também, possibilita que cada unidade realize uma discussão coletiva sobre a clínica e os modos de efetivar a atenção psicossocial no território.

1.54 Tendo em vista os esforços de instituição de indicadores de desempenho e de avaliação do programa, e a reflexão gerada em relação aos indicadores mais úteis, consideram-se as recomendações **9.2. e 9.3.20. implementadas.**

9.3.1. implemente programas de avaliação dos CAPS, juntamente com as Secretarias de Saúde dos estados, por meio de Planos Anuais de Fiscalização, de forma a garantir à população a qualidade dos serviços oferecidos.

1.55 Inicialmente, foi realizada uma coleta de dados por meio de correspondências eletrônicas e contatos telefônicos nos meses de maio e junho de 2005, com o objetivo de extrair o panorama descritivo dos CAPS existentes no país e verificar as demandas existentes, e foi formulada uma proposta de adequação do PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares –, que realiza vistorias em hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS, ao PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde –, que tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade.

1.56 Decidiu-se pela construção de um instrumento de avaliação específico, o Programa Avaliar CAPS, pois o PNASS é mais centrado na avaliação hospitalar, havendo, portanto, a necessidade de se entender a lógica dos serviços extra-hospitalares, o que possibilitará a implantação de sistemática de avaliação dos CAPS por esse Programa.

1.57 Em informações recentes encaminhadas ao TCU por meio do Ofício GS nº 1.925, de 23 de novembro de 2009, a SAS informou que o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial – Avaliar CAPS – já estava em sua terceira edição (realizada em 2008). Este instrumento tem como objetivo o levantamento de



informações sobre os serviços, o que possibilita a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e o desenvolvimento de indicadores.

1.58 Foi, também, instituído em julho de 2005, pela Portaria GM nº 1.174/GM, um programa emergencial e temporário, com duração de um ano, para a supervisão clínico-institucional dos CAPS. O programa repassou incentivos financeiros a municípios para a contratação de supervisores para os CAPS, para a qualificação da atenção em saúde mental.

1.59 O Avaliar CAPS não tem uma periodicidade de realização definida e não há normativo que o regulamente. Conclui-se, portanto, que importantes avanços foram feitos no sentido de estabelecer mecanismos de fiscalização dos CAPS, entretanto, estas iniciativas não têm caráter contínuo, motivo pelo qual considera-se a recomendação **9.3.1. parcialmente implementada.**

9.3.2. identifique, em conjunto com as Coordenações de Saúde Mental dos estados, os municípios com mais de 20 mil habitantes que ainda não possuem CAPS, para realização de trabalho de divulgação, sensibilização e orientação técnica, priorizando os municípios com menor relação CAPS/habitante.

1.60 A divulgação, sensibilização e orientação técnica, acontecem, segundo a Coordenação de Saúde Mental, em seminários, conferências, reuniões do Colegiado Nacional de Saúde Mental e outros eventos promovidos pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Existe, também, a orientação prestada por consultores do Ministério da Saúde aos estados e o atendimento e contato diário da equipe da Coordenação de Saúde Mental com os gestores.

1.61 À época do 1º monitoramento, material sobre os CAPS havia sido enviado aos municípios e coordenações estaduais, além da distribuição aos estados de 500 conjuntos de dois vídeos do Congresso Brasileiro de CAPS do Brasil. Foram cobertos, com essa ação, metade dos CAPS do Brasil. Houve, também, a distribuição da publicação “Saúde Mental Infante-Juvenil” e de folders a respeito da política de saúde mental infante-juvenil no Congresso Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

1.62 Segundo informações enviadas ao TCU por meio do Ofício GS nº 1.925, de 23 de novembro de 2009, a rede de CAPS aumentou expressivamente e cobre 60% da população brasileira. O maior desafio atual é a indução da implantação de CAPS especializados para a atenção à infância e adolescência – CAPSi – e para os transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas – CAPSad –, além dos serviços 24 horas – CAPS III.

1.63 A Portaria GM 1.191 de 04 de junho de 2009 concedeu reajuste nos valores dos procedimentos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad –, tendo em conta o Programa Emergencial de Ampliação do



Acesso para a Atenção de problemas relacionados ao Álcool e outras Drogas – PEAD 2009-2010 –, instituído pela Portaria nº 1.190/GM de 4 de junho de 2009.

1.64 Nota-se que o esforço de divulgação, sensibilização e orientação técnica realizado até o momento não foi dirigido especialmente aos municípios com mais de 20 mil habitantes que ainda não possuem CAPS, motivo pelo qual considera a recomendação **9.3.2. não implementada.**

9.3.3. crie um incentivo de custeio fixo para os CAPS recém instalados por um período determinado, a ser reduzido paulatinamente no decorrer da estabilização do faturamento de procedimentos mediante APAC.

9.3.15. reveja a remuneração e o modelo de faturamento das APAC, com o intuito de prover a cobertura financeira dos serviços prestados pelos CAPS, previstos na Portaria GM/MS n.º 336/2002.

1.65 A Portaria GM 2.867 de 27 de novembro de 2008 realocou os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC – destinados ao pagamento dos procedimentos cobrados pelos CAPS através das APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade – para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa realocação, segundo a Área Técnica de Saúde Mental, inviabilizou a proposta de incentivo de custeio fixo para os CAPS.

1.66 A Área Técnica de Saúde Mental está construindo uma nova proposta de financiamento dos CAPS, em consonância com os processos determinados pelo pacto de Gestão, incorporando ao financiamento dos CAPS o componente da qualificação dos serviços, com valores fixos para os serviços a serem incrementados a partir de critérios de qualificação.

1.67 A Área Técnica de Saúde Mental informou ainda que, para CAPS cadastrados a partir de junho de 2009, já há valores fixos de custeio, que são repassados mensalmente para os fundos municipais de saúde. Os valores repassados são os seguintes: R\$ 21.804,00 para CAPS I; R\$ 32.000,00 para CAPS II, CAPSi e CAPSad; R\$ 45.000,00 para CAPS III.

1.68 Tendo em vista o atual cenário, conclui-se que as recomendações **9.3.3. e 9.3.15. foram parcialmente implementadas.**



9.3.4. realize trabalho de convencimento junto aos dirigentes dos hospitais gerais e, em especial, dos hospitais universitários, de modo a continuar sensibilizando-os para importância da criação de unidades psiquiátricas, segundo o preconizado pela reforma psiquiátrica, instituindo, ainda, incentivo financeiro para a implantação desses leitos, considerando que há custos para adaptação da estrutura física desses hospitais para viabilizar a prestação do serviço.

1.69 O 1º monitoramento indicou que circular eletrônica foi enviada a gestores estaduais e municipais, com a finalidade de orientá-los quanto à função dos Serviços hospitalares de Referência para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRA-AD – e quanto aos passos necessários para o seu cadastramento junto ao Ministério da Saúde.

1.70 Foi criado em 2008, pela Portaria GM 2.867, Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais, destinado a elaborar diagnóstico da atual situação da implantação dos leitos e sugerir medidas e estratégias para a expansão e qualificação desses leitos. O Grupo de Trabalho teve por objetivo propor diretrizes para a regulação da porta de entrada de internações em psiquiatria, atendendo às prioridades da Política Nacional de Saúde Mental e às demais políticas da área hospitalar do Ministério da Saúde.

1.71 O resultado das duas reuniões realizadas por este grupo de trabalho foi incorporado ao documento “Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospital Geral: Práticas de Cuidado e Articulação com a Rede de Atenção em Saúde Mental”, que está sendo distribuído, de forma eletrônica, para Coordenadores de Saúde Mental, para que subsidie o planejamento e a organização das redes de atenção à saúde mental nos municípios.

1.72 Além disso, para estimular os Hospitais Gerais a investirem na atenção à saúde mental, foi concedido, por meio da Portaria GM 1.191, de 04 de junho de 2009, aumento nas diárias dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, dentro do PEAD – Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas. Em outubro de 2009, houve novo reajuste dos valores das diárias de psiquiatria nos hospitais gerais, que passaram a ter valor maior do que o maior valor de hospitais psiquiátricos, estimulando a ampliação dos leitos em hospitais gerais.

1.73 Nota-se que diversas ações foram executadas com o objetivo de ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Considera-se, portanto, a recomendação **9.3.4. implementada.**



9.3.5. realize trabalho de convencimento junto aos gestores locais sobre a necessidade de os municípios aderirem à sistemática de integração da atenção básica com a saúde mental, por meio das equipes matriciais, conforme preconizado no documento “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.

9.3.14. incentive a integração das equipes da saúde básica e da saúde mental nos municípios, com o objetivo de contribuir para a implementação da rede de atenção à saúde mental mediante, por exemplo, fomento à realização de cursos de capacitação em saúde mental para equipes de atenção básica, em especial onde a rede extra-hospitalar seja deficiente, e promoção de eventos técnicos entre coordenadores municipais e estaduais das duas áreas, nos quais se discutam temas como o sistema de referência e contra-referência.

1.74 A Portaria GM 1.065, de 4 de julho de 2005, criou os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Essa portaria previu que os Núcleos deveriam ser compostos por, no mínimo, um psicólogo ou psiquiatra e um profissional terapeuta ocupacional ou assistente social. A operacionalização e o financiamento do Ministério da Saúde para os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, bem como as atividades dos profissionais seriam tratados por portaria específica, a ser publicada no prazo de 60 dias.

1.75 A estratégia anteriormente pensada não foi implementada. Em substituição, foram criados, em 24 de janeiro de 2008, pela Portaria GM 154, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Esses núcleos devem ser compostos por pelo menos um profissional da área de saúde mental e atuam de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família.

1.76 Segundo informações do MS, atualmente existem 731 NASF cadastrados. Dos 4.453 profissionais que atuam nestes núcleos, 577 são profissionais de saúde mental.

1.77 Em 2009 foram oferecidos, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, cursos de aperfeiçoamento em saúde mental para 550 profissionais das equipes de saúde da família e para profissionais de apoio que atuam nas regiões Norte e Centro-Oeste. Entre os cursos ministrados estão o curso de qualificação em saúde mental para profissionais do centro de atenção psicossocial – CAPS II de Boa Vista, a oficina pedagógica para facilitadores em saúde mental e o curso de qualificação em saúde mental, todos realizados em Roraima.

1.78 Foi realizada a 3ª edição do curso SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento – para profissionais da atenção primária. Trata-se de um curso a distância, realizado em parceria com a SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas – e Unifesp – Universidade Federal de São Paulo –, com o apoio do MS, além de três cursos de aperfeiçoamento em parceria com a Universidade Federal do Piauí, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal da Bahia.



1.79 Conclui-se que houve esforços de sensibilização e orientação dos gestores locais, explicitados no relatório do 1º monitoramento, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de integrar as ações da atenção básica às da saúde mental e iniciativas de capacitação em saúde mental dos profissionais de atenção em saúde básica. Entretanto, estas iniciativas são ainda incipientes considerando-se os cerca de 5.566 municípios do país. 550 profissionais treinados e 731 NASF cadastrados são números relativamente pequenos considerando este universo. Portanto, consideram-se as recomendações **9.3.5. e 9.3.14. em implementação.**

9.3.6. estabeleça um cronograma para realização de ações conjuntas com os estados e municípios, oferecendo aporte financeiro e suporte técnico, para realização de censos psicossociais nos hospitais psiquiátricos com vistas a identificar os pacientes asilares.

1.80 Até a conclusão do 1º monitoramento, 32,45% dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS haviam sido recenseados.

1.81 Em 2008 foi realizado pela Secretaria de Saúde Estadual, com apoio técnico do MS, censo psicossocial nos hospitais psiquiátricos de São Paulo, com o intuito de utilizar as informações colhidas para aprofundar o processo de desinstitucionalização naquele estado.

1.82 Foram realizados censos também na Bahia, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

1.83 Além disso, o Departamento Penitenciário Nacional está planejando censo psicossocial e jurídico em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que contará com o apoio técnico do MS. Este censo está programado para terminar em dezembro de 2010.

1.84 Nota-se que recenseamentos pontuais estão sendo feitos em estados com maior concentração de leitos em hospitais psiquiátricos. Entretanto, não foi estabelecido um cronograma junto aos estados e municípios para investigar a real situação dos pacientes asilares. Considera-se, portanto, a recomendação **9.3.6. em implementação.**

9.3.7. oriente aos estados e municípios a implementar mecanismos para acompanhar o redirecionamento dos recursos referentes à redução de leitos em hospitais psiquiátricos para a rede substitutiva extra-hospitalar, como modo de efetivar o item 9 da Portaria GM/MS nº 52/2004, a exemplo da Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Teto da Atenção Psicossocial Extra-hospitalar, criada no Estado do Rio de Janeiro, por meio da Resolução CIB-RJ n.º 175, de 11/03/2004.

1.85 Apesar de considerar esta recomendação implementada, o relatório do 1º monitoramento aponta a importância de se realizar levantamento das propostas da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – para a criação da obrigatoriedade do redirecionamento de recursos para os serviços extra-hospitalares.



1.86 Em resposta ao Ofício nº 139/2010 – TCU – Seprog, a Área Técnica de Saúde Mental informa que não foram apresentadas propostas pela CIT sobre o assunto. Esta coordenação ressaltou que não é consensual entre os gestores do SUS, mesmo entre aqueles favoráveis ao processo da reforma psiquiátrica, a criação de um mecanismo que obrigue os gestores locais a investir os recursos oriundos do fechamento de leitos psiquiátricos na rede de saúde mental substitutiva. Conclui-se, então, que não houve novas ações neste sentido.

9.3.8. elabore cartilha com orientações sobre a Reforma Psiquiátrica e ofereça treinamento aos conselheiros de saúde estaduais e municipais, acerca do controle necessário nas ações de saúde mental.

1.87 A Área Técnica de Saúde Mental, á época do 1º monitoramento, havia elaborado e distribuído folder sobre a Política Nacional de Saúde Mental direcionado aos gestores.

1.88 Em 21 e 22 de outubro de 2009, foi realizada uma reunião ampliada da Comissão Intersetorial de Saúde Mental com os conselhos estaduais de saúde em parceria com a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Essa Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM – foi instituída em 1999, pela Resolução CNS nº 298, de 2 de dezembro de 1999, para acompanhar a política de saúde mental em âmbito nacional e fornecer subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde na temática de saúde mental.

1.89 Esta reunião buscou comprometer os membros das Comissões Intersetoriais de Saúde Mental com a melhoria da atenção ao sofrimento mental no SUS. Participaram da reunião os membros das Comissões de cada estado, do Distrito Federal e os representantes dos estados que ainda não possuíam uma Comissão Intersetorial de Saúde Mental, mas estavam interessados em criá-las.

1.90 Conclui-se que o folder sobre a Política Nacional de Saúde Mental distribuído aos conselheiros constitui-se em uma ação importante na busca da capacitação dos conselheiros. Entretanto, o treinamento dos conselheiros de saúde estaduais e municipais não foi realizado. A distribuição de material impresso não é suficiente para suprir a necessidade de treinamento dos conselheiros acerca do controle necessário nas ações de saúde mental, motivo pelo qual considera-se a recomendação **9.3.8. não implementada.**

9.3.9. reavalie os valores repassados para os medicamentos essenciais com base na Portaria GM nº 1.077/1999.

1.91 À época do 1º monitoramento, havia proposta de revisão e incremento dos valores destinados à compra de medicamentos em saúde mental, que estava em exame pelas instâncias gestoras do SUS, sob coordenação do Departamento de Assistência



Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde – SCTIES/MS.

1.92 A Portaria GM nº 1.077/1999 foi revogada pela Portaria 3237 de 24 de dezembro de 2007 e esta, pela Portaria GM/MS nº 2.982, de 26 de novembro de 2009, atualmente vigente. Desde 2007, todos os medicamentos essenciais, inclusive os destinados à saúde mental são provenientes de financiamento tripartite, calculado a partir de um valor per capita, em substituição ao modelo antigo de repasse de valores em bloco. Os valores repassados foram atualizados com a edição das novas portarias.

1.93 Considera-se, portanto, a recomendação **9.3.9. implementada.**

9.3.10. estabeleça diretriz no sentido de aperfeiçoar o acesso aos medicamentos para os pacientes que residem distante dos centros de dispensação, incentivando os estados a, por exemplo, desconcentrar a dispensação, desde que sejam garantidos os requisitos mínimos para a qualificação das unidades, ou adotar soluções alternativas para fazer chegar os medicamentos aos usuários, informando a esses estados sobre experiências locais bem sucedidas na facilitação do acesso.

1.94 O MS informou que o Departamento de Assistência Farmacêutica vem modernizando os mecanismos de dispensação, que estão a cargo dos gestores locais e que não tem havido problemas de dispensação da “Lista Básica da Saúde Mental”, salvo em locais de difícil acesso como a Amazônia Legal.

1.95 O Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – desenvolvido por meio de cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde de Recife e o Datasus, está em fase de implementação e permitirá a integração de informações entre as farmácias, unidades de saúde e almoxarifado.

1.96 Entretanto, de acordo com o Relatório de Gestão de 2009 da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, entre as ações da secretaria esperadas para 2010 está a implantação do sistema HÓRUS em 20% dos municípios brasileiros e a capacitação de aproximadamente 1.000 profissionais de saúde para a utilização do sistema.

1.97 Conclui-se, portanto que a implantação do sistema HÓRUS, apontado como o mecanismo de modernização da dispensação dos medicamentos está em fase inicial de implantação. Tendo em vista a situação atual relatada e as informações que constam no Relatório de Gestão de 2009 do Ministério da Saúde, considera-se a recomendação **9.3.10. em implementação.**



9.3.11. implemente e expanda, em quantidade e abrangência territorial, a oferta de cursos nos Núcleos e Pólos de Capacitação e Produção de Conhecimento, não restringindo a apenas os grandes centros urbanos.

1.98 Segundo informações do MS, existem hoje 21 Núcleos Regionais de Formação em Saúde Mental para a Rede Pública que oferecem cursos de especialização e atualização em saúde mental.

1.99 Em 2009 o MS instituiu, pela Portaria GM 1.190 de 4 de junho de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD 2009-2011 –, de abrangência nacional, que incluiu a realização de quinze cursos de especialização e 65 cursos de atualização em saúde mental com ênfase em álcool e drogas, prioritariamente nas cem maiores cidades brasileiras e alguns municípios de fronteira.

1.100 Foi realizado, pela Universidade de Brasília – UnB –, curso de especialização que formou, em 2009, 50 profissionais do Distrito Federal, Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE – e Goiás.

1.101 Foi realizado, também em Brasília, o 1º Congresso de Saúde Mental do Cerrado, fruto de uma parceria entre a UnB, o MS e com o Governo do Distrito Federal – GDF. Um livro com os trabalhos dos alunos e textos dos profissionais envolvidos e professores da UNB foi produzido. Além disso, foi realizado o curso de especialização da Universidade Federal do Piauí –UFPI –, que envolveu alunos de todo o estado.

1.102 Observa-se que as ações de capacitação continuam concentradas, em sua maior parte, nos grandes centros urbanos, motivo pelo qual considera-se a recomendação **9.3.11. não implementada.**

9.3.18. articule com os órgãos federais e estaduais competentes a criação de mecanismos que permitam a agilização da emissão dos documentos de identificação dos beneficiários potenciais do Programa “De Volta para Casa”.

1.103 A Área Técnica de Saúde Mental promoveu reuniões com a Associação dos Registradores de Pessoas Naturais – ARPEN – e com a Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH – entre os anos de 2006 e 2007 para agilizar o registro tardio de pessoas que permaneceram em longas internações. A OAB/SP também foi mobilizada para apoiar a emissão de documentação tardia, no contexto do censo psicossocial realizado nos hospitais psiquiátricos de São Paulo em 2008.

1.104 O resultado desta articulação foi que os registros civis tardios foram facilitados com a publicação da Lei nº 11.790/2008, que alterou artigo da Lei de Registros Públicos – Lei nº 6.015/1973 – e, com isso, permitiu o registro da declaração de nascimento fora do prazo legal diretamente nas serventias extrajudiciais. Esta medida agilizou o processo de registro civil tardio, dispensando o trâmite judicial, quando há a



presença de duas testemunhas e não há a suspeita de falsidade da declaração por parte do Oficial do Registro Civil.

1.105 Portanto, considera-se a recomendação **9.3.18. implementada.**

9.3.19. estude a criação de benefícios que apoiem a desinstitucionalização de pacientes excluídos do Programa “De Volta Para Casa”.

1.106 À época do 1º monitoramentos, a Coordenação de Saúde mental informou que estava desenvolvendo parcerias com o Ministério do Trabalho e Emprego, a fim de expandir os programas de geração de renda; com o Ministério das Cidades, a fim de obter apoio à construção de Serviços de Residências Terapêuticas; e com o Ministério do Desenvolvimento Social, visando facilitar o acesso ao Programa Bolsa Família.

1.107 Como resultado da articulação com o MTE, o MS, em parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária e a Universidade Federal do Rio de Janeiro conceberam o projeto “Saúde Mental – Construção da Rede Nacional de Empreendimentos Solidários”, conforme exposto nos itens relativos à recomendação 9.1.2. deste relatório.

1.108 Não houve resultados da articulação com o Ministério das Cidades e não houve articulação com o Ministério do Desenvolvimento Social.

1.109 A Área Técnica de Saúde Mental ressaltou que, hoje, os pacientes que não possuem os pré-requisitos para a inclusão no Programa de Volta pra Casa têm a possibilidade de serem inscritos no Benefício de Prestação Continuada, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

1.110 Como esforços de articulação com outros Ministérios foram feitos e os pacientes não beneficiados com o Programa de Volta pra Casa podem contar com outros programas como o BPC e o Bolsa Família, considera-se a recomendação **9.3.19. implementada.**

9.3.21. estude incentivos para implantação de hardware e software nos CAPS que permita informatizar os prontuários e extrair informações técnicas e gerenciais como o número de pacientes internados.

1.111 A Área Técnica de Saúde Mental informou que o processo de informatização de prontuários está ligado a um projeto maior, o projeto do Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS –, que está em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde.

1.112 Foi noticiado no 1º monitoramento que havia uma parceria com o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação – Projeto Casa Brasil – e convênios com o Fundo Nacional de Saúde para a compra de equipamentos e a manutenção dos equipamentos



existentes dos CAPS. Entretanto, a Área Técnica de Saúde Mental informou que a parceria com o Fundo Nacional de Saúde não teve prosseguimento em função de dificuldades operacionais e financeiras por parte do Ministério da Saúde e dos CAPS e a manutenção dos equipamentos, proposta pelo Casa Brasil não pode ser realizada.

1.113 Tendo em vista que, passados quase seis anos após a realização da auditoria, não houve nenhum avanço concreto no processo de informatização dos CAPS, considera-se a recomendação **9.3.21. não implementada**.

9.3.23. crie diretrizes que orientem a supervisão técnica-institucional das ações de atenção à saúde mental pelos gestores do SUS.

1.114 As diretrizes da supervisão técnica-institucional forma consideradas estabelecidas com a edição da Portaria GM/MS n.º 1.174/2005, desde o 1º monitoramento. O processo de qualificação dos supervisores, por meio da Escola de Supervisores, dependia de implantação.

1.115 A Escola de Supervisores, implantada como projeto piloto na Bahia em 2006, foi expandida em 2009 para o Rio Grande do Sul, por meio da Escola de Saúde Pública do Estado em parceria com o Ministério da Saúde. Em Alagoas e no Rio de Janeiro estão em processo de construção mais Escolas de Saúde Mental, que incluirão a formação de supervisores.

1.116 Depreende-se das informações prestadas pelo Ministério da Saúde que as Escolas de Supervisores estão sendo aos poucos implantadas. Portanto, considera-se a recomendação **9.3.23. implementada**.

9.3.24. promova treinamento de servidores dos CAPS responsáveis pelo preenchimento das APAC.

1.117 O Ministério da Saúde afirma que a partir da edição da Portaria 2.867/2008, essa ação não tem mais a centralidade que tinha quando as APACS eram os instrumentos para o repasse dos recursos de custeio dos CAPS. Atualmente as APCS continuam a ser preenchidas para a informação sobre os atendimentos realizados enquanto não há outro sistema de informação para a saúde mental.

1.118 Conclui-se, pelo exposto, que a recomendação **9.3.24. perdeu seu objetivo, podendo ser considerada não aplicável**.



9.3.25. crie meios para custear o deslocamento das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus acompanhantes até as unidades da rede substitutiva, nos termos do art. 196 da Constituição Federal, juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde, a exemplo do que já ocorre no Programa Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência.

1.119 O Ministério do Transporte montou um grupo de trabalho para a revisão do Passe Livre Interestadual, do qual o Ministério da Saúde faz parte. A Área Técnica de Saúde Mental acompanha desde 2009 as discussões e articulações do grupo de trabalho para construir a proposta de inclusão dos portadores de transtornos mentais como beneficiários.

1.120 Com a expansão da rede substitutiva, o acesso foi facilitado, embora existam algumas regiões de vazio assistencial, principalmente na região norte do país.

1.121 Embora a criação deste grupo de trabalho demonstre alguma iniciativa no alcance dos objetivos da recomendação, não houve até o momento nenhuma ação concreta. Além do que, o grupo de trabalho pretende incluir os portadores de transtornos mentais como beneficiários do passe livre interestadual. Ainda não foi dado nenhum passo em direção ao acesso livre ao transporte dessas pessoas dentro do município às unidades da rede de atenção psicossocial. Portanto, considera-se a recomendação **9.3.25. não implementada.**

Conclusão

1.122 O presente trabalho encerra o ciclo de monitoramento das deliberações desta Corte de Contas, provenientes do Acórdão TCU nº 654/2005 – Plenário, acerca da Auditoria Operacional realizada, em 2004, nas ações de atenção à saúde mental (Atenção à Saúde Mental, Auxílio Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde – De Volta para Casa, e Apoio a Serviços Extra-Hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas), vinculadas ao Programa de Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. O trabalho adotou a forma de processo específico, não de fiscalização do tipo Monitoramento – MON, conforme os padrões definidos pela Portaria – Segecex/TCU nº 27, de 19 de outubro de 2009.

1.123 Para que se pudesse medir o grau de implementação das deliberações do referido Acórdão, foram adotados quatro níveis de classificação das recomendações, conforme estabelecido pela Portaria supracitada: a) Implementada; b) Em implementação; c) Parcialmente Implementada; e d) Não Implementada. A classificação “Parcialmente Implementada” agrupa as recomendações que foram objeto de adoção de alguma medida, não há perspectiva de adoção de outras medidas, mas os resultados não foram considerados suficientes. A classificação “Em Implementação” abrange as



recomendações que já foram objeto de algumas medidas e que ainda estão sendo trabalhadas. Há ainda uma deliberação que perdeu o objeto e foi considerada não aplicável.

1.124 A situação atual de implementação das recomendações do Acórdão nº 654/2005 – TCU – Plenário, diante das informações obtidas ao longo deste monitoramento, é apresentada na Tabela 4. Ressalte-se que não foram objeto de monitoramento as recomendações 9.1.5, 9.3.7, 9.3.13, 9.3.16, 9.3.17, 9.3.22, já classificadas como implementadas no 1º monitoramento, a recomendação 9.4 e as determinações 9.5 e 9.6 (envio de cópia do Acórdão, relatório e voto para os interessados, realização de monitoramento das determinações e recomendações, e ao arquivamento dos autos, respectivamente), também já estão implementadas e não constam da tabela por serem itens de providências administrativas internas desta secretaria.

Tabela 4 – Situação de implementação das deliberações do Acórdão nº 654/2005-TCU-Plenário, por item, em julho de 2010.

Situação das deliberações (itens do acórdão)				
Implementadas	Parcialmente Implementadas	Em Implementação	Não Implementadas	Deixou de ser aplicável
9.1.5; 9.2; 9.3.20; 9.3.4; 9.3.7; 9.3.9; 9.3.13; 9.3.16; 9.3.17; 9.3.18; 9.3.19; 9.3.22; 9.3.23	9.1.3; 9.1.4; 9.3.1; 9.3.3; 9.3.15;	9.1.1; 9.1.2; 9.3.5; 9.3.6; 9.3.10; 9.3.12; 9.3.14;	9.3.2; 9.3.8; 9.3.11; 9.3.21; 9.3.25	9.3.24
42%	16%	23%	16%	3%

1.125 No presente monitoramento, realizado quase cinco anos após a apreciação da auditoria original, constatou-se que 42% das deliberações estão implementadas. Adicionando-se as recomendações que se encontram em implementação e parcialmente implementadas, esse percentual se eleva para 81%, mostrando um bom nível de atendimento das medidas propostas pelo Tribunal.

1.126 As recomendações já atendidas estão voltadas, basicamente, para a criação e acompanhamento de indicadores de desempenho, mecanismos para agilizar o registro tardio de pacientes e criação de diretrizes para a supervisão técnica-institucional.

1.127 Os itens parcialmente implementados referem-se à divulgação da Reforma Psiquiátrica, criação de centros de convivência e melhoria dos mecanismos de custeio e de mecanismos de avaliação dos CAPS em relação à qualidade dos serviços prestados.



1.128 O item em implementação refere-se à capacitação de profissionais para a atuação na área de saúde mental, à reinserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais, à integração da saúde básica com a saúde mental, à melhorias na disponibilidade e acesso aos medicamentos necessários à saúde mental, à identificação dos pacientes asilares existentes, que se constitui em um diagnóstico necessário para a definição de mecanismos de desinstitucionalização destes pacientes, preconizada pela reforma psiquiátrica.

1.129 As recomendações não implementadas referem-se, basicamente, a estímulos de criação de CAPS em municípios com menos de 20 mil habitantes, capacitação de profissionais para atuação na área de saúde mental não restrita aos grandes centros urbanos, informatização dos CAPS e criação de mecanismos que facilitem o deslocamento de pacientes portadores de transtornos mentais até os centros de tratamento. Estes itens podem afetar os objetivos de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica, principalmente em municípios menores e longes de grandes centros urbanos.

Proposta de Encaminhamento

1.130 Diante do exposto, submete-se os autos à consideração superior com as seguintes propostas:

- I) Dar por encerrado o ciclo de monitoramentos do Acórdão nº 654/2005-TCU-Plenário, considerando:
 - a) Cumpridos os itens 9.4; 9.5 e 9.6;
 - b) Implementados os itens 9.1.5; 9.2; 9.3.20; 9.3.4; 9.3.7; 9.3.9; 9.3.13; 9.3.16; 9.3.17; 9.3.18; 9.3.19; 9.3.22; 9.3.23;
 - c) Parcialmente implementados os itens 9.1.3; 9.1.4; 9.3.1; 9.3.3; e 9.3.15;
 - d) Em implementação os itens 9.1.1; 9.1.2; 9.3.5; 9.3.6; 9.3.10; 9.3.12; 9.3.14;
 - e) Não implementados os itens 9.3.2; 9.3.8; 9.3.11; 9.3.21; 9.3.25; e
 - f) Não mais aplicável o item 9.3.24.
- II) Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor dessa instrução para os seguintes destinatários: a) ao Ministro da Saúde; b) ao titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; c) ao Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde.



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Seprog
Relatório de Monitoramento
Programa Geologia do Brasil

Seprog

Fls.

- III) Apensar os autos ao TC 001.862/2006-0 que trata da auditoria operacional nas ações de atenção à saúde mental.
- IV) Arquivar os autos na Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Seprog.

Brasília/DF, em 30 de julho de 2010.

Cristina Monken Mascarenhas
Auditora Federal de Controle Externo
Matrícula: 7669-4

De acordo. Encaminhe-se para apreciação do Secretário de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo.

Brasília/DF, em 03 de agosto de 2010.

Carmen Pereira Rêgo Meireles
Gerente da 2ª Divisão da Seprog em substituição
Matrícula: 840-0

De acordo. Encaminhe-se à consideração do Ministro-relator.

Brasília/DF, em de agosto de 2010.

Carlos Alberto Sampaio de Freitas
Secretário de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo
Matrícula: 2806-1