



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

**Relatório de Avaliação de Programa**  
**Ações de Atenção à Saúde Mental**  
Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas  
e em Situações Especiais de Agravos

Relator  
**Auditor Lincoln Magalhães da Rocha**

Brasília, Brasil, 2005

© Copyright 2005, Tribunal de Contas da União  
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

[www.tcu.gov.br](http://www.tcu.gov.br)

Para leitura completa do Relatório, do Voto e do Acórdão n.º 654/2005-TCU - Plenário, acesse a página do TCU na Internet no seguinte endereço:

[www.tcu.gov.br/avaliacaodeprogramasdegoverno](http://www.tcu.gov.br/avaliacaodeprogramasdegoverno)

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Relatório de avaliação de programa : Ações de Atenção à Saúde Mental : Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União; Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005.

116p.

1. Saúde mental. 2. Doente mental, proteção. 3. Programa de governo, avaliação. I. Ações de Atenção à Saúde Mental. II. Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos (Brasil). III. Título.

Catálogo na fonte: Biblioteca Ministro Ruben Rosa



## **TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

### **Ministros**

Adylson Motta, Presidente  
Walton Alencar Rodrigues, Vice-Presidente  
Marcos Vinícios Vilaça  
Valmir Campelo  
Guilherme Palmeira  
Ubiratan Aguiar  
Benjamin Zymler

### **Auditores**

Lincoln Magalhães da Rocha  
Augusto Sherman Cavalcanti  
Marcos Bemquerer Costa

### **Ministério Público**

Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral  
Paulo Soares Bugarin, Subprocurador-Geral  
Maria Alzira Ferreira, Subprocuradora-Geral  
Marinus Eduardo de Vries Marsico, Procurador  
Cristina Machado da Costa e Silva, Procuradora  
Júlio Marcelo de Oliveira, Procurador  
Sérgio Ricardo C. Caribé, Procurador



# APRESENTAÇÃO

Esta série de publicações editada pelo Tribunal de Contas da União visa divulgar aos órgãos governamentais, parlamentares e sociedade civil o inteiro teor dos relatórios, Votos e Acórdãos referentes a avaliações de programas governamentais realizadas pelo TCU, com o intuito de verificar o desempenho da gestão pública em áreas estratégicas do governo e em programas relevantes para a sociedade.

O Tribunal tem se esforçado no sentido de conferir maior transparência aos atos praticados pelos gestores públicos, não apenas em termos de sua conformidade com a norma legal, mas também no que diz respeito ao alcance dos resultados produzidos por suas ações.

Para isso, o TCU realiza auditorias de natureza operacional, da qual a avaliação de programas é uma modalidade, que se constitui na coleta e análise sistemáticas de informações sobre características, processos e impactos de programa, atividade ou organização, com base em critérios fundamentados, com o objetivo de subsidiar os mecanismos de responsabilização por desempenho e contribuir para aperfeiçoar o desempenho da ação de governo.

Com a publicação dos resultados alcançados nessas fiscalizações, o Tribunal busca tornar dados e informações sobre os programas avaliados mais acessíveis à sociedade. É iniciativa que favorece e estimula a participação efetiva do cidadão brasileiro na garantia da correta e regular aplicação dos recursos públicos.

Este número traz a avaliação realizada nas Ações de Atenção à Saúde Mental do Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, de responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o Voto de Sua Excelência, o Auditor Lincoln Magalhães da Rocha, e o Acórdão do Plenário do TCU, proferido em Sessão de 25/05/2005.

**Adylson Motta**  
Ministro-Presidente

# Agradecimentos da Equipe de Auditoria

O sucesso das Auditorias de Natureza Operacional está relacionado à parceria que se estabelece entre a equipe de auditoria e os dirigentes e técnicos do programa auditado. Nesse sentido, cabe registrar que a equipe foi bem recebida pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, tendo contado com a cordialidade e colaboração da Coordenação Geral de Saúde Mental para a realização do diagnóstico do programa, bem como para a prestação de informações e apresentação de documentos necessários ao desenvolvimento dos trabalhos.

Cabe agradecer, também, a colaboração e o apoio logístico prestado pelas Secretarias de Saúde, por meio das suas Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental nos estados do Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e nos municípios de Belém/PA, Ananindeua/PA, São Luís/MA, Fortaleza/CE, Sobral/CE, João Pessoa/PB, Recife/PE, Aracaju/SE, Cuiabá/MT, Várzea Grande/MT, Belo Horizonte/MG, Barbacena/MG, Betim/MG, Rio de Janeiro/RJ, São Gonçalo/RJ, Paracambi/RJ, São Paulo/SP, Campinas/SP, Itanhaém/SP, Curitiba/PR, Londrina/PR, Florianópolis/SC, São José/SC, Joinville/SC e Porto Alegre/RS quando das visitas às unidades destes estados e municípios.

Por fim, agradece-se aos técnicos e especialistas presentes nos painéis de referência, oportunidades nas quais foram apresentadas sugestões para aperfeiçoar o planejamento e a execução da avaliação.

## SUMÁRIO

Resumo; 11

### 1. Introdução; 15

Antecedentes; 15

Identificação do objeto da auditoria; 15

Objetivos e escopo da auditoria; 16

Metodologia; 17

Forma de organização do relatório; 18

### 2. Visão geral; 20

Histórico; 20

Objetivo e público alvo; 22

Legislação; 22

Forma de Implementação; 23

Aspectos orçamentários e financeiros; 25

Controles e sistemas de informação; 28

### 3. A política de desospitalização e a implementação da Reforma Psiquiátrica; 31

Distribuição de leitos psiquiátricos e a organização dos serviços substitutivos; 31

Pacientes em condições asilares; 42

Realocação das AIH e o controle social; 44

Serviços prestados pelos Hospitais Psiquiátricos; 46

Distribuição dos medicamentos essenciais e de alto custo; 48

### 4. A contribuição da capacitação em saúde mental para o alcance dos resultados; 51

Freqüência de capacitação dos profissionais de saúde da rede extra-hospitalar; 54

Relação dos CAPS com as equipes de atenção básica; 57

Disponibilidade de psiquiatras no Brasil; 59

Formação acadêmica dos profissionais de saúde; 60

### 5. A promoção da reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais e o seu bem-estar e de sua família; 63

A reinserção social e a inserção no mercado de trabalho; 63

O auxílio-reabilitação do Programa “De Volta Para Casa”; 67

Mecanismos de avaliação dos resultados das ações em Saúde Mental e supervisão técnica-institucional; 70

Campanhas de divulgação das ações em saúde mental; 73

Acesso dos usuários aos CAPS; 74

### 6. Monitoramento e indicadores de desempenho; 77

### 7. Análise dos comentários dos gestores; 83

### 8. Conclusão; 89

### 9. Proposta de encaminhamento; 93

## **10. Apêndices; 99**

Lista de Siglas; 99

Glossário; 100

Lista de Ilustrações; 101

Lista de Tabelas; 101

Referências; 102

**VOTO; 105**

**ACÓRDÃO; 111**





# RESUMO

1. O objeto desta auditoria são as ações de 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, no Plano Plurianual 2004/2007, 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 (SAS/MS).
2. Essas ações têm como objetivos a inserção social dos pacientes longamente internados, expansão e melhoria da qualidade da atenção em saúde mental e reversão do atual modelo hospitalocêntrico para o de intensificação da atenção extra-hospitalar ao portador de transtorno mental e aos dependentes de álcool e outras drogas. Mediante processo de reabilitação psicossocial, devem ser concedidas às pessoas portadoras de transtornos mentais oportunidades de atingir seu potencial de vida independente em sua comunidade. Os valores alocados no Plano Plurianual – PPA 2004/2007 para essas ações somam aproximadamente R\$ 87 milhões.
3. Os objetivos do presente trabalho de auditoria foram: i) verificar em que medida as ações da política de desospitalização garantem, em ritmo adequado, a implementação da reforma psiquiátrica; ii) identificar como os mecanismos de capacitação em atenção à saúde mental têm contribuído para o alcance dos resultados quanto à qualidade do atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais; iii) avaliar em que medida o programa promove a reinserção social da pessoa com transtornos mentais e contribui para o seu bem-estar e de sua família; iv) construir indicadores de desempenho para o monitoramento e avaliação dos resultados das ações em análise; e v) identificar boas práticas de gestão.
4. A auditoria envolveu a análise de documentos, material informativo e dados produzidos pelo Ministério da Saúde e secretarias de saúde dos estados e municípios; trabalhos técnicos e acadêmicos; e dados dos sistemas informatizados do Sistema Único de Saúde (SUS) . Foram visitados gestores e serviços de atenção à saúde mental em 25 municípios de 13 estados e realizada pesquisa postal com coordenações estaduais e municipais de saúde mental e gerentes de serviços de atenção à saúde mental.
5. Os trabalhos demonstraram que há problemas no processo de desospitalização, a saber: insuficiência da rede extra-hospitalar; alto número de pacientes asilares; deficiências na desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtorno mental; fal-

- ta de garantia da aplicação dos recursos gerados pela diminuição de leitos na saúde mental no financiamento dos serviços da rede extra-hospitalar; conselhos de saúde pouco atuantes nas ações de saúde mental; distribuição descontínua de medicamentos essenciais; distribuição intempestiva de medicamentos de alto custo; e ausência de articulação da maioria das coordenações de saúde mental com o Poder Judiciário, Ministério Público e Conselho Tutelar.
6. Verificou-se também que a capacitação dos profissionais em saúde mental é assistemática e que existe deficiência na relação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com as equipes de atenção básica. Tal situação se torna mais crítica ao ter sido constatada a insuficiência na quantidade e na adequabilidade da formação acadêmica (não voltada para o novo modelo de tratamento em saúde mental) de profissionais de saúde.
  7. O ponto positivo mais forte detectado nos grupos focais realizados com pessoas portadoras de transtornos mentais e familiares foi o alto índice de satisfação dos usuários dos CAPS e de seus familiares com o atendimento recebido. As causas declaradas foram a melhora clínica considerável dos pacientes; o atendimento mais humanizado; os profissionais envolvidos mais dedicados; o acompanhamento multiprofissional oferecido e a ocorrência de reuniões com os familiares para discutir tratamento e evolução clínica dos pacientes.
  8. Por fim, quanto à reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais, observou-se a carência de oficinas para geração de renda na maioria dos municípios visitados; a pouca interação dos CAPS com os equipamentos comunitários, exceto onde foram criados os Centros de Convivência; o reduzido número de visitas domiciliares realizadas pelos CAPS; o baixo número de beneficiários do auxílio-reabilitação do Programa “De Volta Para Casa” em relação aos potenciais beneficiários; a ausência de sistema de armazenamento e manipulação de dados com informações técnicas e gerenciais acerca da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS); a carência de instrumentos de avaliação e de indicadores para aferir a efetividade do serviço prestado; a deficiência de supervisão técnica-institucional dos gestores estaduais e municipais da saúde mental do SUS; e a carência de campanhas sistemáticas de divulgação das ações de saúde mental e campanhas educacionais contra o estigma das pessoas portadoras de transtornos mentais.
  9. Constatou-se que a área de saúde mental é dinâmica e está em constante evolução. As deficiências constatadas devem ser avaliadas tendo-se em vista o processo gradativo de expansão da rede extra-hospitalar e o aperfeiçoamento dos recursos humanos envolvidos.
  10. Considerando as constatações citadas e visando contribuir para melhorar o desempenho das ações de saúde mental, foram recomendadas, entre outras: ações para aumentar a

implantação dos serviços substitutivos e para melhorar a eficiência e a efetividade da rede extra-hospitalar existente; expansão dos Núcleos e Pólos de Capacitação e Produção de Conhecimento; articulação com o Ministério da Educação e as Instituições de Ensino Superior para promover alteração/atualização de currículo dos cursos na área de saúde; desenvolvimento de mecanismos de estímulo à criação das cooperativas sociais; implementação de políticas de incentivo à implantação de Centros de Convivência; criação de diretrizes sobre a supervisão técnica-institucional dos gestores do SUS nas ações de atenção à saúde mental; instituição de canal permanente de comunicação entre o Ministério da Saúde e os demais gestores das ações de saúde mental para disseminação de boas práticas.

11. Os principais benefícios esperados, como consequência do cumprimento das recomendações, são a melhoria da gestão e da operacionalização das ações em saúde mental, sobretudo na intensificação da reforma psiquiátrica, acelerando a diminuição da quantidade de leitos em Hospitais Psiquiátricos e a implantação, em nível nacional, da rede substitutiva na quantidade e qualidade necessárias. A implementação das recomendações quanto ao acompanhamento das ações de atenção à saúde mental contribuirá para disseminar boas práticas de gestão e produzir informações para a prestação de contas por desempenho.





# 1. INTRODUÇÃO

## ANTECEDENTES

- 1.1. O Plano Estratégico do Tribunal de Contas da União (TCU) para o período de 2003 a 2007, aprovado pela Portaria TCU n.º 59, de 20/01/2003, define como um de seus objetivos estratégicos contribuir para a melhoria da prestação dos serviços públicos (objetivo n.º 4) e como uma de suas estratégias, fortalecer as ações de controle voltadas para melhoria do desempenho da gestão pública (estratégia n.º 4).
- 1.2. Para isso, o TCU avalia programas e ações de governo com o objetivo de gerar informações para subsidiar o processo de responsabilização por desempenho e formular recomendações para aperfeiçoá-los.
- 1.3. Nos termos de seu Regimento Interno, o TCU realizou, no primeiro semestre de 2004, estudos de viabilidade em diversos programas de governo do Plano Plurianual (PPA) 2004/2007, com a finalidade de selecionar aqueles passíveis de serem avaliados. As ações de atenção à saúde mental do Programa de Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos foram selecionadas como consequência da avaliação de sua relevância, risco e materialidade.
- 1.4. A auditoria foi realizada entre 3 de agosto e 19 de novembro de 2004, com o apoio do Projeto de Aperfeiçoamento do Controle Externo com

Foco na Redução da Desigualdade Social – CERDS, que tem por objetivo promover o uso de metodologias de avaliação de programa com foco na questão da redução da pobreza e da desigualdade social.

## IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA AUDITORIA

- 1.5. As ações selecionadas para serem avaliadas foram as de Atenção à Saúde Mental (6233), juntamente com as ações Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde - De Volta para Casa (0843) e Apoio a Serviços Extrahospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas (0844). Os motivos que levaram à escolha dessas ações foram o importante momento de consolidação de mudanças na política, os avanços de gestão ocorridos em 2003, a continuidade da gestão nos últimos anos à frente do programa e devido à possibilidade de mensuração e análise de indicadores de implementação da diretriz de desospitalização, com identificação de oportunidades de melhoria de desempenho.
- 1.6. As ações de atenção à saúde mental têm como objetivos a inserção social dos pacientes longamente internados, expansão e melhoria da qualidade da atenção em saúde mental e reversão do atual modelo hospitalocêntrico para o de intensificação da atenção

extra-hospitalar ao portador de transtorno mental e aos dependentes de álcool e outras drogas. Mediante processo de reabilitação psicossocial, devem ser concedidos às pessoas portadoras de transtornos mentais oportunidades de atingir seu potencial de autonomia em sua comunidade.

## **OBJETIVOS E ESCOPO DA AUDITORIA**

- 1.7. No planejamento da auditoria, foram identificadas ameaças e fraquezas referentes às ações examinadas, com grande probabilidade de afetar negativamente seu desempenho: insuficiência da rede extra-hospitalar; dificuldade na capacitação dos recursos humanos; restrição de gastos dos municípios com pessoal em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal; problemas de logística na aquisição e fornecimento de medicamentos; estigmatização dos beneficiários pela sociedade; avaliação deficiente das ações pela ausência de indicadores no PPA e inexistência de informações necessárias para a gestão das ações de saúde mental nos sistemas do SUS.
- 1.8. Levantamentos preliminares indicaram oportunidades de melhoria de desempenho nas dimensões de articulação institucional, descentralização, eficácia, efetividade e equidade das ações, bem assim quanto à sua operacionalização e execução.
- 1.9. As análises iniciais indicaram que as medidas adotadas pelo Programa ainda são insuficientes para consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da ci-

dadania da pessoa portadora de transtorno mental - PPTM.

- 1.10. Nesse sentido, a auditoria orientou-se pela análise de três questões principais: i) Em que medida as ações da política de desospitalização garantem, em ritmo adequado, a implementação da reforma psiquiátrica? ii) Como os mecanismos de capacitação em atenção à saúde mental têm contribuído para o alcance dos resultados quanto à qualidade do atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais? iii) Em que medida o programa promove a reinserção social da pessoa com transtornos mentais e contribui para o seu bem-estar e de sua família? Além disso, a auditoria objetivou construir indicadores de desempenho, para o monitoramento e avaliação dos resultados das ações em análise, e identificou boas práticas de gestão, para disseminar entre os gestores locais.

## **METODOLOGIA**

- 1.11. No curso da auditoria, foram analisados trabalhos técnicos e acadêmicos; documentos oficiais encaminhados pelo Ministério da Saúde e coordenações estaduais e municipais de saúde mental; e dados secundários das bases de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), SIAFI e Congresso Nacional. Foi realizada pesquisa postal com coordenações estaduais e municipais de saúde mental, e com gerentes de CAPS, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Hospitais Psiquiátricos. Foram visitados 13 (treze) estados e 25 (vinte e cinco) municípios, tendo sido realizadas entrevistas estruturadas com as

respectivas coordenações estaduais e municipais de saúde mental, com os gerentes de 28 (vinte e oito) CAPS, 15 (quinze) SRT e 6 (seis) Hospitais Psiquiátricos. Além disso, foram conduzidos 4 (quatro) grupos focais com familiares e portadores de transtornos mentais.

1.12. A estratégia metodológica utilizada na análise das questões de auditoria incluiu o encaminhamento, por via postal, de questionários a 27 coordenações estaduais e distrital de saúde mental, 207 hospitais psiquiátricos, 520 CAPS, 231 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e a todos os gestores municipais (331) que tivessem em suas localidades CAPS ou SRT ou hospital psiquiátrico em funcionamento e, também, uma amostra de outros 682 municípios que não mantivessem nenhum desses serviços. As conclusões deste trabalho foram embasadas, em parte, nas informações obtidas por intermédio desta pesquisa, que apresentou os seguintes números de respostas: 22 de gestores estaduais e distrital de saúde (81,48% de retorno), 381 de gestores municipais de saúde (37,61% de retorno), 125 de hospitais psiquiátricos (60,38% de retorno), 235 de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (45,19% de retorno) e 80 de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT (34,64% de retorno).

1.13. Foram visitados os estados do Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e os municípios de Belém/PA, Ananindeua/

PA, São Luís/MA, Fortaleza/CE, Sobral/CE, João Pessoa/PB, Recife/PE, Aracaju/SE, Cuiabá/MT, Várzea Grande/MT, Belo Horizonte/MG, Barbacena/MG, Betim/MG, Rio de Janeiro/RJ, São Gonçalo/RJ, Paracambi/RJ, São Paulo/SP, Campinas/SP, Itanhaém/SP, Curitiba/PR, Londrina/PR, Florianópolis/SC, São José/SC, Joinville/SC e Porto Alegre/RS. Para a seleção dos estados e municípios a serem visitados, foram utilizados os critérios de existência de rede extra-hospitalar (CAPS e SRT), de leitos psiquiátricos e referências de boas práticas ou de problemas na execução, e ainda os indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

1.14. Ressalte-se que o Técnico de Controle Externo do Tribunal de Contas do Estado da Bahia, Jucival Santana de Souza, participou de todas as fases da avaliação como treinando em auditoria de natureza operacional pelo Projeto Aperfeiçoamento do Controle Externo com foco na Redução da Desigualdade Social – Cerds, co-financiado pelo TCU e pelo Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID).

## FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

1.15. O segundo capítulo do relatório apresenta uma visão geral das ações auditadas, compreendendo seus históricos, objetivos e público alvo, forma de implementação e aspectos orçamentários e financeiros.

1.16. Os três capítulos seguintes relatam os resultados da avaliação das ações,

onde são descritos aspectos relativos à articulação institucional, descentralização, eficácia e equidade na implementação da reforma psiquiátrica (capítulo 3); articulação institucional, descentralização e eficácia quanto aos mecanismos de capacitação que ensejem uma melhor qualidade no atendimento (capítulo 4); e reinserção social e bem-estar da pessoa com transtorno mental e de seus familiares, examinando-se as dimensões de articulação institucional, efetividade e eficácia (capítulo 5).

- 1.17. Os capítulos 6 a 8 tratam, respectivamente, do monitoramento da ação e proposta de indicadores de desempenho, da análise dos comentários dos gestores e das considerações finais do trabalho. Neste último, são apresentados os aspectos mais relevantes que foram levantados pela auditoria, assim como os possíveis benefícios esperados pela correção dos problemas e deficiências encontrados.
- 1.18. Por fim, no capítulo 9 constam as propostas de recomendações e determinações, com vistas à melhoria do desempenho das ações de atenção à saúde mental.





## 2. VISÃO GERAL

### HISTÓRICO

- 2.1. Segundo o Relatório Sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A compreensão do relacionamento entre saúde mental e física vem crescendo rapidamente. Os transtornos mentais resultam de muitos fatores e têm a sua base física no cérebro. Eles podem afetar a todos, em toda parte. Mais freqüentemente do que se pensa, podem ser tratados eficazmente.
- 2.2. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão enumera os transtornos mentais nas seguintes categorias: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; transtornos do humor (afetivos); transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.
- 2.3. Alguns dados importantes, estimados pela Organização Mundial de Saúde – OMS (OMS, 2001), reforçam a necessidade de uma atuação governamental na área: 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 24% apresenta algum tipo de transtorno mental.
- 2.4. Os portadores de doenças mentais foram, por muito tempo, considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos. (BRASIL, 2003b, p. 9-10). Hoje, o esforço é para que os usuários de serviços de saúde mental possam ter um tratamento diferenciado e para que a sociedade os respeite como seres humanos comuns, mesmo com capacidades restritas e algumas limitações. O Brasil se encontra em pleno desafio de implementar um processo de desospitalização no tratamento de portadores de sofrimento psíquico. O objetivo da Reforma Psiquiátrica é transformar o quadro da saúde mental em uma nova realidade, que tenha como lema “Cuidar, sim, excluir, não” (BRASIL, 2003b, p. 9-10).
- 2.5. A melhoria da atenção à Saúde Mental tornou-se diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável

pela quase totalidade do tratamento psiquiátrico. O SUS contempla os princípios da universalidade, integralidade, igualdade e descentralização político-administrativa (Constituição Federal de 1988, arts. 196 e 198).

## **OBJETIVO E PÚBLICO ALVO DAS AÇÕES**

- 2.6. O Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos foi criado no PPA 2004/2007, compondo o anexo IV, com o objetivo de garantir a atenção à saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos de forma equitativa, integral, humanizada e de qualidade.
- 2.7. Relativamente à saúde mental, o Programa conta com as seguintes ações: Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta para Casa); Apoio a Serviços Extra-hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas; e Atenção à Saúde Mental.
- 2.8. Os beneficiários das ações de saúde mental são, primeiramente, os próprios portadores de transtornos mentais, os quais, segundo a OMS (2001, p. 70), desejam obter as mesmas garantias que as outras pessoas: renda adequada; lugar decente para morar; oportunidades educacionais; treinamento para o emprego, levando a colocações reais e significativas; participação nas vidas de suas comuni-

dades; amizades e relações sociais; e relações pessoais amorosas.

- 2.9. A Ação Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde tem como finalidade implantar o Programa “De Volta para Casa”, contribuindo para o processo de inserção social dos pacientes longamente internados, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.
- 2.10. A Ação Apoio a Serviços Extra-hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas tem como finalidade expandir e melhorar a qualidade da atenção em saúde mental.
- 2.11. A Ação de Atenção à Saúde Mental possui previsão de despesas de R\$ 2.717.000,00, objetivando atingir 1.590.370 beneficiários no quadriênio 2004/2007. O objetivo dessa ação é reverter o atual modelo hospitalocêntrico para o de intensificação da atenção extra-hospitalar ao portador de transtorno mental e aos dependentes de álcool e outras drogas.

## **LEGISLAÇÃO**

- 2.12. A ação Atenção à Saúde Mental é implementada de forma descentralizada, tendo como base legal as Leis n.º 8.080/1990 e 10.216/2001. A pri-

- meira é a Lei Orgânica da Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A Lei 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ratificando as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde. Preconiza-se a universalidade de acesso e direito à assistência integral em saúde, valorizando a descentralização do modelo de atendimento, o que configura redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.
- 2.13. A regulamentação dessas ações é realizada por meio de portarias do Ministério da Saúde, a exemplo da Portaria GM n.º 106/2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos, modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. A Portaria GM n.º 251/2002, estabeleceu diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificou os hospitais psiquiátricos e definiu sua estrutura. As Portarias GM n.ºs 1.174 e 1.935/2004 instituíram incentivo financeiro para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. A Portaria GM n.º 2.068/2004, destina incentivo financeiro para os municípios, os estados e o Distrito Federal que estiverem dando curso ao processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e a Portaria GM n.º 2.197/2004, redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 2.14. O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, instituído pela Portaria n.º 52/2004, está direcionado para a reversão do modelo hospitalar, para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e ratificação das diretrizes do SUS pela Lei n.º 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental.
- 2.15. A Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, parte integrante do Programa “De Volta para Casa”.
- 2.16. A concessão do referido auxílio foi regulamentada pela Portaria GM n.º 2.077, de 31 de outubro de 2003, que estabelece os critérios a serem atendidos pelos possíveis beneficiários do Programa e as condições para habilitação de municípios.
- 2.17. O acompanhamento e assessoramento da implantação e avaliação do programa compete à Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, instituída pela Portaria GM n.º 2078, de 31 de outubro de 2003, que, entre outras atribuições, emite pareceres sobre a inclusão e

exclusão de beneficiário no Programa e sobre a renovação do auxílio.

## FORMA DE IMPLEMENTAÇÃO

- 2.18. O desenvolvimento da política de saúde mental é de responsabilidade do Estado, conforme previsto na Lei n.º 10.261/2001. A assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, deve ser prestada em instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.
- 2.19. O Ministério da Saúde vem redirecionando o modelo assistencial em saúde mental como parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa à redução progressiva de leitos psiquiátricos, à expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar e à inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica e Saúde da Família, buscando a ressocialização desses pacientes. O Ministério subsidia o desenvolvimento de políticas públicas na área de atenção à saúde mental por meio da contratação de consultoria; definição de instrumentos de coleta e análise dos dados epidemiológicos; desenvolvimento de estudos; elaboração e publicação de portarias técnicas; avaliação e acreditação de serviços e elaboração de subsídios técnicos para organização da atenção à saúde, com recursos da ação orçamentária de atenção à saúde mental.
- 2.20. Para cumprir os objetivos definidos nas ações de atenção à saúde mental, o Ministério da Saúde tem atuado por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE/SAS/MS).
- 2.21. As ações são supervisionadas pela Coordenação Técnica em Saúde Mental do DAPE/SAS/MS e executadas pelos estados, DF e municípios.
- 2.22. Compete aos gestores estaduais, distrital e municipais a prestação dos serviços integrados de atendimento hospitalar, ambulatorial, terapêutico e de acompanhamento, diretamente ou mediante terceiros contratados. Para tanto, a legislação vigente prevê que eles devem colocar Hospitais Psiquiátricos e CAPS à disposição dessa parcela da população e, para aqueles que não possuem familiares e moradia, Serviços Residenciais Terapêuticos.
- 2.23. A rede extra-hospitalar é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial, que poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, a saber: CAPS I em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, e CAPS III em municípios com população superior a 200.000 habitantes. Existem, ainda, os CAPSi, especializados no atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes e os CAPSad especializados no atendimento de pacientes com transtornos decorren-

tes do uso e dependência de substâncias psicoativas, recomendados para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

2.24. Em 16/09/2004, a Portaria GM nº 1935 destinou incentivo financeiro antecipado para CAPS em fase de implantação. Esse incentivo está definido nos seguintes termos:

- R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I em fase de implantação;
- R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPS II e CAPSi em fase de implantação;
- R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPSIII e CAPSad em fase de implantação.

2.25. Esses incentivos financeiros são transferidos em parcela única, fundo a fundo, ao Distrito Federal, aos estados e aos municípios, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

2.26. Também fazem parte da rede extra-hospitalar os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares. Esses serviços têm como uma de suas finalidades a viabilização da inserção desses pacientes na comunidade.

2.27. Os serviços substitutivos de saúde mental não se resumem aos CAPS e SRT. A rede de cuidados

estende-se, entre outros, aos ambulatórios, às unidades psiquiátricas em hospitais gerais e à atenção básica.

2.28. Foi instituído, também, pelo Programa “De Volta para Casa”, o auxílio-reabilitação psicossocial, no valor mensal de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), pago diretamente ao beneficiário, por intermédio da Caixa Econômica Federal. Cabe aos estados e municípios encaminhar a relação dos beneficiários potenciais do auxílio ao Ministério da Saúde, que após análise e validação, passam a ter direito ao benefício. Pode receber o auxílio o paciente egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos, e que a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar.

## ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

2.29. Nos exercícios de 2000 a 2003, havia o Programa 0018 – Saúde Mental, cujos valores previstos e executados estão na Tabela 1. Destaca-se a baixa utilização dos créditos orçamentários, em especial nos exercícios de 2000 e 2001. Nestes anos, nota-se também a pequena taxa de pagamentos efetuados, em relação ao crédito empenhado (valores pagos em relação à execução orçamentária), pelo que se conclui terem ocorrido elevados cancelamentos de restos a pagar. Em 2001, apenas 1,15% do valor empenhado foi pago, correspondendo a 0,57% do valor orçamentário previsto.

**Tabela 1 - Execução orçamentária e financeira do programa Saúde Mental nos exercícios de 2000 a 2003**

Fonte: SIAFI/STN e Prodasen, relatório 145 RelDespesas por ProjAtiv

Ano	Autorizado	Execução Orçamentária	Valores Pagos	% Execução Orçamentária
2000	2.242.976	922.472	183.133	41,13
2001	8.179.550	4.067.540	46.782	49,73
2002	36.724.000	26.539.859	22.107.563	72,27
2003	33.882.946	26.446.788	25.346.342	78,05

2.30. A partir do exercício de 2004, ficou inviabilizada a comparação com gastos de mesma natureza nos exercícios anteriores devido à reformulação do Programa no Plano Plurianual vigente, no qual as ações de saúde mental encontram-se orçadas no Programa 1312 - Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Cabe esclarecer também que os dados aqui apresentados referem-se apenas às ações orçamentariamente identificadas como sendo de saúde mental. Além dessas, a intersetorialidade na coordenação das ações no Ministério da Saúde dificulta o levantamento preciso da totalidade dos gastos previstos na atenção à saúde mental, como os decorrentes de procedimentos de alta complexidade, de internações em leitos psiquiátricos e produção ambulatorial

associada à saúde mental, de capacitação e os relativos à aquisição de medicamentos, ações que são coordenadas por diferentes áreas.

2.31. A previsão de gastos no PPA 2004/2007 para o Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, que abrange outras ações além da atenção à saúde mental, é de R\$ 336.570.039, sendo que o total orçado para o exercício de 2004 é de R\$ 74.436.997.

2.3.2 Os valores alocados no PPA 2004/2007 e no orçamento de 2004 para as três ações diretamente relacionadas à atenção em saúde mental, inseridas no Programa 1312, estão indicados na Tabela 2, que contém também os valores pagos até 15/01/2005.

**Tabela 2 - Previsão orçamentária em 2004-2007 e valores pagos em 2004 nas ações de atenção à saúde mental**

Fonte: SIAFI/STN e Prodasen, relatório 145 RelDespesas por ProjAtiv – Banco de Dados do sítio da Câmara dos Deputados ([www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br)), atualizado até 15/01/2005

Ação	Previsão PPA 2004/2007	Previsto – Orçamento 2004	Valores pagos até 15/01/2005	% Execução financeira em 2004
0843	28.525.000	6.300.000	1.587.283	25,19
0844	55.601.191	10.316.000	776.846	7,53
6233	2.717.000	586.999	111.700	19,03
<b>Total</b>	<b>86.843.191</b>	<b>17.202.999</b>	<b>2.475.829</b>	<b>14,39</b>

2.33. A Ação Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta para Casa) - 0843 contempla os recursos aplicados no pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, e o percentual de 25,19% dos recursos utilizados demonstra que as metas de concessão dos incentivos do programa “De Volta Para Casa” não estão sendo alcançadas.

2.34. Na Ação Apoio a Serviços Extra-hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas - 0844, na qual está incluído o pagamento dos incentivos financeiros aos CAPS, que poderiam ser usados para aperfeiçoar o atendimento prestado pela rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental, houve pagamento de apenas 7,53% do crédito orçamentário.

2.35. Ressalte-se que a Coordenação Geral de Saúde Mental informou que os pagamentos dos incentivos financeiros aos CAPS e SRT repassados em 2004 aos fundos municipais dos municípios em que houve implantação de unidades, que deveriam one-

rar esta ação, estão sendo lançados na conta do MAC, fundo da Média e Alta Complexidade, o que causa menor execução financeira da ação 0844. Além disso, os recursos de custeio dos 609 serviços tipo CAPS, já cadastrados no SUS, são repassados fundo a fundo com recursos do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação). O mesmo acontece com os recursos repassados para pagamento dos procedimentos ambulatoriais e de internação por meio do Programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde.

2.36. De fato, são utilizados recursos nas ações de saúde mental vinculados a outros programas orçamentários. A Portaria nº 358/GM, de 09/03/2004 fixou recursos de R\$ 44.175.224,04 a serem incorporados aos tetos da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) dos estados, Distrito Federal e municípios habilitados em Gestão Plena, conforme distribuição constante dos Anexos I e II da Portaria. Além disso, há os recursos repassados fundo a fundo, segundo a sistemática do SUS, para pagamento da produção hospitalar e ambulatorial em ações de saúde, cujos montantes são estimados na Tabela 3.

Procedimentos	2000	2001	2002	2003	2004 (*)
Hospitalares do SUS	459.923.398,50	476.368.139,72	480.304.812,27	466.615.133,08	359.965.463,20
Ambulatoriais	—	267.053,00	6.845.092,35	63.293.586,40	42.225.105,30
Hospitalares relativos a tratamento por uso de álcool e outras drogas	—	—	17.467,38	1.017.300,21	927.542,43

**Tabela 3 - Valor dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais na rede extra-hospitalar de saúde mental do SUS – Brasil 2000 a 2004**

Fonte: Dados extraídos do DATASUS, Informações de Saúde (sítios <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/pimap.htm> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pamap.htm>) em 11/11/2004, utilizando procedimentos de psiquiatria, incluindo internações, procedimentos utilizados pelos CAPS e pelos SRT e procedimentos relativos a internações por uso de álcool e outras drogas. Códigos de procedimentos no SIH/SUS criados pela Portaria GM nº 817, de 30 de abril de 2002, o que explica o valor baixo no ano de 2002 – (\*) atualizado até o mês de setembro de 2004.

2.37. Somando-se os valores da produção hospitalar e ambulatorial, obtém-se o total de R\$ 530,93 milhões no ano de 2003, que reforça a relevância das ações em saúde mental. Além disso, há ainda outros dispêndios, de difícil determinação, a exemplo dos gastos com procedimentos dos ambulatoriais, com as unidades de atenção básica e com a aquisição de medicamentos. A falta de sistema que consolide as informações de gastos em saúde mental faz com que os levantamentos realizados sejam estimativas. Sobre a questão, o gestor apresentou a Tabela 10, que consta do capítulo 7 deste relatório, que reforça a materialidade das ações de saúde mental.

2.38. No orçamento de 2005, os valores previstos para as três ações são muito próximos dos valores de 2004, conforme especificado na Tabela 4.

2.39. Os dados da execução financeira de 2004 demonstram que é necessário adotar medidas para que os recursos previstos no orçamento sejam realmente aplicados nas finalidades a que se destinam, cumprindo o objetivo de implementar efetivamente a rede substitutiva de atenção aos portadores de transtornos mentais, me-

diante atuação mais positiva do Ministério da Saúde, no sentido de induzir os gestores a procurarem o apoio financeiro para a implantação dos serviços e execução das demais ações necessárias.

## CONTROLES E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

2.40. A equipe da Coordenação Geral de Saúde Mental não possui sistema específico para o gerenciamento das ações de saúde mental. Os dados da rede assistencial, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais são extraídos dos vários módulos dos sistemas do DATASUS, necessitando de manipulação em planilhas eletrônicas.

2.41. Do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS provêm informações quantitativas e financeiras sobre internações hospitalares nas modalidades de psiquiatria e psiquiatria – hospital/dia. Uma limitação das informações disponíveis na esfera federal é a falta de confiabilidade dos dados de identificação dos pacientes, inviabilizando a determinação do número de pessoas efetivamente internadas em determinado período. Tal deficiência também não permite

**Tabela 4 - Previsão orçamentária de 2005 nas ações de atenção à saúde mental**

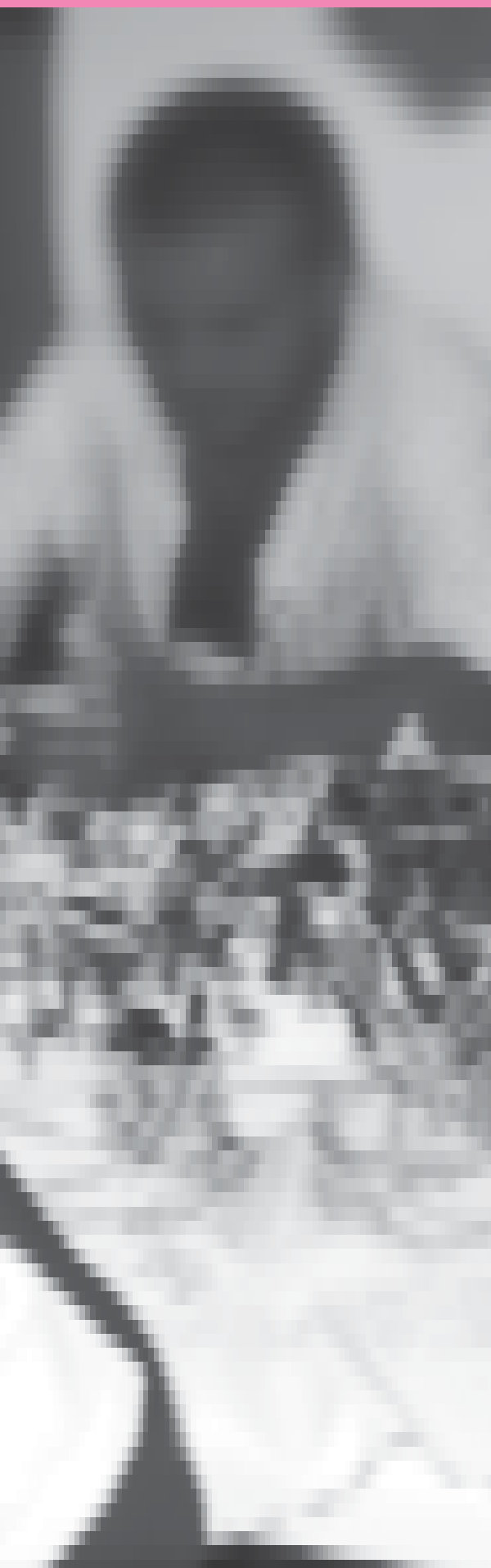
Fonte: CONOF/CD CONORF/SF – PRODASEN - Relatório 006 RelDespesas por Projeto/Atividade – Banco de Dados extraído do sítio da Câmara dos Deputados (www.camara.gov.br) em 26/01/2005

Ação	Lei Orçamentária 2005
0843 - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas	5.760.000,00
8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e de Transtornos decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas	9.786.000
6233 - Atenção à Saúde Mental	631.100
<b>Total</b>	<b>16.177.100,00</b>

obter informações gerenciais acerca do número de dias de internações das pessoas portadoras de transtornos mentais e seu posterior rastreamento na rede de serviços ambulatoriais.

- 2.42. Do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS se extraem dados físicos e financeiros sobre procedimentos ambulatoriais na área de saúde mental, utilizando-se os códigos de procedimentos específicos criados em atos normativos do Ministério da Saúde.
- 2.43. Importa mencionar que o Cartão SUS, programa que pode se tornar uma solução para a ausência de dados específicos sobre a população atendida pelo SUS, está com sua implantação praticamente interrompida. A implementação efetiva desse cartão favoreceria o acompanhamento do histórico dos atendimentos de cada pessoa portadora de transtorno mental – PPTM na rede hospitalar e extra-hospitalar.





# 3. A POLÍTICA DE DESOSPITALIZAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

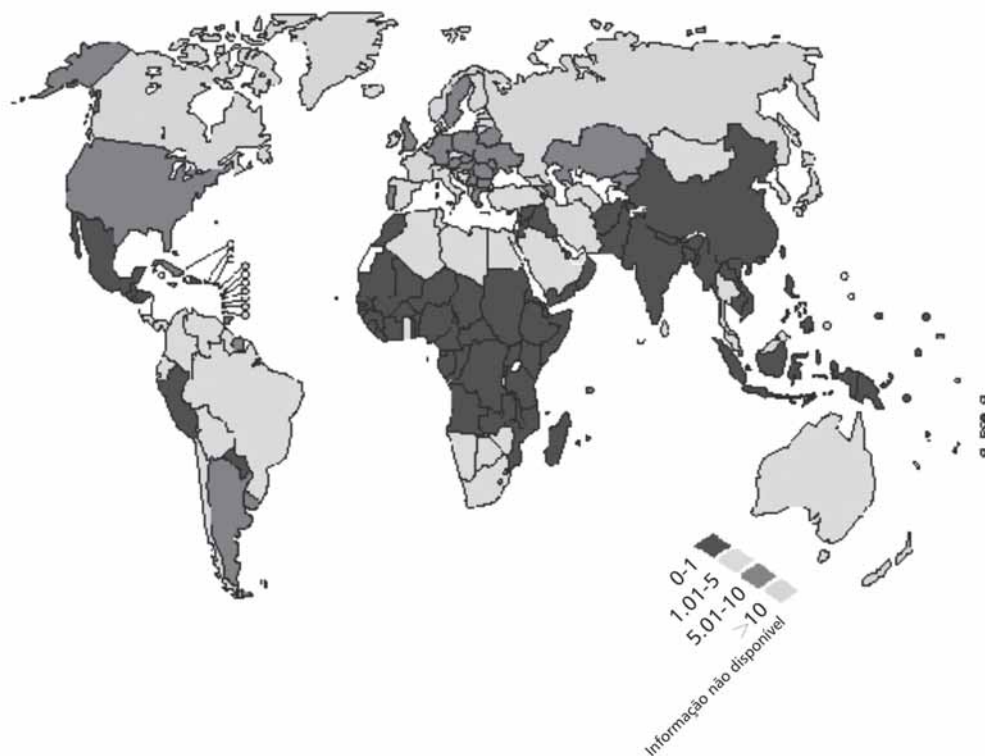
3.1. A política de desospitalização é a questão tratada neste capítulo. Cabe pontuar, inicialmente, que o Ministério da Saúde demonstra, por meio do estabelecimento de diretrizes e do financiamento, um firme compromisso em avançar na Reforma Psiquiátrica, devendo-se destacar a Portaria GM n.º 336/2002, que retira do teto financeiro dos municípios e estados os procedimentos realizados nos CAPS, e a Portaria GM n.º 52/2004, que visa forçar a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, remunerando melhor as unidades quanto menor for o seu número de leitos.

3.2. A análise busca estudar as causas de oportunidades de melhoria verificadas no processo de desospitalização e propor recomendações aos gestores do SUS com o objetivo de contribuir para solucionar problemas, tais como a insuficiência da rede extra-hospitalar, o alto número de pacientes asilares, deficiências na desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtorno mental, a falta de garantia da aplicação de recursos gerados pela diminuição de leitos na saúde mental e o financiamento dos procedimentos dos serviços da rede extra-hospitalar.

## DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

3.3. A política de desospitalização opera em duas vertentes: na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na ampliação da rede extra-hospitalar. Hoje, a relação de leitos por mil habitantes, no Brasil, é de cerca de 0,37, estando dentro dos padrões internacionais, mesmo comparado com países onde a reforma psiquiátrica está mais avançada. No entanto, distribuem-se desigualmente entre os estados da federação, concentrando-se nos grandes centros urbanos.

3.4. De acordo com o Atlas Mundial de Saúde Mental (WHO, 2001), a média mundial de leitos por mil habitantes é de 0,436, sendo que 65% estão situados em hospitais psiquiátricos. Este índice tem uma variação grande por região, citando-se: 0,03 no Sudeste da Ásia, 0,08 na Região Mediterrânea Leste, 0,09 no Pacífico Oeste, 0,33 nas Américas e 0,87 na Região Européia. Conforme se verifica na Figura 1, o índice do Brasil está dentro do padrão de países em desenvolvimento.

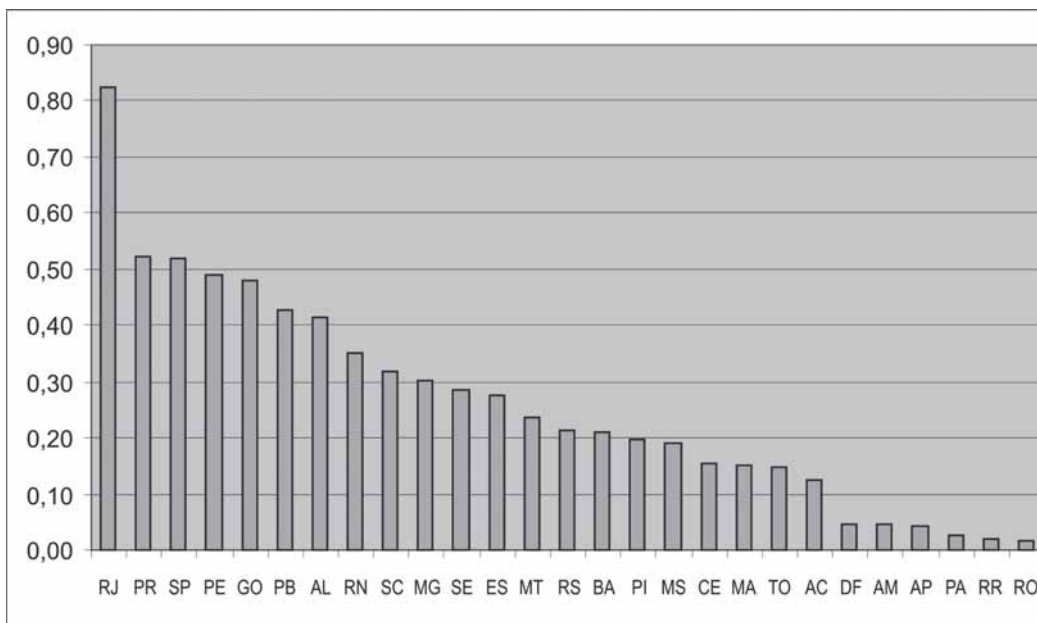


**Figura 1 - Leitos em hospitais psiquiátricos por 10.000 habitantes**

Fonte: Atlas Mental Health Resources in the World, 2001 (OMS)

3.5. A distribuição desigual dos leitos entre os estados da federação pode ser observada na Figura 2. A Região Sudeste apresenta índices semelhantes ao da Europa enquanto que a Região Norte tem índice de leitos por mil habitantes comparável com o do Sudeste da Ásia e regiões da África. Essa situação traz conseqüências como a desassistência em locais com baixo índice de leitos, a migração de pessoas com transtornos mentais entre os municípios e mesmo entre os

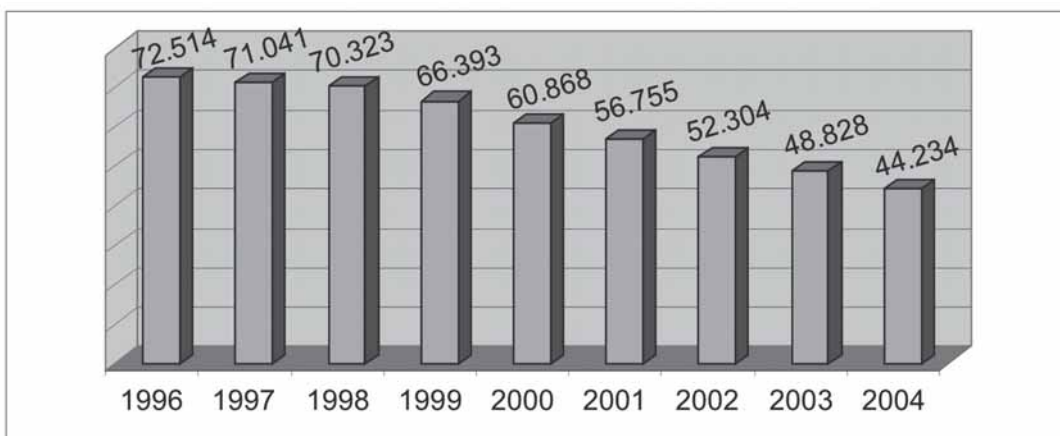
estados, gerando dificuldades para o planejamento da atenção à saúde, a para a formulação e condução da política de desospitalização. Por isto é necessária a articulação da política entre os gestores estadual e os municipais, para que, ao lado da desativação de leitos em hospitais psiquiátricos, ocorra também a regionalização e a distribuição mais uniforme dos leitos, principalmente os de hospitais gerais.



**Figura 2 - Leitos por mil habitantes por estado da Federação**  
 Fonte: DATASUS - Rede assistencial do SUS - posição de jul/2003 e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Censo Demográfico 2000.

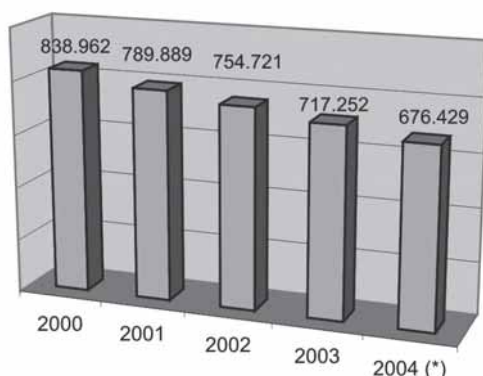
3.6. Atualmente o número de leitos por 1.000 habitantes está abaixo do padrão definido pelo Ministério da Saúde de 0,45 leitos por 1000 habitantes, oferta que, na realidade, ainda é mais reduzida quando se considera a ocupação de leitos por pacientes crônicos

(asilares). Parte dos pacientes asilares permanece internada nos Hospitais Psiquiátricos (Figura 3) porque a rede extra-hospitalar de atenção aos PPTM ainda é incipiente, dificultando a desinstitucionalização dos pacientes crônicos.



**Figura 3 - Evolução do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos**  
 Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, atualizado em janeiro/2005

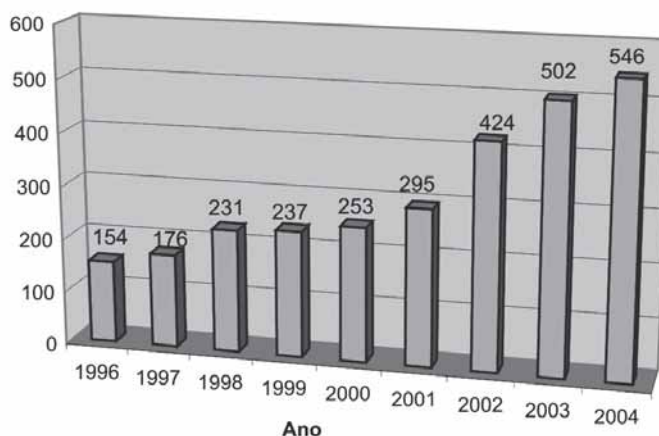
3.7. Confirmando a queda de leitos em hospitais psiquiátricos, nota-se também um decréscimo no número de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) pagas nos últimos anos, relativas a internações psiquiátricas, conforme demonstrado na Figura 4.



**Figura 4 - Número de AIH pagas para internações psiquiátricas**

Fonte: Dados extraídos do DATASUS, Informações de Saúde – Procedimentos Hospitalares por local de internação (sítio <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/pimap.htm>) em 11/11/2004 - \* dados atualizados até o mês de setembro de 2004, projeção efetuada até dezembro.

3.8. Na vertente oposta, observa-se que a rede extra-hospitalar foi ampliada nos últimos oito anos. Tomando como parâmetro a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que é o principal serviço alternativo no novo modelo terapêutico, tem-se que o número de unidades foi elevado de 154 em 1996 para 546 em 2004 (Figura 5).

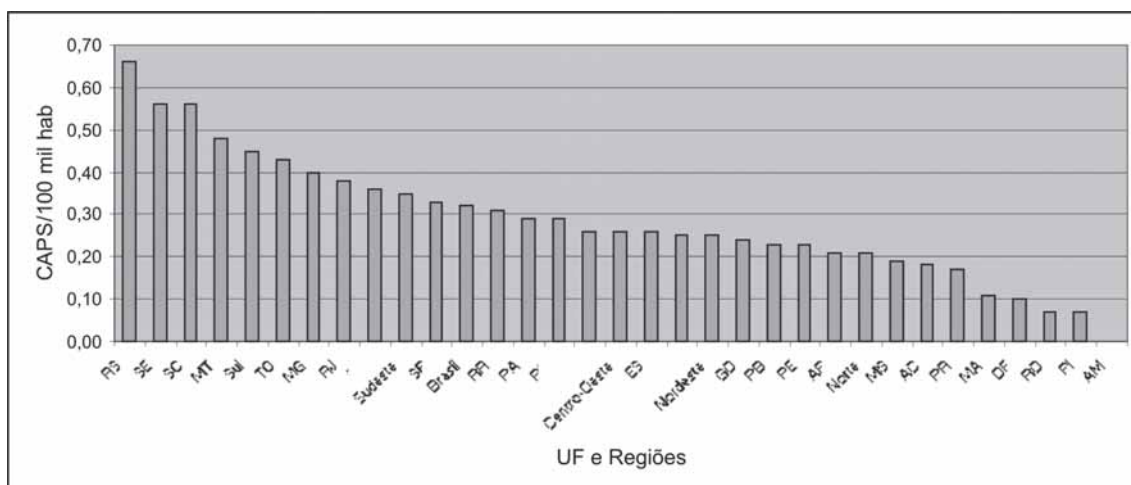


**Figura 5 - Evolução do número de CAPS no Brasil**

Fonte: Demonstrativo fornecido pela Coordenação: "Rede CAPS Brasil - agosto 2004" – (sítio: <http://www.inverso.org.br>).

3.9. Entretanto, a mesma observação feita para os leitos psiquiátricos quanto à distribuição geográfica desigual é válida para a rede extra-hospitalar. Os serviços concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, que possuem 67% do número de CAPS cadastrados, enquanto a população dessas regiões correspondem a 57% da população total.

3.10. Cabe esclarecer que, enquanto a distribuição de CAPS deve guardar uma proporção com o número de habitantes, o mesmo não ocorre quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, que buscam abrigar os pacientes asilares dos hospitais psiquiátricos, assim entendidos aqueles que perderam vínculo com sociedade familiar por conta da longa internação e estão ao desamparo, dependendo do Estado para sua manutenção. A situação dos SRT e dos pacientes asilares será comentada no próximo subtítulo. Assim, para fins de estimativa de metas, utilizar-se-á como parâmetro os Centros de Atenção Psicossocial, principal serviço de referência e tratamento do novo modelo terapêutico.



3.11. Os 546 CAPS estão distribuídos pelas regiões conforme a Figura 6. Nenhum dos estados da federação atinge a relação de 1 CAPS por 100.000 habitantes, ficando o melhor índice (0,66) para o estado do Rio Grande do Sul. Os números da distribuição de CAPS por estado podem embasar a definição de políticas orientadas à diminuição das desigualdades regionais, priorizando a ampliação da rede nos estados com menores taxas. Cabe destacar que o Ministério da Saúde, segundo informação obtida por meio de entrevista junto ao gestor, se propõe a trabalhar com um indicador de mesma dimensão (CAPS/100 mil habitantes) que teria como meta valores que variariam de 0,8 a 1,1 em conformidade com o perfil epidemiológico.

3.12. A respeito do cálculo das necessidades globais de CAPS, o gestor salienta que é preciso levar em conta: a) os 5 tipos de serviço, seus perfis e capacidade de atendimento; b) a existência de equipamentos eficientes, especialmente ambulatoriais (em especial universitários) nas cidades de maior porte; c) a resolutividade de serviços mais simplificados em municípios da faixa populacional en-

tre 30 e 40 mil habitantes, o que pode tornar prescindível o CAPS em algumas situações; d) outros componentes epidemiológicos, de capacidade instalada e outros.

3.13. Como salientado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, não se pode perder de vista a expansão de serviços em estados onde a assistência extra-hospitalar em saúde mental era praticamente inexistente, especialmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. O Estado da Bahia, por exemplo, quintuplicou o número de CAPS em funcionamento nos últimos três anos, passando de 7 CAPS em 2001, para 37, em 2004. O Estado de Pernambuco duplicou o número de CAPS nos últimos 3 anos e o Estado de Goiás, no mesmo período, triplicou o número de serviços, passando de 4 CAPS em funcionamento, em 2001, para 13 CAPS. É importante salientar que são estados com grande tradição hospitalocêntrica.

3.14. No período de 2001-2004, os 3 estados que apresentaram ritmo mais intenso de expansão foram os da Bahia, Goiás e Pernambuco, todos com tradição hospitalar e fora das regiões Sul e Sudeste.

**Figura 6 - Cobertura da rede CAPS, por 100 mil habitantes, por Região e Unidade da Federação**

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/Datasus. Agosto de 2004.

- 3.15. Segundo informações da Coordenação Geral de Saúde Mental, 18 municípios entre 112 com mais de 200.000 habitantes não possuem Centro de Atenção Psicossocial. Destes, 4 solicitaram o incentivo antecipado (Portaria GM nº 1935/2004) para a implantação de 7 serviços, no total. Entre os 121 municípios com população entre 100.000 e 200.000 habitantes, 52 não têm ainda rede CAPS.
- 3.16. Segundo o gestor, as simulações realizadas têm apontado uma necessidade final de um número entre 1100 e 1300 CAPS. A meta, portanto, ainda está longe de ser alcançada, apesar dos avanços de anos recentes. Mais grave, no entanto, é a disparidade na oferta de serviços nos diferentes estados da Federação. O Amazonas com uma população de R\$ 2,8 milhões de habitantes não possui nenhum CAPS cadastrado, enquanto o Rio Grande do Sul tem a melhor relação de CAPS cadastrados, 0,66 para cada 100 mil habitantes, que ainda pode ser considerada insuficiente.
- 3.17. Embora as regiões menos desenvolvidas tenham uma menor relação de número de CAPS por habitante, algumas Unidades da Federação nas regiões mais desenvolvidas têm uma relação de número de habitantes destoante da média da sua respectiva região. O Distrito Federal, por exemplo, tem em funcionamento apenas dois Centros de Atenção Psicossocial para uma população de 2.282.049 habitantes (estimativa do IBGE para 1/7/2004). O Paraná apresenta uma relação entre número de CAPS e população quase três vezes inferior à média da Região Sul, correspondendo à metade da média nacional.
- 3.18. As razões para isso devem-se ao fato de a implementação da reforma ser fortemente dependente da vontade política dos gestores locais. Embora o discurso da necessidade da reforma mostre-se quase unânime, na prática as ações tomadas nessa direção em alguns estados não correspondem a essa orientação, o que se comprova pelo baixo número de planos estaduais e municipais que visem a enfrentar o problema. Ressalta-se que em 70% das respostas dos questionários encaminhados aos municípios e em 86,4% das respostas aos questionários encaminhados às secretarias estaduais foi informado que o ritmo de crescimento da rede extra-hospitalar deveria ser mais rápido. O motivo mais freqüente para não ter CAPS instalado, além do fato de não ser obrigatório nos municípios menores, foi a falta de incentivo financeiro federal (81 respostas), seguido pelas opções de falta de recursos financeiros municipais (75 respostas) e de falta de espaço físico (64 respostas). Importa ressaltar que limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal foi marcada como motivo impeditivo por 32 respondentes, o que leva a inferir que não é o principal entrave à ampliação da rede.
- 3.19. Importante assinalar que os municípios menores são fortemente dependentes de estímulos dos estados e da União para a elaboração de planos nas diversas áreas da política pública e assim ocorre também na área de saúde mental. É certo que os muni-

- cípios possuem autonomia para implantar os serviços alternativos, mas o desconhecimento da política, a falta de orientação adequada ou a pouca importância dada ao problema leva-os a relegar a tarefa a segundo plano. Cerca de 64% dos municípios que têm hospitais psiquiátricos em seu território não pactuaram com os estados os planos de saúde mental. Esses planos, entre outros objetivos, visam à redução de leitos e ampliação da rede extra-hospitalar. A participação da instância estadual é importante em razão da abrangência regional dos hospitais e para definição das medidas de reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados no município de origem, seja o retorno à família ou o deslocamento para residências terapêuticas, devidamente assistidos pela rede extra-hospitalar.
- 3.20. Além disso, para municípios que chegaram ao seu limite de capacidade de financiamento ou enfrentam limitações em virtude das restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à contratação de pessoal, pode não ser possível assumir despesas adicionais. Não se deve descartar a hipótese de esses municípios desconhecerem o mecanismo de financiamento do CAPS, que, a partir da Portaria GM n.º 336/2002, possibilita ampliar os serviços de saúde no município sem onerar em demasia suas finanças, uma vez que os recursos não estão incluídos no teto financeiro. Apesar desse incentivo, cabe destacar que, no início do seu funcionamento, a imprevisibilidade no número de atendimentos realizados pelo CAPS pode torná-lo deficitário em um primeiro momento.
- 3.21. A Coordenação Geral de Saúde Mental afirma que, com o apoio da III Reunião do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental, iniciou, no segundo semestre de 2004, uma série de estudos para melhorar o financiamento dos CAPS e corrigir distorções. O gestor informou que estão em andamento estudos do Departamento de Economia da Saúde e do Departamento de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde para viabilizar o custeio fixo dos CAPS, além de outros incentivos a serem repassados segundo a excelência dos variados serviços.
- 3.22. Neste sentido, o Ministério da Saúde desenvolve estudos para remunerar melhor aqueles CAPS que em sua rotina tenham as seguintes práticas:
1. tenham supervisão clínica e institucional sistemática;
  2. desenvolvam ações de redução de danos;
  3. sejam referência para Residências Terapêuticas;
  4. sejam referência para as equipes de atenção básica;
  5. participem de ações de desinstitucionalização;
  6. atendam egressos de manicômios judiciários;
  7. realizem atendimento domiciliar;
  8. fomentem iniciativas de geração de renda;
  9. realizem atividades comunitárias.
- 3.23. Outra situação que deve ser tratada é a inexistência de serviços substitutivos em locais onde seriam necessários em razão da presença de unidades de saúde de maior complexidade. Nos 140 municípios com

hospitais psiquiátricos, 116 não têm SRT e 57 não possuem CAPS, informações fornecidas pela Coordenação Geral de Saúde Mental no mês de agosto de 2004. Além disso, dos 38 municípios que tinham SRT cadastrado, 8 não possuíam CAPS, o que prejudica o tratamento terapêutico dos pacientes residentes, uma vez que nas residências não há equipe multidisciplinar que desenvolva as atividades clínicas, psicoterápicas e terapêuticas necessárias.

3.24. Como parâmetro de ampliação da rede extra-hospitalar, citem-se as metas estabelecidas em normativos do Ministério da Saúde. A Portaria GM n.º 1.947, de 10 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevê a implantação, até dezembro de 2004, de 70 novos CAPSi, além dos 36 já cadastrados, resultando num total de 106 CAPSi. Em março de 2004, havia somente 38 CAPSi cadastrados, concluindo-se que não será alcançada a meta estabelecida. Já a Portaria GM n.º 816, de 30 de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, estabelece que deverão ser implantados, em três anos, 250 CAPSad, em duas etapas de implantação, discriminadas nos Anexos I e II, alocando recursos financeiros para pagamento dos incentivos, para o pagamento das APACs (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade) e para implantação do Programa de Capacitação específico para a área de uso de álcool e drogas, e

definindo as responsabilidades de cada nível de gestão. De acordo com o demonstrativo dos CAPS até março de 2004, havia somente 59 CAPSad cadastrados, muito aquém da meta definida.

3.25. Além disso, verificou-se que, nos locais em que havia sido elaborado Plano Municipal ou Estadual de Saúde Mental, com metas programadas de ampliação da rede, também estas não têm sido alcançadas.

3.26. A insuficiência de CAPS tem reflexos no atendimento à população, verificando-se situações de demanda reprimida em alguns CAPS visitados. Em São Gonçalo/RJ, com uma população de 900 mil habitantes, há apenas um CAPS funcionando em apenas um turno, o que compromete o atendimento eficaz às pessoas em sofrimento psíquico. Para corroborar esta conclusão, 46,1% dos responsáveis pelos CAPS que responderam os questionários encaminhados por via postal informaram utilizar o sistema de ficha retirada antecipadamente ou a triagem em dia definido, inferindo-se que não têm condições de assegurar o acolhimento imediato das pessoas que procuram os serviços.

3.27. Importante frisar que mesmo com o problema de insuficiência da rede substitutiva, principalmente de CAPS, detectou-se alto índice de satisfação dos usuários dos CAPS e de seus familiares com o atendimento recebido, por meio da realização de grupos focais em Belo Horizonte/MG, São Luís/MA, Ananindeua/PA e Betim/MG, com pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares. As causas declaradas fo-

ram: melhora clínica considerável dos pacientes; atendimento mais humanizado; maior dedicação dos profissionais envolvidos; acompanhamento multiprofissional oferecido e a ocorrência de reuniões com os familiares para discutir tratamento e evolução clínica dos pacientes. Como consequência, há incremento no convívio do paciente com seus familiares e aumento da adesão ao tratamento, gerando uma melhor resposta terapêutica.

3.28. Como prática positiva na ampliação rápida no número de CAPS cabe apontar o estado do Mato Grosso que está próximo de atingir a meta formal de pelo menos um CAPS para cidades acima de 20 mil habitantes até o fim de 2004. O êxito é fruto do trabalho de convencimento realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental junto aos municípios, bem como do mecanismo de financiamento dos CAPS que recebem um valor fixo de custeio pago pelos cofres estaduais no valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) até o seu cadastramento no Ministério da Saúde quando o valor, então, é reduzido para R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

3.29. A quantidade insuficiente de CAPS não é o único problema a ser enfrentado. Nas visitas de campo, constatou-se a existência de vários CAPS e SRT instalados dentro de complexos hospitalares, com os atendimentos prestados aos pacientes realizados pelos mesmos profissionais dos hospitais psiquiátricos, como em São Luís/MA e em São José/SC. A principal consequência disso é a dificuldade de desinstitucionalizar os pacientes

e os serviços substitutivos, pois estes devem ter natureza extra-hospitalar.

3.30. Quanto a essa situação constatada em visita aos municípios, a Coordenação Geral de Saúde Mental alega que a existência de CAPS anexos a complexos hospitalares é excepcional e restrita a situações de transição. Os casos detectados teriam sido cadastrados com uma cláusula de readequação da área física em prazo definido (6 meses a um ano). Ainda segundo a Coordenação, em geral, trata-se de grandes hospitais psiquiátricos públicos em processo de desinstitucionalização.

3.31. Verificou-se, ainda, que alguns CAPS funcionam sem estrutura física adequada para o atendimento e não dispõem de veículo para as visitas domiciliares. Em alguns serviços existe carência de alimentação em quantidade e qualidade suficientes para os usuários, sendo relatado o atraso no repasse dos recursos para manutenção das atividades. Assim também para equipamentos, material para as oficinas e material para expediente que não são disponibilizados em quantidade suficiente para atender a demanda dos pacientes.

3.32. Quanto ao aspecto da estrutura física, foi identificada iniciativa no sentido de dotar os CAPS de uma estrutura mais adequada para a prestação dos serviços no município de Sobral/CE onde foi proposto o projeto, ainda não aprovado pelo Ministério da Saúde, de construir espaço próprio, integrando CAPS, pesquisa e ensino.

3.33. Torna-se oportuno recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde que

implemente programas de avaliação dos CAPS, juntamente com as secretarias de saúde dos estados, por meio de um plano anual de fiscalização.

- 3.34. Considerando a boa prática realizada pelo estado do Mato Grosso para custeio de CAPS, a constatação da inexistência, na maior parte dos estados, de planos consistentes relacionados à saúde mental que prevejam a ampliação da rede extra-hospitalar e a escassez de equipes de saúde mental nos municípios com menos de 20 mil habitantes, entende-se oportuno recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde que 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 especificamente voltado para esses entes da federação, priorizando ainda os estados com menor relação CAPS/Habitante. Além disso, com a finalidade de aumentar o ritmo de implantação de CAPS e para apoiar financeiramente a execução dos serviços no período inicial de seu funcionamento, é recomendável que a SAS crie um incentivo de custeio fixo para os CAPS por um período determinado, a partir de seu credenciamento, a ser reduzido paulatinamente no decorrer da estabilização do faturamento de APAC por esses serviços
- 3.35. Essas recomendações têm como fim o aumento da implantação da Reforma Psiquiátrica, baseada em serviços extra-hospitalares substitutivos.
- 3.36. A criação de leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais confor-

me preconiza a Portaria/SNAS n.º 224 1992, objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Nesse mesmo sentido, foi instituída a Portaria GM n.º 2197/2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, onde os componentes de atenção hospitalar de referência serão instalados em Hospitais Gerais. Como critério para definir a quantidade de leitos psiquiátricos, seja em Hospitais Gerais ou seja em Hospitais Psiquiátricos, cite-se a Portaria GM/MS n.º 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabelece o índice de 0,45 leitos por 1.000 habitantes.

- 3.37. O número de unidades psiquiátricas em hospitais gerais em todos os estados visitados é ainda baixo, havendo pouca disponibilidade desses leitos, mesmo nos hospitais universitários. As alegações para a dificuldade em criar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais são a falta de pessoal especializado, a lotação saturada com outras clínicas e a falta de estrutura física adequada ao atendimento. Aliada a esses fatores, há, ainda, uma resistência do corpo clínico/direção dos hospitais gerais pela falta de sensibilização quanto à importância da criação desses leitos para a reforma psiquiátrica.
- 3.38. Cabe registrar que o número de AIH em psiquiatria em hospitais gerais evoluiu pouco nos últimos 4 anos passando de 35.051 em 2000 para 39.285 em 2003. Ademais, essa variação po-

sitiva deveu-se ao aumento de procedimentos nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, Unidades da Federação que possuem política de incentivo à criação dessas unidades de psiquiatria.

3.39. A unidade psiquiátrica em hospital geral é componente importante da rede substitutiva pois contribui para a redução do estigma social contra a pessoa portadora de transtorno mental - PPTM, propiciando acesso mais fácil ao serviço pela maior proximidade, menor isolamento dos pacientes e maior controle social das práticas assistenciais.

3.40. Não se pode esquecer, no entanto, os custos a serem arcados por essas instituições quando da implantação do serviço, pois, segundo a Portaria SNAS n.º 224/1992, elas deverão destinar salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, entre outros).

3.41. Outra oportunidade para a ampliação desses leitos está nos Hospitais Universitários. Em Belém e Porto Alegre, os Hospitais de Clínicas oferecem leitos credenciados pelo SUS, boa prática que deve ser disseminada. Dados fornecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde com base em registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em março de 2005, revelam existir pelo menos 92 estabelecimentos que atendem ao SUS registrados como unidades universitárias (sem contar as auxiliares de ensino e as escolas isoladas). Destes, 42 estabelecimentos hospitalares universitários possuem 745 leitos psiquiátricos a disposição do SUS. Nas demais 50 uni-

dades hospitalares universitárias existentes no país, no entanto, não há leitos psiquiátricos à disposição da clientela do SUS.

3.42. Apesar de estar havendo um trabalho de ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, propõe-se ao Ministério que realize trabalho de convencimento junto aos dirigentes dessas organizações e, em especial, dos hospitais universitários com o objetivo de continuar sensibilizando-os para a importância da criação dessas unidades para a reforma psiquiátrica, instituindo, ainda, incentivo financeiro para a implantação desses leitos, considerando que há custos para adaptação da estrutura física dos hospitais para a prestação do serviço.

3.43. A atenção básica em saúde é outra peça fundamental para a rede substitutiva, especialmente nos municípios com menos de 20 mil habitantes, onde, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde não há necessidade de se estruturar CAPS. Nos municípios maiores, a atenção básica é, também, de grande importância na assistência ao portador de transtorno mental pois otimiza a utilização dos recursos humanos, aproveitando a rede do Programa de Saúde da Família (PSF) já implantada em grande parte dos municípios.

3.44. No modelo de funcionamento proposto pelo Ministério, os municípios menores deveriam contar com equipes compostas no mínimo por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), 2 técnicos de nível

superior e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2004e, p. 80-81). Nos municípios onde há necessidade de funcionamento de CAPS, o relacionamento entre a atenção básica e a saúde mental deve ocorrer por meio de equipes matriciais, formada por profissionais que já atuam no CAPS. A responsabilidade pelos casos seria compartilhada com as equipes de atenção básica, que gradativamente aumentariam sua capacidade de resolutividade desses problemas de saúde.

3.45. Nas visitas aos municípios, pôde-se constatar que o processo de formação de equipes matriciais ainda se mostra bastante incipiente. A relação dos CAPS com a atenção básica nos municípios visitados inexistente ou ainda ocorre de forma muito tímida, segundo as entrevistas realizadas junto aos responsáveis pelos CAPS. Quanto aos municípios menores, denota-se uma grande dificuldade na contratação de profissionais de saúde, especialmente de psiquiatras.

3.46. A Coordenação Geral de Saúde Mental relatou a existência de iniciativas com vistas à integração da saúde mental e da atenção básica como a pactuação de indicadores de atenção básica, que incluem dados de saúde mental, as discussões realizadas nas reuniões do colegiado de coordenadores de saúde mental e os três seminários sobre saúde mental e atenção básica realizados em 2004. Além disso, há iniciativas que dependem de negociação e aprovação das instâncias competentes a exemplo da implantação dos núcleos de saúde integral, em discussão na Comissão Intergestora Tripartite,

e a criação do observatório de saúde mental e atenção básica.

3.47. Entre as prováveis causas para a falta de integração estão a dificuldade de interiorização dos profissionais de saúde, especialmente dos psiquiatras, a falta de adesão ao modelo proposto por parte dos gestores municipais nos municípios onde há CAPS e a falta de capacitação dos profissionais, questão a ser tratada no próximo capítulo deste relatório.

3.48. Isso tem conseqüências como o desperdício de capital humano e a deficiência no encaminhamento das pessoas portadoras de transtornos mentais a unidades apropriadas. Cabe à SAS realizar um trabalho de convencimento junto aos gestores sobre a necessidade de os municípios aderirem à sistemática de integração da atenção básica com a saúde mental por meio das equipes matriciais, com a inclusão de incentivo financeiro para esses municípios.

## **PACIENTES EM CONDIÇÕES ASILARES**

3.49. Como visto no subtítulo anterior, a relação de leitos psiquiátricos por mil habitantes no Brasil é relativamente baixa e acompanha o padrão dos países em desenvolvimento. Oculto nesse número, além da desigual distribuição geográfica já apontada, está o estoque da iniquidade perpetrada pelo Estado e pela sociedade contra milhares de pessoas ao longo de décadas da terapia tradicional. A lógica de exclusão do modelo anterior levou grande parte dos pacientes a terem seu quadro agravado em um processo conhecido como iatrogenia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Alteração danosa provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo

- 3.50. Nas visitas aos municípios, comprovou-se a existência de pacientes internados há mais de 40 anos nos hospitais. Não se tem um número exato de pacientes na condição de asilares, aqueles cujo período de internação ininterrupta supera a dois anos, mas relato da Coordenação Geral de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais, confirmada pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, aponta para a existência de 20 mil pessoas no Brasil nessas condições que ocupariam cerca de 30% dos leitos psiquiátricos atualmente existentes. Pode-se utilizar, também, como parâmetro, a relação dos beneficiários potenciais do programa “De Volta para Casa”, que contempla os pacientes com internação ininterrupta de mais de dois anos, na qual há, aproximadamente, 15 mil potenciais beneficiários.
- 3.51. Essas pessoas são as mais fragilizadas dentro do processo da reforma, pois se apresentam com a capacidade civil limitada, situação agravada pela ausência de laços familiares, que, na maioria dos casos, foram cortados no longo processo de internação desses pacientes.
- 3.52. As iniciativas do Governo Federal para desospitalizar esses pacientes são importantes, cabendo destacar o Programa “De Volta para Casa” que remunera com um auxílio mensal de R\$ 240,00 os pacientes de longa internação egressos de hospitais psiquiátricos. Destaca-se, ainda, o Programa de Redução de Leitos – PRH (Portaria GM nº 52/2004) que busca reduzir o número de leitos por hospital psiquiátrico no sentido de humanizar o tratamento. A eficácia dessas ações para reduzir o número de asilares é limitada pois, até janeiro de 2005, apenas 952 pessoas receberam o benefício do “De Volta para Casa”, e não há relação direta entre a redução de número de leitos por hospital e do número de asilares.
- 3.53. Há que se reconhecer o empenho do Ministério da Saúde nos momentos de crise, como foi no caso do fechamento do Instituto de Neuropsiquiatria em Cuiabá que tinha 360 leitos, na sua maioria asilares, e como tem sido feito no caso de Pacarambi no Rio de Janeiro, quando o Ministério entendeu que deveria intervir e passou a comandar a gestão do Hospital Psiquiátrico “Casa de Saúde Doutor Eiras” desde 18/06/2004 (<http://sna.saude.gov.br>).
- 3.54. O financiamento para criação e manutenção dos SRT, destino mais frequente desses pacientes, são garantidos por meio de incentivos dados pela União e pela sistemática de remuneração desses serviços por meio das APAC. Recentemente foi criado o incentivo para a instalação de SRT (Portaria GM n.º 2068/2004), gerando uma expectativa de crescimento na rede. Além disso, as AIH dos leitos desativados em hospitais psiquiátricos permanecem no tetos dessas unidades federadas.
- 3.55. Apesar desses estímulos, o processo da desospitalização dos asilares não avança no ritmo desejado. A razão para que assim venha ocorrendo deve ser creditada à necessidade de um grande esforço em recursos humanos especializados para a realização da tarefa, especialmente quan-

do se lida com hospitais com grande número de leitos, e o desconhecimento da tecnologia para realizar essas desinternações nos estados e municípios.

- 3.56. Cumpre, assim, à SAS estabelecer 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, a fim de desenvolver um processo terapêutico com esta população, respeitando caso a caso, o ritmo de readaptação à vida em sociedade, promovendo-lhes a cidadania e possibilitando sua reinserção social.

### REALOCAÇÃO DAS AIH E O CONTROLE SOCIAL

- 3.57. Nas entrevistas com gestores municipais e de CAPS houve relatos reiterados sobre a ausência de garantia da realocação dos recursos economizados com a diminuição dos leitos psiquiátricos para a criação e manutenção dos serviços substitutivos.

- 3.58. O art. 2.º da Portaria GM n.º 106/2000 define os Serviços Residenciais Terapêuticos e vincula que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para as residências terapêuticas, seja reduzido ou descredenciado do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. O item 9 da Portaria GM/MS n.º 52/2004 prevê:

Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, micro-regional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização.

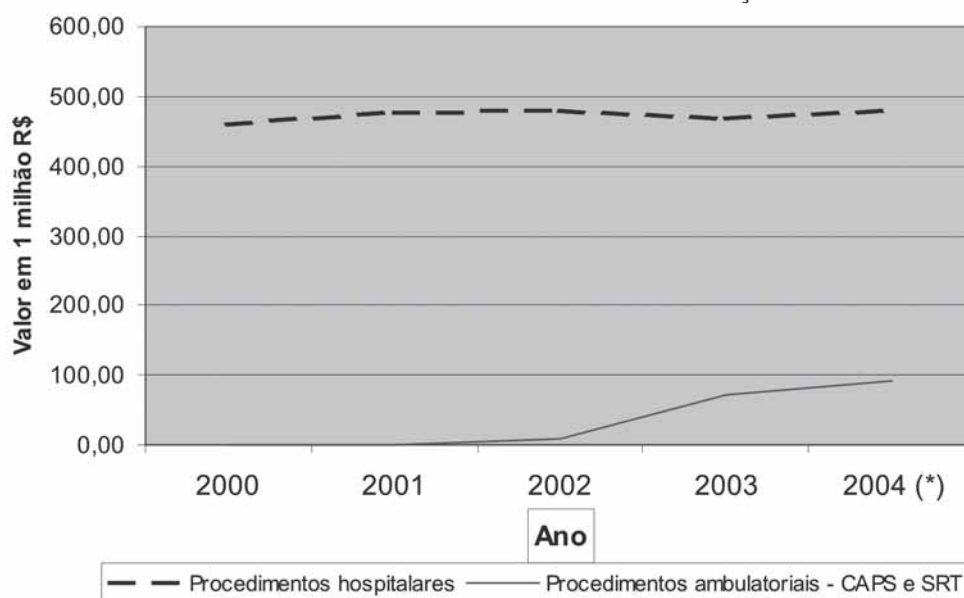


Figura 7 - Evolução dos valores de procedimentos hospitalares de 2000 a 2004 e de procedimentos ambulatoriais em CAPS e SRT de 2001 a 2004.

3.59. Entretanto, não está clara qual destinação deve ser dada às respectivas AIH, em especial quando o paciente retorna a um município diverso daquele do qual estava hospitalizado. Além disso, em termos nominais, não se vislumbra ainda uma redução significativa dos valores relativos às AIH de internações psiquiátricas, conforme se verifica na Figura 7 e Tabela 5.

3.60. Apesar de o número de leitos em hospitais psiquiátricos vir diminuindo continuamente nos últimos oito anos, passando de 72.514 mil, em 1996, para 44.234 mil, em 2004, (Figura 3), os gastos do SUS em Saúde

Procedimentos	2000	2001	2002	2003	2004 (*)
Hospitalares	459,92	476,36	480,30	466,61	479,95
Ambulatoriais	0,00	0,26	7,75	70,93	91,14

Mental no Brasil ainda são canalizados em sua maior parte para internação (Tabela 5). A diminuição no número de leitos não trouxe uma redução da mesma ordem no gasto com internações em leitos psiquiátricos. Em valores nominais, estes tiveram um acréscimo de 1,45% nos anos em que o número de leitos caiu 19,78% (2000/2003). A Tabela 10, no capítulo 7 do relatório, apresenta números mais detalhados sobre a produção ambulatorial apresentados pelo gestor que, apesar de crescer em muito a produção extra-hospitalar, confirma o crescimento dos gastos com internação e a maior proporção de gastos hospitalares nos gastos totais do SUS com a atenção à saúde mental. Isso sugere que a lógica hospitalocêntrica ainda resiste na prestação de serviços de saúde mental.

3.61. Como boa prática na alocação dos recursos liberados com a redução das internações, constatou-se, no estado do Rio de Janeiro, a criação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Teto da Atenção Psicossocial Extra-hospitalar, por intermédio da Resolução CIB n.º 175, de 11/03/2004. A Comissão acompanha o redirecionamento dos recursos do sistema SIH para o SIA, com o objetivo de implementar a rede extra-hospitalar. Diante dessa boa experiência, torna-se necessário recomendar que a SAS oriente os estados e municípios a criar essas comissões com o fim de exercer uma

maior vigilância no redirecionamento dos recursos.

3.62. Alia-se a isso, a pouca participação da sociedade civil em saúde mental e no acompanhamento do processo da Reforma Psiquiátrica. Verificou-se que os Conselhos estaduais e municipais de Saúde são pouco atuantes no que tange às ações de saúde mental, fato constatado nas entrevistas e estudos de caso. Mesmo nos estados e municípios nos quais os respectivos Conselhos de Saúde possuem comissões em saúde mental, a atuação dessas era incipiente. Pesquisa postal revelou que 42,8 % dos gestores municipais classificam a atuação dos conselhos municipais no acompanhamento das ações de saúde mental como ruim ou péssima, e que 40,9% dos gestores estaduais indicam que a atuação dos conselhos estaduais é ruim ou péssima.

**Tabela 5 - Valor, em milhões de reais, dos procedimentos hospitalares do SUS e da produção ambulatorial nos CAPS e SRT – Brasil, 2000 a 2004**

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde – Procedimentos Hospitalares e Produção Ambulatorial (sítios <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/pimap.htm> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/pamap.htm>, respectivamente) em 11/11/2004 – utilizando códigos de procedimentos definidos nas portarias do Ministério.

\* dados atualizados até o mês de setembro de 2004, para os procedimentos hospitalares e até o mês de maio de 2004, para a produção ambulatorial, com projeção efetuada até dezembro de 2004.

3.63. Em contraste com essa situação, observou-se que os Conselhos de Saúde de Itanhaém/SP e de Aracaju/SE contam com pacientes e familiares em sua composição, onde atuam no controle social.

3.64. Consoante estabelece a Lei nº 8.142/90, o Conselho de Saúde compõe o SUS como instância colegiada, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

3.65. Entrevistas com conselheiros e gestores evidenciaram o desconhecimento da política e diretrizes em saúde mental e falta de representação das pessoas portadoras de transtornos mentais e familiares nos conselhos de saúde. Com o fim de melhorar esse quadro e aumentar a participação dos Conselhos, é importante recomendar ao MS que elabore uma cartilha com orientações sobre a Reforma Psiquiátrica e ofereça treinamento aos conselheiros de saúde, acerca do controle necessário nas ações de saúde mental.

3.66. Espera-se que a implementação das recomendações formuladas garantam a alocação das AIH relativas a leitos que foram desativados, contribuindo para a ampliação da rede extra-hospitalar em um ritmo mais acelerado e para o aperfeiçoamento do con-

trole social por parte dos conselhos de saúde e da sociedade.

## SERVIÇOS PRESTADOS PELOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

3.67. Os hospitais especializados em psiquiatria visitados, sejam públicos ou credenciados pelo SUS, apresentam serviços e instalações precárias. Observou-se que esses hospitais não dispõem de estrutura física adequada, oferecendo serviços pouco humanizados, inclusive com poucas atividades terapêuticas. Para os pacientes crônicos, não há programação de alta assistida e direcionada para a rede substitutiva existente no município.

3.68. A ausência de projetos terapêuticos individualizados, a ênfase no tratamento medicamentoso, a existência de instalações físicas antigas e sem a devida manutenção e a cultura de manter as pessoas portadoras de transtornos mentais internadas por longo período, acaba perpetuando o estado de dependência e cronificação desses pacientes.

3.69. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/PSIQUATRIA), instituído para subsidiar o processo de melhoria dos serviços hospitalares, foi regulamentado pela Portaria 251/2002. Esse documento estabeleceu uma classificação para os Hospitais Psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade definidos pelo PNASH e o número de leitos do hospital.

3.70. O PNASH baseia-se na aplicação de instrumento qualitativo que envol-

ve tanto a avaliação da estrutura física e dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, entre outros componentes identificados pela área de vigilância sanitária, quanto componente de avaliação qualitativa do próprio processo terapêutico em saúde mental, assim como adequação e inserção da instituição hospitalar à rede de atenção em saúde mental daquele espaço territorial e às normas técnicas gerais do SUS. No entanto, além da análise qualitativa, o instrumento para avaliação dos hospitais psiquiátricos pontua todos os quesitos qualitativos do instrumento gerando um escore final, o que permite classificar o hospital dentro de 4 (quatro) grupos diferenciados:

- 1º) Aqueles que obtêm escore acima de 81% (com incentivo financeiro pela qualidade da assistência);
- 2º) Aqueles que obtêm escore entre 61% e 80% - para serem considerados suficientes para prestar assistência ao SUS;
- 3º) Aqueles que obtêm escore entre 40% e 61% - aos quais são exigidas adequações a partir da avaliação, para que em 90 dias seja realizada a *revisoria* com o fim de verificar se as adequações foram realizadas. Isso demonstra a preocupação e seriedade do programa em ser justo, isento e responsável pela assistência aos usuários, estabelecendo um prazo para que adequações possam ser feitas, e só então realizando-se nova *vistoria*, com equipes ampliadas, inclusive com participação direta do Ministério da Saúde.
- 4º) Aqueles que obtêm escore abaixo de 40 % - significa péssima qualidade

da assistência. Estes são encaminhados para descredenciamento pelo Ministério da Saúde, em processo que deve ser conduzido, com os cuidados para evitar desassistência, pelo gestor local.

- 3.71. No PNASH/PSIQUIATRIA 2002, oito hospitais foram indicados para descredenciamento. Destes, cinco ainda se encontram em funcionamento, devido especialmente à insuficiência da rede extra-hospitalar. No PNASH 2003/4, cinco hospitais ficaram abaixo da classificação mínima. Três deverão sofrer intervenção - Sanatórios São Paulo (Salvador/BA), N. Sa. de Fátima (Juazeiro/BA), e Hospital José Alberto Maia (Camaragibe/PE). Um já está fechado (Hospital Santa Cecília em Nova Iguaçu/RJ), e o outro, o Hospital Colônia Lopes Rodrigues (Feira de Santana/BA), terá a gestão compartilhada pelo gestores do SUS.
- 3.72. Foi instituída pela Portaria GM nº 1.467/2002, a Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, apreciar recursos quanto às classificações realizadas, propor aperfeiçoamentos no sistema de avaliação, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos. Tal Comissão é composta por: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Área Técnica de Saúde Mental, Serviço de Atendimento ao

Cidadão do SUS, Conselho Nacional de Saúde, representantes dos hospitais privados conveniados e filantrópicos.

- 3.73. Esta Comissão é a instância nacional que pode ser acionada por prestadores e gestores para que haja um acompanhamento e revisão das avaliações realizadas pelo PNASH/Psiquiatria.
- 3.74. Como o PNASH/Psiquiatria foi implantado em 2002 e, em dois anos de ação, vem demonstrando resultados, com intervenções e fechamento de hospitais, percebe-se que sua instituição é necessária ao processo de desospitalização, a fim de garantir atendimento digno aos pacientes assistidos.

### **DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS E DE ALTO CUSTO**

- 3.75. Entrevistas com os gestores estaduais e municipais, com responsáveis pelos CAPS e SRT, além de relatos de familiares e pacientes, evidenciaram deficiências na distribuição dos medicamentos destinados aos portadores de transtornos mentais, traduzida pela descontinuidade na distribuição dos medicamentos essenciais e demora na distribuição dos medicamentos de alto custo. Nas respostas aos questionários dos CAPS, 41,3% dos respondentes informaram que os pacientes não obtêm os medicamentos sempre que solicitam.

- 3.76. Problemas de ordem administrativa, como atrasos na aquisição dos medicamentos; insuficiência dos recursos recebidos, já que valores estão inalterados desde 1999 (Portaria GM/MS n.º 1.077/1999), ao passo que está ocorrendo ampliação da rede; dispensação centralizada de medicamentos e o excesso de burocracia no processo de concessão de medicamento de alto custo têm acarretado descontinuidade do tratamento medicamentoso dos pacientes. Citam-se ainda deficiências no planejamento dos responsáveis, sendo que as coordenações municipais não contam com relatórios de informação sobre o consumo médio mensal e sobre a clientela usuária de medicamentos psicoativos por unidade. A descontinuidade no fornecimento de medicamentos pode prejudicar muito o tratamento dos pacientes, pois o quadro se agrava em casos de recorrência. Múltiplos eventos de depressão aguda podem resultar, por exemplo, em depressão crônica, necessitando de medicação permanente e de continuado acompanhamento psicoterápico.

- 3.77. Visando à continuidade do tratamento medicamentoso, sem prejuízos para as pessoas portadoras de transtornos mentais, recomenda-se reavaliar os valores repassados para os medicamentos essenciais e que sejam estudadas medidas no sentido de aperfeiçoar o acesso aos medicamentos diretamente nos CAPS, incentivando os estados e municípios

a desconcentrarem a dispensação, desde que sejam garantidos os requisitos mínimos para a qualificação das unidades e controle pelo farmacêutico da farmácia oficial do estado ou município. Em Campinas/SP, por exemplo, os próprios CAPS, mesmo sem contar com farmacêuticos, recebem os medicamentos da farmácia oficial do município e fazem a dispensação para os seus usuários.





# 4. A CONTRIBUIÇÃO DA CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA O ALCANCE DOS RESULTADOS

- 4.1. Mais do que nunca o capital humano tem se tornado mais valioso e fundamental para a manutenção e crescimento das organizações públicas e privadas. Gil (2001, p. 121) adverte que o capital humano é o mais evidente diferencial competitivo das organizações.
- 4.2. Objetivando manter os profissionais na instituição, motivados e pró-ativos, é necessário que sejam supridas algumas necessidades básicas de todo trabalhador, entre as quais a permanente capacitação. Para Chiavenato (2003, p.6), o conhecimento é a moeda da Era da Informação.
- 4.3. Visto pelo enfoque do usuário dos serviços, não se pode olvidar a importância dos profissionais de saúde mental estarem capacitados a tratar os portadores de transtornos mentais e seus familiares com urbanidade, paciência e maestria. Nas palavras de Martins (2003, p.1):

...sabe-se que muitos problemas dos pacientes podem ser resolvidos ou atenuados quando se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais; a falta de acolhimento e de continência a seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à rejeição ao tratamento e favorecer a busca de caminhos sociais alternativos, que ofereçam maior receptividade e compreensão. A relação profissional-paciente tem especial importância no processo de adesão ao tratamento.
- 4.4. A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde lançou recentemente o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, o qual visa à implantação de Núcleos ou Pólos de Capacitação e Produção de Conhecimento no contexto da Reforma Psiquiátrica.
- 4.5. O Ministério, ao reconhecer a importância dos profissionais de saúde para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a), enumera os seguintes problemas nessa área: os profissionais de nível superior concentram-se nos centros urbanos maiores, em especial das regiões Sul e Sudeste; inexistência de mecanismos de supervisão continuada; programas de capacitação formal raros e concentrados geograficamente; e ausência de psiquiatras em municípios com menos de 40.000 habitantes.
- 4.6. Além disso, reconhece que o tema da saúde mental, enquanto parte da saúde pública, embora seja objeto de alguns poucos cursos de pós-graduação no Sul e Sudeste do país, não está presente nos de graduação.
- 4.7. Com o intuito de observar se os mecanismos de capacitação em atenção à saúde mental têm contribuído para o alcance dos resultados desejados quanto à qualidade do atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais na rede extra-hospitalar, foram analisadas a

quantidade e as formas de capacitação ofertada aos profissionais de saúde da rede extra-hospitalar pelos três níveis de governo, além de pesquisa junto a profissionais atuando em saúde mental acerca do currículo utilizado e da aderência dos cursos de graduação na área de saúde à Reforma Psiquiátrica.

### **FREQÜÊNCIA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE EXTRA-HOSPITALAR**

- 4.8. Mediante entrevistas com profissionais dos CAPS e coordenadores de saúde mental nos estados e municípios visitados, verificou-se que a capacitação oferecida aos profissionais de saúde que atuam na rede extra-hospitalar é esparsa e não sistematizada.
- 4.9. Muito embora o Ministério da Saúde tenha criado Núcleos ou Pólos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento em diversas localidades do país, observou-se que alguns deles ainda estão em fase de implantação. Os que já estão instalados são recentes e têm organizado poucos cursos, mesmo assim de forma não sistematizada, i.e., em sua maioria não havia encadeamento lógico entre os cursos ofertados na área de saúde mental.
- 4.10. A Tabela 6 mostra que a maior parte das capacitações, eventos técnicos, estudos e pesquisas conveniadas com o Ministério da Saúde ainda estão centralizados nos grandes centros urbanos e em número ainda insuficiente, apesar de se reconhecer que regiões antes não contempladas estão começando a ser atendidas, como os estados do Amazonas, Amapá e Piauí.
- 4.11. Muito embora a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde afirme haver proposto conteúdos básicos a serem abordados nesses cursos (BRASIL, 2003b, p. 7), 35% dos coordenadores municipais que responderam a pesquisa postal afirmaram não saber que o Ministério da Saúde havia estabelecido o conteúdo programático base, para os cursos de especialização em saúde mental e para cursos nessa mesma área para médicos generalistas, enfermeiros, e profissionais de saúde da atenção básica. Esse desconhecimento também foi relatado em entrevistas com coordenadores estaduais e municipais e gerentes de CAPS.
- 4.12. Apesar de a Coordenação Geral de Saúde Mental afirmar oferecer orientações programáticas e os conteúdos dos cursos, por meio de circulares eletrônicas para os Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Mental, mediante divulgação nos Fóruns de Coordenadores de Saúde Mental e nos Boletins Eletrônicos “Saúde Mental no SUS”, coordenadores municipais de saúde mental relataram reiteradamente não terem tomado conhecimento desses cursos.
- 4.13. Outra causa detectada para a oferta limitada de capacitação nesses núcleos/pólos tem sido a demora do Ministério da Saúde em avaliar os projetos e celebrar convênios para realização de capacitação em saúde mental nos estados. Ademais, somen-

Município/ Estado	Instituições	Modalidades de Formação	Número de Profissionais
1. Boa Vista/RR	Pólo Educação Permanente (PEP) -Acre	Especialização em Saúde Mental	30
2. Manaus/AM	PEP Amazonas	Especialização em Saúde Mental	40
3. Macapá/AP	PEP Amapá	Especialização em Saúde Mental	40
4. Belém/PA	SMS PEP/SMS	Atualização na Atenção Álcool e Drogas	100
		Capacitação para os Pólos de Saúde mental – Atenção à Criança e Adolescente	100
		Capacitação para os Pólos de Saúde Mental – Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas	100
		Capacitação Saúde Mental na Atenção Básica	40
		Especialização em Saúde Mental	
5. Salvador/BA	SES/UFBA	Especialização em Saúde Mental	40
6. Vitória da Conquista/BA	SMS	Saúde Mental na Atenção Básica	200
7. Sobral – CE	SES/SMS	Especialização em Saúde Mental	40
		Saúde Mental na Atenção Básica	50
8. Fortaleza/CE	PEP/SES/UECE	Especialização em Saúde Mental	40
		Capacitação em Saúde mental na Atenção Básica	30
		Capacitação em Saúde Mental- Arte-Terapia	30
9. Teresina/PI	UFPI	Especialização em Saúde Mental	40
		Capacitação Saúde mental na Atenção Básica	50
10. Rio Grande do Norte	SES/UFRN  SMS-Natal/UFRN	Especialização	40
		Médicos generalistas	40
		Atenção Básica	50
		Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
11. Paraíba	PEP Paraíba Universidade Federal da Paraíba/João Pessoa	Especialização em Saúde Mental	40
12. Sergipe	PEP Sergipe-SES Instituto RAID	Capacitação em Saúde Mental para PSF	945
		Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
13. Alagoas	Instituto RAID	Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
14. Pernambuco	Instituto RAID	Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
15. Mato Grosso do Sul	SES/MS Escola de Saúde Pública- MS e ENSP SES/MS SMS-Campo Grande	Especialização em Saúde Mental	40
		Médicos generalistas	50
		Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
16. Mato Grosso	SES/Escola de Saúde Pública Cuiabá Universidade Estadual do Mato Grosso	Especialização em Saúde Mental	40
		Especialização em Saúde Mental	40
17. Goiás	PEP/SMS Goiânia	Especialização em Saúde Mental	50
18. Minas Gerais  PEP-Macroregião CentroSul	BH/SMS FHEMIG Escola de Enfermagem Wenceslau Brás/EEWB	Atenção Básica (ACS)	240
		Médicos generalistas e Enfermeiros	80
		Atualização Profissional de Nível Superior da Rede Básica de Saúde	80
		Especialização Atenção Álcool e Drogas	40
PEP-MG Macroregião Norte	Fundação de Ensino Superior de Passos/FAENPA FACEPE/ALFENAS UNIMONTES/ Montes Claros	Reorganização da Estrutura dos Serviços de Saúde Mental	90
		Atualização da Estrutura dos Serviços de Saúde Mental	40
		Atualização em Saúde mental para Nível Técnico	40
		Especialização em Saúde Mental	35
		Capacitação em Avaliação Psiquiátrica	60
		Atualização em Saúde Mental	40

**Tabela 6 - Cursos apoiados pelo Ministério da Saúde na área de saúde mental no período 2003/2004**

Fonte : Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde – SGTES e Coordenação Geral de Saúde Mental.

Município/ Estado	Instituições	Modalidades de Formação	Número de Profissionais
19. Rio de Janeiro – RJ	Centro Teatro do Oprimido-CTO	Atualização	128
	UFRJ	Especialização	40
	PROJAD/UFRJ	Atenção Básica	40
	NEPAD/UERJ	Médicos generalistas	40
		Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
		Especialização Atenção Álcool e Drogas	40
20. São Paulo	SES/CAPS Itapeva/USP-SP	Especialização em Saúde Mental	40
	PEP/ Universidade do Vale do Paraíba	Especialização em Saúde mental	40
		Especialização em Saúde Mental	40
	PEP do Leste Paulista-UNICAMP	Especialização em Atenção Álcool e Drogas	40
	FUNCAMP/UNICAMP	Curso de Atualização em Dependência Química	120
	PEP Grande São Paulo/ SECID/UNICID	Supervisão de Alunos do Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa	65
	Escola Técnica do SUS USP/Ribeirão Preto	Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa- Região Leste	65
	Escola de Enfermagem-USP/RP	Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa- Região Sudeste	65
	Universidade Federal de São Paulo/UNIAD	Especialização Atenção Álcool e Drogas	40
		Atualização em Atenção Álcool e Drogas	50
	Universidade Federal de São Paulo/PROAD	Atualização em Atenção Álcool e Drogas	50
	FUSP	Atualização em Atenção Álcool e Drogas	50
21. Santa Catarina	SMSFpolis/UDESC	Especialização Atenção Psicossocial	40
	PEP Sul-Tubarão	Atenção Básica(PSF/ACS)	40
	SMSJoinville/UDESC	Capacitação em Saúde mental para Atenção Básica	80
		Médicos generalistas	40
22. Paraná	Pólo Ampliado –Campos Gerais-	Capacitação em Saúde Mental para Atenção Básica	100
	SMS Ponta Grossa	Especialização em Saúde Mental	40
	Pólo Ampliado Norte	Capacitação para Rede de Atenção Básica em Saúde mental	300
	Pólo Ampliado Noroeste		
23. Rio Grande do Sul	SMS Porto Alegre	Saúde Mental na Atenção Básica	80
		Atualização em Saúde Mental	151
	Fundação UFRGS	Especialização em Saúde Mental	40
		Atualização Atenção Álcool e Drogas	50
<b>TOTAL</b>			<b>5.374</b>

**Tabela 6 - Cursos apoiados pelo Ministério da Saúde na área de saúde mental no período 2003/2004**

Fonte : Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde – SGTES e Coordenação Geral de Saúde Mental.

- te eram celebrados convênios para cursos a serem implantados, principalmente de especialização, não levando em consideração cursos já existentes em alguns grandes centros urbanos. A iniciativa para firmar os convênios tem sido tomada por municípios e estados melhor organizados, o que gera desigualdades no acesso à capacitação, não havendo atuação específica direcionada para profissionais que atuam em municípios menores e menos estruturados.
- 4.14. Outros fatores percebidos foram a ausência de incentivo aos estados para a implantação desses núcleos/pólos de capacitação e para o aumento da oferta dos cursos já oferecidos e a ausência de participação direta do Ministério da Saúde na oferta desses cursos, enquanto esses Núcleos/Pólos não são implantados. Além disso, 43,8% dos gestores de CAPS informaram não conhecer incentivo do Ministério da Saúde para melhoria da capacitação dos profissionais, o que indica desconhecimento de como o Ministério da Saúde atua na capacitação.
- 4.15. A capacitação assistemática tem levado à promoção de cursos diversificados entre os estados, acarretando capacitação em níveis e/ou enfoques diferentes; de cursos em número insuficiente, prejudicando a qualidade dos serviços prestados e provocando iniciativas pessoais de aprimoramento nessa área, custeada pelo próprio profissional; e de falta de tempestividade na realização de alguns cursos. Esses fatores contribuem para a insatisfação profissional dos recursos humanos que atuam na saúde mental no SUS.
- 4.16. Um atenuante a essa situação tem sido a realização de cursos de pequena duração (não financiados pelo Ministério da Saúde) e encontros entre os profissionais de saúde da rede extra-hospitalar e gerentes na área de saúde mental, mediante fóruns, congressos e seminários, a exemplo do Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial (junho/2004).
- 4.17. Exceção à regra nos municípios visitados são Porto Alegre/RS, Sobral/CE e Belém/PA que implementaram cursos de especialização em saúde mental, com apoio das entidades de ensino superior, em parceria com os gestores estaduais ou municipais. Cabe também citar que a Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado do Paraná informou que o Núcleo Permanente de Capacitação, sediado em Ponta Grossa, está elaborando conteúdo programático padrão para os cursos de capacitação em saúde mental da região abrangida.
- 4.18. O estado do Mato Grosso, está promovendo dois cursos de especialização em saúde mental (um deles em convênio com o Ministério da Saúde), um voltado a profissionais de CAPS e outro para profissionais de saúde em geral. Por sua vez, o estado do Rio de Janeiro promove cursos de extensão voltados a profissionais de CAPS e de unidades hospitalares e a cuidadores de residências terapêuticas, além de cursos de especialização, em convênio com o Ministério, voltados a trabalhadores de CAPS e na área de álcool e drogas. Cite-se, ainda, o estado do Rio Grande do Sul, que conta com a Escola de Saú-

- de Pública, que possui 19 Núcleos Regionais, distribuídos nas coordenadorias regionais, que promove eventos de capacitação, destacando-se o Programa de Residência Integrada em Saúde, que tem, entre as quatro linhas de ação, a residência em Saúde Mental Coletiva.
- 4.19. Verificou-se, ainda, que no CAPS SER III, em Fortaleza/CE, todos os profissionais de saúde de nível superior têm alguma especialização ou mestrado/doutorado na área, o que é facilitado pelo convênio com o Hospital da Universidade Federal do Ceará (UFC).
- 4.20. Assim, entende-se oportuno recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde que aperfeiçoe a articulação dos núcleos e pólos de capacitação com as coordenações estaduais e municipais de saúde mental, objetivando a disseminação e uniformização dos conteúdos programáticos dos cursos já sendo oferecidos por esses estados e municípios. Além disso, a SAS deveria expandir em quantidade e abrangência territorial a oferta de cursos, não os restringindo a apenas grandes centros urbanos.
- 4.21. A implementação dessas recomendações contribuirá para melhorar a qualidade do atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares na rede extra-hospitalar ao aumentar a quantidade e disponibilidade de capacitação para os profissionais de saúde mental, ao melhorar a satisfação dos profissionais desses serviços.
- 4.22. A Coordenação Geral de Saúde Mental destaca a existência de espaços construídos coletivamente para troca e discussão sistemática das ações, além dos outros instrumentos permanentes de comunicação, tais como o Fórum de Coordenadores de Saúde Mental, realizado três vezes por ano, onde há troca e qualificação dos gestores; o Boletim Eletrônico “Saúde Mental no SUS”, que traz notícias de todas as ações e eventos realizados pela Coordenação Geral de Saúde Mental e é enviado para Coordenadores de Saúde Mental, CAPS, cursos de capacitação, professores, estudantes, usuários e outros gestores do SUS; a Revista Eletrônica “Laços – Caderno Eletrônico da Reforma Psiquiátrica”, lançada em dezembro de 2004, que reúne artigos e relatos sobre experiências em curso nos CAPS ou outros equipamentos da rede extra-hospitalar; grupos virtuais de discussão e envio de ofícios circulares.
- 4.23. Nesse sentido, mais de 90% das coordenações estaduais de saúde que responderam ao questionário classificaram a qualidade da comunicação com o Ministério da Saúde como boa ou excelente. Apesar dos diversos canais de comunicação enumerados pelo gestor, há evidência de que as mensagens chegam de forma diferenciada para estados e municípios. Enquanto os gestores estaduais mostram-se satisfeitos, o percentual de satisfação cai para pouco menos de 60% das coordenações municipais pesquisadas. Ademais, nas entrevistas realizadas com as coordenações estaduais e municipais visitadas, ve-

rificou-se deficiência de comunicação entre elas.

- 4.24. Ressalte-se que mais de 95% das coordenações estaduais, quando argüidas se já tinham recebido alguma informação do Ministério da Saúde sobre boas práticas (isto é, experiências criativas e de sucesso) de outros estados ou municípios na área de saúde mental, responderam positivamente, enquanto menos de 40% das coordenações municipais expressaram essa opinião.
- 4.25. A principal causa para essa divergência entre as respostas é a ausência de um instrumento que permita a comunicação constante a baixo custo entre esses profissionais. Diante do atual estágio da informática e das telecomunicações, a criação e disponibilização dessa ferramenta não é difícil, e permite enfrentar os efeitos da situação presente: disseminação limitada de boas práticas e deficiência de troca de experiências e busca de solução conjunta de conflitos.
- 4.26. Recomenda-se, portanto, que a SAS institua canal de comunicação permanente, entre o Ministério e os demais gestores das ações de atenção à saúde mental, em especial com as coordenações municipais de saúde mental, como, por exemplo, por meio da criação de um sítio eletrônico específico para encaminhamentos de interesse das ações de saúde mental e concurso de boas práticas.
- 4.27. Espera-se que com essa ferramenta de baixo custo haja disseminação mais rápida de boas práticas, princi-

palmente entre municípios, e solução mais ágil e segura de problemas, ao se levar em consideração experiência de pessoas qualificadas em outros municípios e estados que já possam ter passado pela mesma situação, sem que haja necessidade de incorrer em custos com deslocamentos.

## **RELAÇÃO DOS CAPS COM AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA**

- 4.28. Dentro da Rede de Atenção à Saúde Mental, criada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), o CAPS não é o único local de oferta de serviços, mas um articulador estratégico dessa rede, quer ao cumprir suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quer ao promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários.
- 4.29. Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b, p.3), “56% das equipes de saúde de família preferiram realizar alguma ação em saúde mental”. Isso deve-se ao fato de existir um sofrimento mental subjetivo associado a qualquer doença, levando o Ministério da Saúde, nesse mesmo trabalho, a expressar que “todo o problema de saúde é também mental e toda saúde mental é também produção de saúde”.
- 4.30. Dessa maneira, por estarem naturalmente mais próximos de famílias e comunidades, verifica-se a necessidade de oferecer condições às equipes de atenção básica para enfrenta-

rem os agravos advindos do uso abusivo de álcool e drogas e de diversas formas de sofrimento psíquico. Nesse sentido, a própria OMS (2001, p. 73-74) reconhece que muitas vezes as equipes de atenção básica vêem a angústia emocional das pessoas, mas nem sempre conseguem detectar e tratar os transtornos mentais e comportamentais comuns. Acrescenta ainda:

É interessante observar que a pobreza de um país não significa necessariamente que o tratamento dos doentes mentais será deficiente. Experiências em alguns países africanos, asiáticos e latino-americanos mostram que o treinamento adequado de trabalhadores em atenção primária de saúde no reconhecimento e manejo precoce de transtornos mentais pode reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários.

- 4.31. Contudo, verificou-se deficiências na relação dos CAPS com as equipes de atenção básica. Em todos os lugares visitados, ou essa relação se restringia ao simples encaminhamento ou estava em fase de implementação de maior integração com a rede de saúde mental, seguindo um modelo matricial de atuação.
- 4.32. Segundo a Coordenação Geral de Saúde Mental, com relação ao financiamento das equipes matriciais, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, em parceria com outros departamentos, elaborou o Projeto para implantação dos “Núcleos de Saúde Integral”. Este projeto está em discussão há um ano, inicialmente dentro do próprio Ministério e depois com o COSEMS

e o CONASS, uma vez que sua implantação depende de aprovação na tripartite. Em dezembro de 2004, o projeto foi levado para apreciação da tripartite, porém, não foi aprovado naquele momento. Em 2005, o projeto será levado novamente para apreciação da tripartite.

- 4.33. Na pesquisa realizada, quase metade dos responsáveis por CAPS informaram não ter havido encontros de trabalho com equipes de atenção básica, o que demonstra a necessidade de maior articulação. Além disso, 58% das respostas aos questionários dos gestores municipais demonstram que não foi realizada atividade de treinamento para as equipes de atenção básica, para atender às pessoas com transtorno mental, ao passo que 37% informou que já houve algum treinamento, não havendo dados sobre a abrangência dos eventos.
- 4.34. A baixa integração das equipes de atenção básica com as de saúde mental é atribuída à ausência de capacitação sistemática em saúde mental para as equipes da atenção básica, à deficiência de articulação institucional (compreendendo as coordenações de saúde mental federal, estadual e municipal), à sobrecarga de CAPS em regiões com baixa cobertura de serviços extra-hospitalares, à falta de implementação do modelo de referência e contra-referência, e à resistência de profissionais de saúde da atenção básica em atuar em saúde mental.
- 4.35. Essa situação implica o encaminhamento de pacientes para os CAPS sem necessidade, sobrecarregando essas unidades com casos que poderiam ser

atendidos na rede de atenção básica, além de criar dificuldade para a reinserção dos pacientes na comunidade. A falta de reinserção dos pacientes dificulta seu projeto de alta e os mantêm vinculados ao serviço prestado pelos CAPS.

- 4.36. Quanto às experiências mais relevantes na integração dessas duas áreas, destacam-se o Estado do Rio de Janeiro, com a realização de fóruns mensais de saúde mental, com a participação intersetorial de representantes de 9 dos 10 distritos de saúde, incluindo agentes do PSF; o Município de Paracambi/RJ, onde um integrante da saúde mental acompanha as equipes de PSF; a promoção de cursos para a atenção básica no município de Belém/PA; e a criação de módulo específico para a saúde mental no curso de formação dos PSF em Porto Alegre/RS.
- 4.37. Diante desse quadro, recomenda-se que a SAS incentive a integração das equipes da saúde básica e da saúde mental nos municípios como objetivo de contribuir para a implementação da rede de atenção à saúde mental mediante, por exemplo: fomento para a realização de cursos de capacitação em saúde mental para equipes de atenção básica, em especial onde a rede extra-hospitalar seja deficiente, e promover a realização de eventos técnicos entre coordenadores municipais e estaduais das duas áreas nos quais se discutam temas como o sistema de referência e contra-referência.
- 4.38. Espera-se que essas recomendações facilitem a implementação do modelo de referência e contra-referência na

área de saúde mental, e o fortalecimento da atenção básica em saúde mental, a inserção do paciente na comunidade e a triagem mais qualificada das PPTM na porta de entrada do sistema, possibilitando, desta forma, que a atenção básica trate os pacientes de menor complexidade clínica, desafogando a demanda dos CAPS, além de privilegiar o trabalho de promoção de saúde preventiva e não curativa, pelo diagnóstico e tratamento antecipado de casos de sofrimento psíquico, antes da ocorrência de episódios de crises.

## DISPONIBILIDADE DE PSQUIATRAS NO BRASIL

- 4.39. Considerando que, conforme estipulado na Portaria GM/MS n.º 36, de 19.02.2002, à exceção dos CAPS I e CAPSi, que podem ter médicos com formação em saúde mental, os demais centros devem possuir pelo menos um médico psiquiatra em seus quadros. A disponibilidade desse profissional em número suficiente em todos os estados brasileiros se mostra fundamental. No entanto, a quantidade de psiquiatras é insuficiente, especialmente fora do estado de São Paulo.
- 4.40. Segundo estimativa da Associação Brasileira de Psiquiatria, havia 6.000 psiquiatras no Brasil em 1998 (TORELLO, 1998). De acordo com informações obtidas pela equipe de auditoria em São Paulo, esse número hoje deve estar em torno de 9.000 profissionais. Contudo, conforme relatado por TORELLO (1998) e confirmado por quase todos os gestores de CAPS e coordenadores estaduais e municipais entrevistados, a maior parte dos psiquiatras está concentra-

da nos grandes centros urbanos, em especial em São Paulo.

- 4.41. Corroborando esse entendimento, observou-se que mais de 70% das coordenações estaduais de saúde mental consideram a falta de pessoal um entrave à expansão da rede extra-hospitalar. É verdade que existe escassez localizada de outros profissionais de saúde, mas em nenhuma outra categoria o problema é tão sério como no caso dos médicos psiquiatras.
- 4.42. As causas levantadas para esse número insuficiente de psiquiatras são a concentração de maiores salários e maior clientela na região Sudeste e Sul, em especial em São Paulo, a ausência de incentivo salarial para migração desses profissionais para outros estados, principalmente para o interior do país, e a quantidade reduzida de médicos que optam pela residência em psiquiatria.
- 4.43. Percebe-se, portanto, que a carência e a distribuição desigual de psiquiatras no país se torna um grande empecilho para a criação e ampliação de uma rede substitutiva e também para o aumento na quantidade de hospitais gerais que ofertem leitos psiquiátricos.
- 4.44. Na busca de minimizar esses efeitos, cabe ressaltar a iniciativa da Secretaria Municipal de Curitiba/PR em conceder bolsas de estudo para residência médica em psiquiatria já voltada para a visão da reforma psiquiátrica.
- 4.45. Propõe-se recomendação ao Ministério da Saúde para articular-se com

o Ministério da Educação e Instituições de Ensino Superior e Pesquisa de modo a fomentar a criação de cursos de especialização “strictu sensu” em psiquiatria e “lato sensu” em saúde mental, voltados para as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

- 4.46. Busca-se, com essas recomendações, incrementar a quantidade de médicos capacitados na rede extra-hospitalar e a quantidade de psiquiatras e médicos com especialização em saúde mental, esses últimos podendo, inclusive, atuar em hospitais gerais onde há carência de psiquiatras.

## **FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

- 4.47. Entrevistas com profissionais de saúde de CAPS e coordenadores de saúde mental nos municípios visitados informaram que os profissionais de saúde, em especial os psiquiatras, não têm formação acadêmica voltada para o novo modelo de tratamento em saúde mental.
- 4.48. A razão para isso é que os currículos acadêmicos dos cursos de saúde ainda não incorporaram a filosofia por trás da reforma psiquiátrica e do novo modelo de atendimento aos portadores de transtornos mentais.
- 4.49. Com isso, é elevada a necessidade de capacitação específica dos profissionais de saúde que atuam na área de saúde mental, especialmente nos CAPS e SRT, pois estão pouco familiarizados com esse novo modelo de abordagem da saúde mental e muitas vezes possuem visão equivocada e tradicional sobre esse tema.

- 4.50. Em alguns estados, todavia, há iniciativas pontuais para reverter esse quadro. Tanto a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina quanto a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR estão iniciando residência médica em psiquiatria que conta com carga horária em atividades em CAPS. Além disso, existe no Ceará um mestrado em saúde mental, oferecido pela Universidade Estadual do Ceará.
- 4.51. Cabe destacar iniciativa já realizada nesse sentido em relação ao PSF. Segundo SOUZA (2002), foram criados o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) e o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem (PROENF), em parceria com o MEC, como forma de encurtamento da distância existente entre a academia e os serviços de saúde.
- 4.52. Diante disso, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde que articule com o MEC e Instituições de Ensino Superior para promoção de alteração/atualização de currículo dos cursos da área de saúde, principalmente de psiquiatria, fazendo incluir, por exemplo, atividades práticas em serviços extra-hospitalares da saúde mental, dando uma formação mais condizente com a filosofia da Reforma Psiquiátrica;
- 4.53. Com essa recomendação, espera-se como benefícios tornar a formação acadêmica dos profissionais de saúde coerente com a nova filosofia de tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais, diminuindo a necessidade de capacitação extensa e posterior em saúde mental. Ademais, a reformulação do currículo acadêmico do curso de psiquiatria pode despertar o interesse de novos profissionais na saúde mental, devido à mudança da visão hospitalocêntrica e até mesmo à redução do preconceito de alguns profissionais, que ainda têm a visão manicomial do tratamento desses pacientes.





# 5. A PROMOÇÃO DA REINserÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E O SEU BEM-ESTAR E DE SUA FAMÍLIA

- 5.1. Os subtítulos seguintes dedicam-se a analisar se as ações do programa vêm contribuindo para a reinserção social do portador de transtornos mentais e para o seu bem-estar e de sua família. Inicia-se a análise pelas atividades desenvolvidas pelos CAPS com a finalidade de implementar a reinserção social dos pacientes. Na seqüência, discute-se a concessão do auxílio-reabilitação do Programa “De Volta Para Casa”, seguindo pelos mecanismos de avaliação dos resultados das ações em Saúde Mental, para finalizar com as campanhas de divulgação das ações em saúde mental.
- A REINserÇÃO SOCIAL E A INserÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**
- 5.2. Como destacado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, a reinserção social é uma idéia ampla que abrange variados componentes relacionados à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Nesse sentido, a inserção das pessoas portadoras de transtornos mentais no mercado de trabalho é um desafio ao qual os serviços substitutivos não podem se furtar. Sendo assim, os exames da auditoria se concentraram na análise das dimensões de inserção no mercado de trabalho e na promoção de atividades comunitárias como indicadores do trabalho desenvolvido por aqueles serviços.
- 5.3. Na pesquisa postal dirigida aos CAPS, 52,35% informaram não desenvolver qualquer tipo de atividade de geração de renda ou de caráter profissionalizante. Entre os CAPS visitados, algumas das unidades de Campinas/SP, Itanhaém/SP, São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG, Belém/PA, Sobral/CE e Fortaleza/CE ofereciam oficinas para geração de renda.
- 5.4. A carência de oficinas para a geração de emprego e renda pode ser explicadas pela falta de articulação com outras áreas da administração pública e por falta de uma política para incentivar a contratação de pessoas portadoras de transtornos mentais. A principal repercussão disso é a dificuldade para inserir os pacientes no mercado de trabalho, adiando ou dificultando sua integração social.
- 5.5. Nos CAPS visitados, detectaram-se alguns bons exemplos de projetos de geração de renda:
- Projeto Ita Sabor, no CAPS II do município de Itanhaém/SP, que produz e vende doces e salgados na comunidade (Figura 8);
  - Associação civil SURICATO criada em Belo Horizonte, que trabalha com marcenaria e mosaicos; e
  - Cooperativa laboral no CAPS SER III de Fortaleza, vinculado ao Hospital da Universidade Federal do Ceará, com 30 pessoas associadas, entre usuários e familiares.



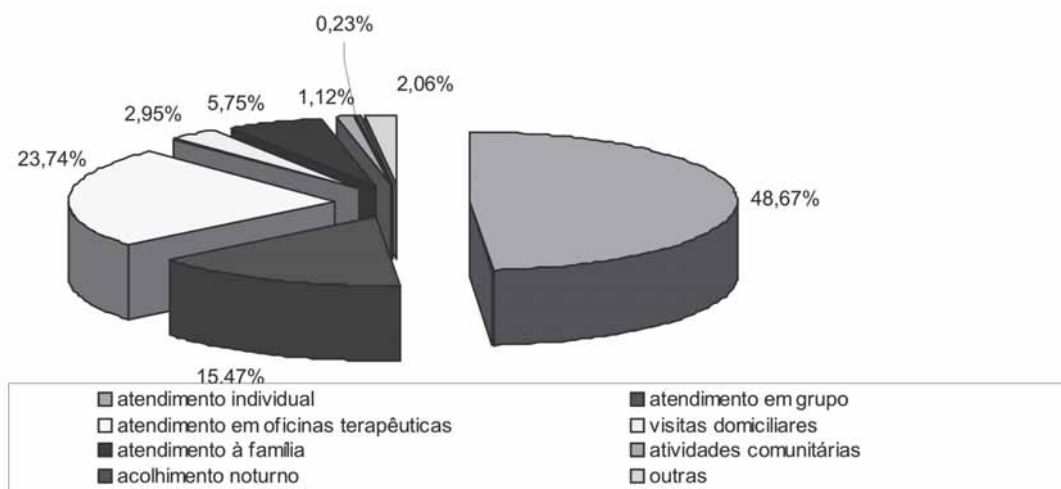
**Figura 8 - Projeto Ita Sabor, do CAPS II no município de Itanhaém/SP**  
Foto: ACE João Germano Lima Rocha.

- 5.6. Todas as experiências têm sido positivas para a evolução clínica dos pacientes, o desenvolvimento de sua autonomia, maior inserção na comunidade e aumento do sentimento de cidadania nos seus beneficiários. Mas, apesar de todos esses aspectos positivos, há dificuldades de se conseguir que esses pacientes exerçam atividades laborais fora dos CAPS.
- 5.7. A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde informou que tem parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho, para o alcance das seguintes metas :
1. Criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental;
  2. Criação de um mecanismo de articulação entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Economia Solidária e suas respectivas políticas;
  3. Criação e manutenção de incubadoras (em geral universitárias) que apoiem, capacitem e fomentem iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental.
- 5.8. Além disso, a Coordenação noticiou que realizou uma oficina nacional de geração de renda e trabalho em novembro de 2004, com participação de 14 Unidades da Federação, e que está em tramitação uma portaria interministerial que institui Grupo de Trabalho interinstitucional para fomentar um Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária.
- 5.9. Ainda na pesquisa de campo, constatou-se a pouca interação dos CAPS com os equipamentos comunitários, exceto onde foram criados os Centros Comunitários. Por haver poucos CAPS no Brasil, os já existentes ficam sobrecarregados, dificultando seu envolvimento em alternativas terapêuticas além do projeto terapêutico tradicional. Além disso, o preconceito ainda presente na sociedade dificulta e adia a implantação de atividades terapêuticas comunitárias. É evidente, portanto, que as atividades terapêuticas são, em sua maioria, realizadas sem maior

interação com a comunidade, o que termina por dificultar a inserção social do paciente, prejudicando sua evolução clínica. Da pesquisa postal realizada nos CAPS, obteve-se a distribuição demonstrada na Figura 9 em relação às atividades desenvolvidas no ano de 2004 (média por CAPS), verificando-se a predominância do atendimento individual (48%), ao passo que as atividades comunitárias, de atendimento à família e visitas domiciliares representam 7% do universo. Além disso, 15,7% dos CAPS informaram não terem realizado oficinas terapêuticas em 2004 (até agosto); 17,4% informaram não realizar visitas domiciliares; 16,6% não realizaram atendimento a famílias; e 31,9% não desenvolveram atividades comunitárias.

reduzindo o estigma e o preconceito, ampliando a inserção dos pacientes na comunidade e melhorando a evolução clínica.

5.11. Iniciativa de destaque foi tomada pelo estado do Rio de Janeiro, por meio da Lei Estadual nº 4.323, de 12 de maio de 2004, que criou a Política Estadual para Integração da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais, compreendendo o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da população alvo, tendo como finalidade a inserção da PPTM no mercado de trabalho ou a sua incorporação ao sistema produtivo. Segundo a lei fluminense, são modalidades de inserção laboral da Pessoa Portadora de



**Figura 9 - Tipos de atividades desenvolvidas pelos CAPS em 2004**  
 Fonte: Respostas dos questionários enviados via postal aos CAPS.

5.10. Detectaram-se boas práticas em Campinas/SP, Belo Horizonte/MG, Betim/MG e Barbacena/MG, onde foram implantados Centros de Convivência, que desenvolvem atividades comunitárias culturais, de educação formal, cursos de computação, ginástica e outras, que são utilizadas nos projetos terapêuticos dos pacientes. Relatos de gestores locais afirmam que essas experiências vêm

Transtornos Mentais: I - Mediante a contratação das Cooperativas Sociais de que trata a Lei Federal nº 9.867 de 10 de novembro de 1999; II - Mediante Colocação Competitiva: processo de contratação regular, nos termos da Legislação Trabalhista e Previdenciária que independe da adoção de procedimentos e apoios especiais para sua concretização, não

sendo excluída a possibilidade de utilização de apoios especiais; III - Mediante Colocação Seletiva: Processo de contratação regular, nos termos da Legislação Trabalhista e Previdenciária que depende da adoção de procedimentos e apoios especiais para a sua concretização; IV - Mediante Contratação para Prestação de Serviços, por entidade pública ou privada, da PPTM e V - Mediante a Comercialização de bens e serviços produzidos por Associações e outras entidades ligadas aos Serviços de Saúde Mental.

5.12. Outro fato que chama a atenção nos projetos terapêuticos dos CAPS é o reduzido número de visitas domiciliares que são realizadas, em geral apenas em algumas situações, por solicitação dos pacientes ou de seus familiares, mas não fazem parte de uma atividade sistemática, ao contrário do previsto na Portaria GM/MS nº 336/2002. As principais causas relatadas pelos CAPS para isso acontecer foram a carência de pessoal, diante da elevada demanda, falta de veículo para o transporte das equipes e a não remuneração dessas atividades pelo SUS. Os principais efeitos desse reduzido número de visitas são o distanciamento dos profissionais em relação às famílias dos pacientes, permanência da estigmatização e dificuldades no processo de reinserção social. Tudo isso acaba prejudicando uma melhor evolução clínica dos pacientes e um impacto social maior da Reforma Psiquiátrica.

5.13. Diante dessas constatações, recomenda-se ao Ministério da Saúde que implemente, em articulação com o Ministério do Trabalho, me-

canismos de estímulo à criação das cooperativas sociais, como definidas na Lei n.º 9.867/1999, bem como o estabelecimento de políticas de incentivo à contratação de pessoas portadoras de transtornos mentais, a exemplo da Lei Estadual n.º 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. Propõe-se, também, que o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), implemente uma política de incentivo para a implantação de Centros de Convivência e o desenvolvimento de atividades diversas de interação dos pacientes com a comunidade.

5.14. É necessário chamar a atenção para o fato de que hoje o sistema de remuneração das APAC não cobre essas atividades alternativas, e, nesse sentido, propõe-se que esse modelo de remuneração seja revisto e que se estudem formas de remunerar todos os serviços prestados pelos CAPS, revendo o modelo de faturamento, concebido sob a ótica do tratamento da doença e que tende a criar vínculos dos pacientes com o sistema, não privilegiando os serviços inclusivos e a alta dos beneficiários. Nessa mesma direção, deve-se incentivar, como rotina nas atividades dos CAPS, as visitas domiciliares, revendo o processo de remuneração das APAC, com o intuito de prover a cobertura financeira desses serviços. É importante que se inclua, ainda, no incentivo para a criação dos CAPS, recursos para a aquisição de veículos a fim de viabilizar as atividades fora desses serviços.

5.15. Com a implementação dessas recomendações, deve haver, como consequência direta, maior inserção dos pacientes na comunidade e melhoria da resposta terapêutica e, como consequência indireta, a redução do preconceito da sociedade. Espera-se, também, que as recomendações tragam como benefícios a capacitação profissional dos pacientes e possibilidade de inserção no mercado de trabalho, resultando na geração de renda pessoal, melhoria da condição econômica e da autonomia dos pacientes e avanço positivo do quadro clínico dessas pessoas. Outros benefícios da implantação de tais recomendações são a facilitação da inserção do paciente na comunidade, o melhor acompanhamento clínico e orientação domiciliar das pessoas portadoras de transtornos mentais e de seus familiares.

## **O AUXÍLIO-REABILITAÇÃO DO PROGRAMA "DE VOLTA PARA CASA"**

5.16. Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de beneficiários potenciais desse auxílio é de aproximadamente 15.000 pessoas, entretanto, ainda é reduzido o número de pessoas que recebem o auxílio. Em novembro de 2004, segundo o Ministério, em torno de 800 pessoas receberam o auxílio.

5.17. Detectou-se, na maioria dos municípios visitados, que a principal causa relatada para o não recebimento do auxílio, desde que resolvido o lugar de moradia (família ou residência terapêutica), é a ausência de documentos dos pacientes asilares, como certidão de nascimento e CPF,

dificultando o cadastro dos potenciais beneficiários do programa.

5.18. Houve relatos reiterados de gestores e técnicos entrevistados sobre a existência de pacientes asilares disfarçados, ou seja, que passam por curtos períodos de alta entre uma internação e outra, impossibilitando-o de fazer jus ao benefício, porque exigem-se 2 (dois) anos ininterruptos de internação psiquiátrica para a concessão do auxílio, mesmo que em SRT.

5.19. Outro obstáculo observado nessa pesquisa é a existência de pacientes que estavam para completar 2 (dois) anos ou completaram esse tempo mínimo de internação após a publicação da Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, considerado o ponto de corte para que o beneficiário tenha direito ao auxílio.

5.20. Pode ser considerada causa indireta dessa situação a falta de SRT nos municípios, pois é necessário que os pacientes asilares tenham que sair dos hospitais psiquiátricos. Mas, como a maioria não tem família, as residências terapêuticas tornam-se necessárias para que haja um local para onde encaminhar esses pacientes após a alta. Sem SRT não há alta e sem alta não há preenchimento do pré-requisito para direito de gozo do benefício. Oportuno lembrar que recomendações no sentido de incentivar a criação de maior número de SRT encontram-se no capítulo 3 deste relatório.

5.21. Como consequência de todos esses problemas, observa-se uma lentidão no processo de desospitalização dos

UF	Município	Qtd. de Beneficiários
CE	SOBRAL	7
DF	BRASILIA	33
GO	GOIANIA	3
MA	SAO LUIS	13
MG	ARACUAI	3
MG	BARBACENA	136
MG	BELO HORIZONTE	47
MG	MONTES CLAROS	3
MT	CUIABA	2
PE	CAMARAGIBE	1
PE	RECIFE	4
PR	CAMPINA GRANDE DO SUL	21
PR	CASCAVEL	1
PR	CURITIBA	54
PR	PINHAIS	7
RJ	BELFORD ROXO	3
RJ	BOM JESUS DO ITABAPOANA	3
RJ	CARMO	38
RJ	ITAOCARA	2
RJ	NITEROI	6
RJ	NOVA IGUACU	3
RJ	PARACAMBI	17
RJ	RIO DE JANEIRO	18
RS	BAGE	22
RS	PORTO ALEGRE	56
SC	BLUMENAU	1
SC	FLORIANOPOLIS	3
SE	ITABAIANA	2
SE	MONTE ALEGRE DE SERGIPE	2
SE	NOSSA SENHORA DA GLORIA	5
SE	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	23
SP	AMPARO	4
SP	ARARAQUARA	3
SP	BAURU	1
SP	CAMPINAS	110
SP	CASA BRANCA	159
SP	LINS	9
SP	MOCOCA	13
SP	PIRACICABA	10
SP	PROMISSAO	7
SP	RIBEIRAO PIRES	24
SP	RIBEIRAO PRETO	30
SP	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	35

**Tabela 7 - Municípios com beneficiários do Programa de Volta para Casa por UF.**  
Fonte : Datasus

pacientes crônicos, pois, além da rede substitutiva incipiente, há dificuldades de se conseguir o benefício para os beneficiários potenciais, o que põe obstáculos ao seu processo de autonomia e o priva de um direito que lhe cabe.

5.22. Na diminuição do entrave quanto à ausência de documentação para a concessão do auxílio previsto no Programa “De Volta para Casa”, ressalte-se o esforço realizado em Paracambi/RJ, onde a Coordenação Municipal de Saúde Mental conseguiu emitir cerca de 120 certidões de nascimento tardias, tendo o processamento sido facilitado pela interação com o Ministério Público. Essa boa prática deve ser disseminada a fim de que outros municípios consigam cadastrar seus beneficiários potenciais.

5.23. A Coordenação Geral de Saúde Mental argumenta que, apesar de todas as dificuldades encontradas no Programa “De Volta para Casa”, devem ser citados os seguintes fatos: 1) o processo de transformação em lei, a partir de projeto do Executivo (apresentado, votado no Parlamento e sancionado em 2003) de uma antiga proposta do movimento da reforma psiquiátrica, já apresentada em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental; 2) o início efetivo da implantação do Programa em dezembro de 2003; 3) a superação do obstáculo representado pela acumulação com os benefícios da Lei de Organização da Assistência Social, que resultou em aumento dos beneficiários. Além disso, com o processo de intervenção em macro-hospitais como a Casa de Saúde Dr. Eiras de

Paracambi, RJ, e o Hospital Alberto Maia, de Camaragibe, PE, a incorporação de novos beneficiários deve fazer-se de forma mais rápida.

5.24. Em janeiro de 2005, havia 190 municípios habilitados, 46 deles com 952 pacientes beneficiados pelo programa.

5.25. No sentido de minimizar os efeitos negativos decorrentes da ausência de documentos e com a intenção de promover um incremento no ritmo de concessão do auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa “De Volta para Casa”, recomenda-se que a SAS estude a possibilidade de iniciar o processo de cadastramento dos beneficiários junto à Caixa Econômica Federal, sem a necessidade de apresentar a certidão de nascimento e o CPF, mesmo que o início do pagamento fique condicionado à apresentação dos referidos documentos. A fim de facilitar o processo de documentação dos pacientes, propõe-se, também, que a SAS se articule com outros órgãos federais e estaduais para que sejam criados mecanismos que permitam a agilização da emissão dos documentos de identificação dos beneficiários do Programa.

5.26. Devido ao elevado número de pacientes excluídos do benefício em decorrência da necessidade de ter 2 (dois) anos de internação ininterruptos até o dia 31 de julho de 2003, data da publicação da Lei n.º 10.708, torna-se importante, a fim de haver uma maior equidade no tratamento dos pacientes que tiveram anos de vida perdidos em função dos longos períodos de internação, que a SAS estude a criação de benefícios que apoiem a desinstitucionalização

dos pacientes excluídos do Programa “De Volta Para Casa”.

- 5.27. Espera-se que as recomendações tragam incremento no número de pacientes reinseridos na sociedade, com dignidade e cidadania restabelecidos, reduzindo o número de beneficiários potenciais sem receber o benefício a que fazem jus.

### **MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL E SUPERVISÃO TÉCNICA-INSTITUCIONAL**

- 5.28. A Coordenação Geral de Saúde Mental não dispõe de dados específicos tabulados e de indicadores de desempenho que permitam uma avaliação adequada do progresso e da evolução da prestação dos serviços ao longo do tempo.

- 5.29. Segundo informações colhidas em entrevistas com os responsáveis pelos CAPS visitados, detectou-se que não há um sistema de armazenamento e manipulação de dados com informações técnicas e gerenciais. São da mesma opinião os gestores estaduais e municipais que alegaram a ausência de um sistema de informações que subsidie o planejamento, a regulação, o controle e a avaliação das ações de saúde mental, além da disseminação da informação. Esses gestores possuem dados genéricos sobre as pessoas portadoras de transtornos mentais que são assistidas, mas não dispõem de estudos sobre o perfil epidemiológico dessa população.

- 5.30. Também não existem avaliações sistemáticas das ações de saúde men-

tal pois os respondentes dos questionários dirigidos aos municípios afirmaram não haver avaliação pelo Ministério da Saúde (78%), nem pela Secretaria Estadual de Saúde (80%), nem pelo município (51%). Tal cenário gera deficiências no planejamento das ações de saúde mental, que acabam ocorrendo apenas pela demanda dos beneficiários.

- 5.31. Apesar de se observar a ocorrência de um decréscimo no número de internações, a falta de dados no SIH/SUS sobre do número de pacientes internados impede que se saiba quantas pessoas representam o número de internações. Como consequência, não há hoje um levantamento, em todo o país, do número de internos em hospitais psiquiátricos.

- 5.32. Para se ter uma avaliação confiável dos resultados obtidos pelas ações de saúde mental realizadas pelos CAPS, faz-se necessário saber se os CAPS estão dando a cobertura adequada à sua abrangência territorial. Entretanto, como a rede substitutiva ainda é muito incipiente, não há, na maior parte dos CAPS, levantamento sobre a população-alvo desses serviços. Isso impossibilita que os CAPS tenham previsão da dimensão geográfica a ser coberta por seus serviços.

- 5.33. Nas visitas aos municípios foram identificadas duas boas práticas que merecem ser citadas: a existência de sistema informatizado das unidades de saúde em Curitiba/PR e a elaboração de ficha de notificação e controle de doença mental e epilepsia no Pará. Esse último instrumento permite conhecer melhor o universo de pessoas com transtorno mental atendidas pela rede.

- 5.34. Diante da realidade encontrada na área de avaliação dos resultados das ações de saúde mental, faz-se necessário recomendar à SAS que, para auxiliar na avaliação e no monitoramento das ações de saúde mental, crie instrumentos de avaliação e indicadores, para aferir a efetividade do serviço prestado; estude a criação de incentivos para implantação de hardware e software nos CAPS que permita a informatização dos prontuários e a produção de informações técnicas e gerenciais de forma padronizada; estude alterações no sistema SIH/SUS, em conjunto com o DATASUS, que possibilite extrair relatórios com informações específicas sobre saúde mental, a exemplo do número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos.
- 5.35. Em 19 de julho de 2000, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 799, que instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e determinava que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS estruturasse o Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
- 5.36. Esse Grupo Técnico teria atribuições de coordenar a implementação de Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental; coordenar e articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados pelos estados, Distrito Federal e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal; promover a capacitação dos profissionais que desenvolveriam as atividades inerentes ao Programa instituído; emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de assistência em saúde mental.
- 5.37. As atividades realizadas pelos Grupos Técnicos, tanto da Secretaria de Assistência à Saúde, quanto dos estados e municípios, não substituem as ações e competências de supervisão, controle, avaliação e auditoria dos gestores do SUS – federal, estaduais e municipais.
- 5.38. Apesar da regulamentação supracitada, houve reiterados relatos de ausência de supervisão técnica e institucional dos CAPS e SRT. Supervisão Institucional é aquela exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e na colocação de novos objetivos. A supervisão técnica deve ocorrer quando houver problemas específicos, ligados ao exercício de técnicas ou à implantação de novos programas ou técnicas, sendo exercida por um supervisor específico, por tempo limitado, a partir de um acordo da equipe com o supervisor institucional (Manual de Organização do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá – 1994).
- 5.39. Cite-se que em Belém/PA, há duas linhas de supervisão mensal da rede extra-hospitalar: institucional, realizada por profissional com formação clínica para discutir com todos os profissionais do grupo os casos clínicos acompanhados pelo serviço; e

outra, para um trabalho de suporte psicológico junto aos profissionais envolvidos com as pessoas portadoras de transtornos mentais, chamada de “cuidando do cuidador”. Essa boa prática de supervisão institucional, apesar de ser, ainda, incipiente, serve como exemplo para o início da implementação dessa atividade nos serviços substitutivos. Em Porto Alegre, ocorrem encontros quinzenais do colegiado de coordenadores de saúde mental, aberto às equipes de atenção básica, para discutir assuntos técnicos. No Estado do Rio, foi realizado diagnóstico situacional da rede em 1999, e há 3 linhas de gestão junto aos municípios: reunião mensal dos coordenadores municipais, fórum mensal em saúde mental de crianças e adolescentes e fórum bimestral inter-institucional de toda a rede junto com representantes de outras entidades, que iniciou este ano, criado pela Deliberação CIB-RJ nº 175, de 11/03/2004.

5.40. A Coordenação de Saúde Mental destaca a realização, em 2004, do Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial. Esse evento, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Prefeitura Municipal de São Paulo, reuniu cerca de 2.000 profissionais. No período do Congresso, foram dados os primeiros passos para a criação de uma Escola de Supervisores, com o objetivo de capacitar profissionais da rede de atenção extra-hospitalar para exercer o papel de supervisores clínicos institucionais dos CAPS.

5.41. Devido à ausência de uma supervisão externa orientadora e geradora

de autocrítica, os serviços substitutivos apresentam deficiências na assistência aos pacientes, principalmente no foco das visitas domiciliares e das atividades comunitárias, com ausência de rotinas na prestação desses serviços. Além disso, a maioria dos CAPS não vêm exercendo a supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território e não vêm exercendo a função de regulação da porta de entrada dos serviços envolvidos com a saúde mental, como determina a Portaria GM nº 336/2002, art. 4º, item 4.1.

5.42. Outrossim, em alguns estados e municípios visitados, o baixo número de altas registradas nos CAPS é um indicativo de que pode estar se criando uma relação de dependência e vínculos permanentes com os serviços, o que pode acarretar a cronificação dos pacientes. Essa situação indica a necessidade de maior supervisão e apoio técnico aos CAPS.

5.43. Foi identificado que a maioria dos CAPS têm dúvidas a respeito dos mecanismos de faturamento e das formas de preenchimento das APACs. Isso poderia ser dirimido se houvesse uma supervisão técnica próxima a esses serviços para orientá-los, o que traria celeridade no preenchimento e aumento no faturamento desses serviços.

5.44. Com relação à carência de supervisão técnica e institucional, cabe propor à SAS a criação de diretrizes de como a supervisão técnica-institucional dos serviços deve ser exercida pelos gestores do SUS, além

de promover treinamento de servidores dos CAPS responsáveis pelo preenchimento das APAC.

5.45. Com a implementação dessas recomendações, espera-se que haja disponibilidade de dados que permitam um melhor gerenciamento das ações de saúde mental, melhoria nos serviços prestados nos CAPS e SRT. Isso gerará um melhor atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais. A informatização dos serviços tornará possível, além do acompanhamento do histórico dos pacientes, o preenchimento mais célere de APACs.

## **CAMPANHAS DE DIVULGAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL**

5.46. Detectou-se, ao longo da fase de entrevistas nos trabalhos de campo, carência de campanhas sistemáticas de divulgação das ações de saúde mental e campanhas educacionais contra o estigma das pessoas portadoras de transtornos mentais.

5.47. A principal causa identificada para que esta falha ocorra é a pouca atuação do Ministério da Saúde e demais gestores de saúde na promoção de campanhas sistemáticas de divulgação e de educação contra o estigma das pessoas portadoras de transtornos mentais. Pesquisa postal revelou que 80% dos municípios respondentes informaram não ter havido divulgação no ano de 2004 das ações de saúde mental pelo Ministério, com o objetivo de diminuir o estigma das pessoas portadoras de transtornos mentais.

5.48. Nos grupos focais realizados em São Luís/MA, Ananindeua/PA, Belo Horizonte/MG e Betim/MG, constatou-se que a maioria dos pacientes tomaram conhecimento da existência desse tipo de serviço ou por encaminhamento médico ou por indicação de amigos, ninguém afirmou ter tomado conhecimento por alguma propaganda. Em Cuiabá, por exemplo, obteve-se informação da Coordenadora do CAPS Aduino Botelho de que a maioria dos profissionais de saúde não envolvidos com a saúde mental desconhecem a Reforma Psiquiátrica.

5.49. A principal causa identificada para que esta falha ocorra é a pouca atuação do Ministério da Saúde e demais gestores de saúde na promoção de campanhas sistemáticas de divulgação e de educação contra o estigma das pessoas portadoras de transtornos mentais. Dos gestores municipais que responderam a pesquisa postal, 80% informaram não ter havido divulgação no ano de 2004 das ações de saúde mental pelo Ministério, com o objetivo de diminuir o estigma das pessoas portadoras de transtornos mentais.

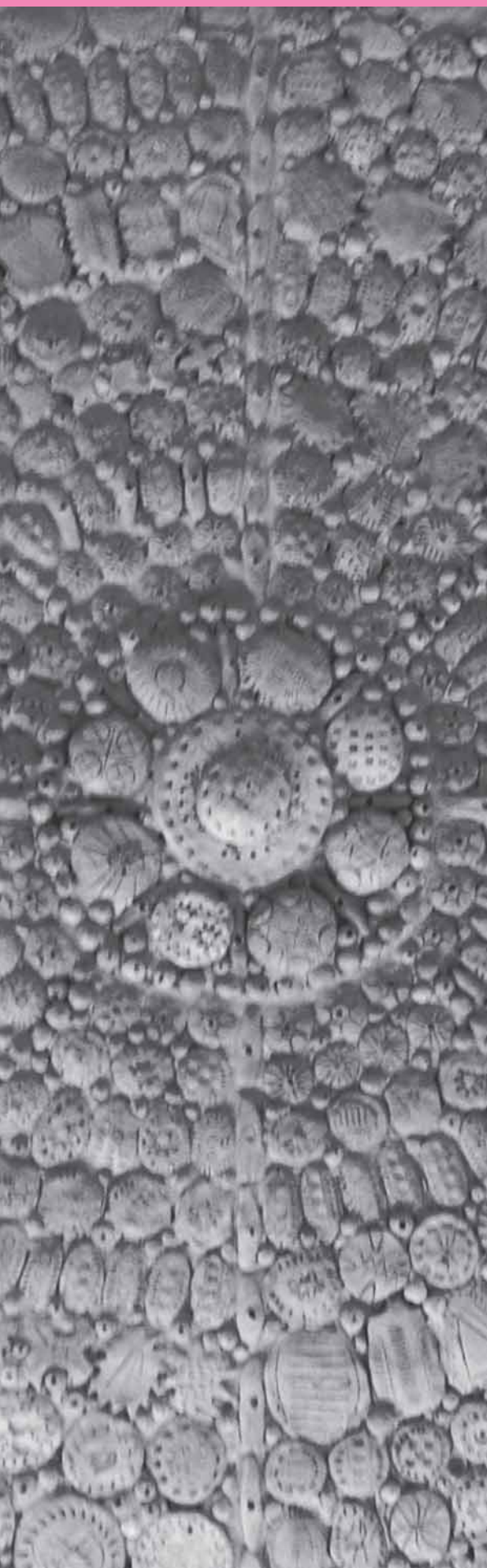
5.50. As conseqüências dessa carência de campanhas são o desconhecimento por parte da população da nova política de saúde mental; a falta de sensibilização da sociedade; o pouco envolvimento e compromisso dos gestores com a Reforma Psiquiátrica; e a desinformação dos profissionais de saúde não envolvidos com a saúde mental.

- 5.51. Com o intuito de reverter essa realidade torna-se necessário que o Ministério da Saúde providencie, por conta própria ou por meio de acordos e incentivos aos gestores estaduais e municipais, campanhas de divulgação e de educação nos meios de comunicação de ampla cobertura, especialmente rádio e televisão, que expliquem e orientem a população sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a criação da rede substitutiva, informando, portanto, que a diminuição de leitos psiquiátricos não gera desassistência às pessoas portadoras de transtornos mentais e que essas pessoas podem e devem ser reinseridas no convívio social.
- 5.52. Com essas atividades de ampla divulgação, espera-se que haja sensibilização e maior compromisso dos gestores locais com a Reforma Psiquiátrica, tendo como consequência uma implementação mais rápida da rede extra-hospitalar. Com a população mais informada e orientada quanto aos serviços disponíveis e ao tipo de assistência a que tem direito e acesso, espera-se um maior controle social na implementação da Reforma Psiquiátrica.

### **ACESSO DOS USUÁRIOS AOS CAPS**

- 5.53. O tratamento em saúde mental, etapa necessária para a desinstitucionalização, não prescinde de continuidade e regularidade. Um dos pontos levantados em todos os grupos focais realizados diz respeito à dificuldade dos usuários e familiares no acesso aos CAPS por falta de recursos financeiros para transporte.
- 5.54. A questão é relevante, uma vez que o público alvo desse tipo de serviço é de baixa renda. Não se tem idéia, outrossim, de quantas pessoas não buscam os serviços por conta dessa limitação, o que pode levar a subestimativas do perfil epidemiológico e das demandas potenciais dos serviços.
- 5.55. Nos termos do art. 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- 5.56. As legislações municipais, no entanto, não costumam contemplar o portador de transtorno mental como beneficiário para concessão de passe livre ou vale transporte. Esses benefícios ficam restritos às pessoas portadoras de deficiência. Faz-se necessária uma campanha de esclarecimento junto aos gestores municipais e estaduais para sensibilizá-los sobre a questão.
- 5.57. Recomenda-se, assim, que a SAS estude formas apropriadas de implantar os meios necessários para custear o deslocamento das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus acompanhantes até as unidades da rede substitutiva, nos termos dos 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.





## 6. MONITORAMENTO E INDICADORES DE DESEMPENHO

- 6.1. Os indicadores existentes para mensuração dos resultados das ações em saúde mental apresentam-se insuficientes, nas três esferas de governo, resultando na necessidade de propor a elaboração de outros índices.
- 6.2. No PPA 2000/2003, havia dois indicadores para o Programa 018 – Saúde Mental: Prazo médio de permanência hospitalar por transtornos mentais no SIH/SUS, com valor de referência de 49 e meta de 40 dias; e taxa de gasto com internações por transtornos mentais no total de gastos com saúde mental no SUS, com valor de referência de 94% e meta de 85%.
- 6.3. O acompanhamento da taxa de gastos com internações em relação ao total de gastos com saúde mental, mede diretamente a evolução do processo de desospitalização no seu reflexo financeiro e mostra-se útil para acompanhar sua eficácia. O prazo médio de permanência hospitalar não é resultado direto do sucesso da política, pois depende de outros fatores. Este indicador pode, inclusive, ser afetado negativamente, à medida em que vão sendo desinstitucionalizados os casos menos severos, pois resultará em permanência de casos mais graves, com incremento da média de permanência.
- 6.4. Dos cinco indicadores definidos no PPA 2004/2007 para o Programa 1312 - Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, apenas um deles é aplicável à área de saúde mental: *Taxa de Participação dos Serviços Ambulatoriais de Atendimento Psicossocial nos Serviços Psiquiátricos*, cuja fórmula de cálculo é a relação percentual do valor gasto em pagamentos de procedimentos ambulatoriais de saúde mental na rede hospitalar e extra-hospitalar e o total de gastos com saúde mental, incluindo internações hospitalares. Foi estabelecido uma meta de 42% para o ano de 2007, ao passo que na data de referência (30/06/2003) o valor calculado do indicador foi de 20,5%.
- 6.5. O incremento deste indicador representa o quanto se desloca dos gastos de saúde mental para os serviços ambulatoriais, sendo viável, portanto, mensurar a eficácia das ações de atenção à saúde mental. Ressalva-se, entretanto, que só é contemplado o valor despendido, e não o número de pessoas atendidas pelos serviços ambulatoriais, cujo uso é limitado pela falta de confiabilidade dos dados de identificação nos sistemas do SUS.
- 6.6. Para as ações em exame, foram definidas metas físicas no PPA 2004/2007, conforme a Tabela 8, e que podem ser considerados indicadores de eficácia:
- 6.7. Em relação à metas físicas do PPA 2004/2007, verifica-se, no sistema SIH-SUS existe limitação de se fazer o levantamento do número de pessoas internadas, fato decorrente de falhas na estrutura da AIH e da falta de automatização de relatório que forneça essa informação. No campo “documento do paciente”, no sistema SIH, tanto pode ser informado

**Tabela 8 - Metas físicas das ações de atenção à saúde mental no PPA 2004/2007**

Ação	PPA 2004/2007	
	Produto	Meta
0843	Paciente beneficiado (unidade)	38.000
0844	Serviço apoiado (unidade)	3.050
6233	Pessoa beneficiada (unidade)	1.590.370

o número do CPF, como do RG, da carteira de trabalho, do cartão SUS ou não informar documento algum. Além disso, não existe campo que especifique a qual documento o número preenchido se refere. Isso prejudica a identificação dos pacientes e inviabiliza a determinação da quantidade de pessoas efetivamente internadas de forma fidedigna. Por sua vez, a geração de relatório com a informação do número de pacientes internados depende de solicitação ao DATASUS.

- 6.8. Os poucos indicadores de desempenho mostram-se insuficientes para uma avaliação mais aprofundada do desempenho das ações, nas demais dimensões que não a eficácia, por isso um dos objetivos da auditoria foi a construção e a proposição de indicadores para melhor avaliação do programa pelas instâncias gestoras. Tais indicadores foram avaliados durante a fase de execução, resultando, como proposta para acompanhar as ações de saúde mental, no conjunto a seguir especificado. Ressalte-se que, para a maioria dos indicadores, não há disponibilidade de dados gerenciais atualmente, tornando-se imprescindível que sejam coletados dados, por meio de sistema de informações em saúde mental, a ser utilizado nas três esferas de governo.
- 6.9. O acompanhamento e a divulgação dos indicadores de desempenho mensurados para as ações de saúde mental possibilitarão a realização de análises comparativas entre os esta-

dos e municípios, a troca de informações e a disseminação de boas práticas. Além disso, viabilizará o acompanhamento do desempenho dos estados e municípios pelos legislativos locais, imprensa, sociedade civil organizada e pela população em geral, contribuindo para os mecanismos de responsabilização por desempenho.

- 6.10. Considerando que as medidas sugeridas nesta auditoria podem demandar implementação progressiva, é oportuno determinar à SAS que remeta ao Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação contendo o conjunto de metas correspondentes aos indicadores de desempenho recomendados na Tabela 9, contemplando prazo para seu alcance, e o cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das recomendações prolatadas pelo Tribunal, com o nome dos responsáveis pela implementação dessas medidas (precedentes Acórdão 391/2004-Plenário, Ata 11/2004; Acórdão 304/2004-Plenário, Ata 09/2004; Acórdão 259/2004-Plenário, Ata 8/2004).
- 6.11. Recomenda-se, ainda, que o Ministério da Saúde estabeleça grupo de contato de auditoria, com a participação de representante da SAS/MS e da Secretaria Federal de Controle Interno, para atuar como canal de comunicação com este Tribunal e para acompanhar a implementação das recomendações desta Corte de Contas, a evolução dos indicadores de desempenho e o alcance das respectivas metas.

Indicador	Periodicidade	Base	Fórmula de cálculo e análise do indicador
Percentual de gastos com internações por transtornos mentais em relação ao valor total gasto em saúde mental no SUS (previsto no PPA 2000/2003)	Mensal	Nacional e Estadual	[Total de gastos do SUS em AIHs relativas a internações psiquiátricas / Total de gastos total em saúde mental (AIH + BPA + APAC) * 100. Este indicador refletirá o ritmo de evolução do processo de desospitalização, à medida em que diminuir os gastos com internações hospitalares. Para que o acompanhamento seja fidedigno, será necessário aperfeiçoar o processo de coleta de dados sobre gastos em saúde mental.
Percentual de egressos de internação psiquiátrica acompanhados pela rede extra-hospitalar	Semestral	Nacional e Estadual	[nº de pessoas com transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica, no semestre, acompanhados (atendidos) pela rede extra-hospitalar e pela rede básica / nº total de egressos no semestre] *100 Este indicador permitirá avaliar o grau de articulação dos municípios no atendimento das pessoas egressas de internações para evitar desassistência. Informa o percentual de PPTM que deixaram a internação psiquiátrica e estão sendo acompanhadas pelos serviços extra-hospitalares.
Número de leitos psiquiátricos por mil habitantes	Semestral	Nacional e Estadual	Número de leitos psiquiátricos na rede assistencial do SUS (leitos em hospitais e em CAPS III) / Número de habitantes x 1000 Este indicador serve para acompanhar a oferta de leitos psiquiátricos, que deve se manter em graus adequados, privilegiando leitos em Hospitais Gerais. A meta, segundo a Portaria GM/MS nº 1101, de 12 de junho de 2002, é de 0,45 leitos / 1000 habitantes e a implementação da política de desospitalização não deve ter como reflexo o efeito nocivo de desassistência, em termos de leitos psiquiátricos, para os casos de crises.
Taxa de cobertura das residências terapêuticas	Mensal	Nacional e Estadual	(Número de SRT X 8) / (número de pacientes asilares em hospitais psiquiátricos + número de residentes nos SRT) Este indicador reflete a capacidade dos SRT em acolher os pacientes asilares dos hospitais psiquiátricos, considerando que cada residência tenha a capacidade padrão de atendimento de 8 pessoas e que o público-alvo preferencial dos SRT sejam os pacientes longamente internados em Hospitais Psiquiátricos e sem condições de moradia. Se o indicador for menor do que um, significa que pode estar faltando SRT para efetivar a desospitalização de pacientes
Taxa de cobertura dos auxílios do programa "De Volta Para Casa"	Mensal	Nacional e Estadual	[Número de pessoas recebendo auxílio do programa "De Volta para Casa" / Total de beneficiários potenciais] Os beneficiários potenciais são aqueles internados há mais de 2 anos até a data de publicação da Lei 10.708 (31/07/2003). Visa verificar se está havendo distribuição equânime de

**Tabela 9 - Proposta de indicadores de desempenho para as ações de saúde mental**

Indicador	Periodicidade	Base	Fórmula de cálculo e análise do indicador
Taxa de adesão dos beneficiários dos CAPS	Anual	Municipal e CAPS	Número de beneficiários matriculados no início do ano nos CAPS que não abandonaram o projeto terapêutico até o final do ano OU que receberam "alta" no decorrer do ano / Número de beneficiários matriculados no início do ano Este indicador reflete a aderência dos beneficiários dos CAPS ao projeto terapêutico, demonstrando o percentual de pessoas que seguiram o tratamento, ou receberam alta, no decorrer do exercício. É necessário solicitar aos CAPS os dados, já que hoje não há previsão de que os gestores encaminhem relatórios com informações sobre os atendimentos efetuados, nem existe sistema informatizado específico com informações gerenciais da atenção à saúde mental.
Taxa de adesão de familiares	Anual	Municipal e CAPS	Número de beneficiários cujos familiares ou responsáveis participaram de atividades nos CAPS ao menos uma vez no ano / Número total de beneficiários atendidos durante o exercício Demonstra a participação efetiva dos familiares no projeto terapêutico dos CAPS
Taxa de visitas domiciliares	Mensal	Municipal e CAPS	[Número de beneficiários atendidos no ano cujas famílias foram visitadas pela equipe do CAPS no ano / Número total de beneficiários atendidos durante o exercício] Visa medir o percentual de beneficiários atendidos nos CAPS, cujos familiares foram visitados, pelo menos uma vez no ano, pela equipe, para obter uma avaliação do grau de interação com a família.
Índice de satisfação dos familiares e beneficiários dos serviços	Anual	CAPS e SRT	Indicador obtido por meio de pesquisa de satisfação, a ser elaborada pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as instâncias estadual e municipal, e aplicada anualmente a beneficiários atendidos pelos CAPS e residentes nos SRT, bem como aos seus familiares.
Índice de dias perdidos em função de internações hospitalares	Anual	Nacional Estadual e Municipal	Total de dias de permanência em internações psiquiátricas / número de pessoas com transtornos mentais internadas na rede hospitalar Este indicador reflete um dos aspectos maléficos da tendência de hospitalização não ampara em critérios técnico-científicos, isto é o tempo de vida das PPTM inutilizado em função de internações, e, conseqüentemente, da exclusão das relações sociais. É baseado no índice API, utilizado pela OMS, que mede o número de anos perdidos em função de incapacidade. Para seu cálculo, é necessário que seja obtida a informação de pessoas internadas, que hoje exige extração especial do SIH realizada pelo DATASUS.

Indicador	Periodicidade	Base	Fórmula de cálculo e análise do indicador
Número de pessoas com sofrimento psíquico atendidas pela atenção básica	Semestral	Nacional, Estadual e Municipal	Número de pessoas identificadas, atendidas ou encaminhadas a outras unidades da rede pelos agentes de saúde do PSF/PACS e dos postos de saúde Indicador que permite mensurar a grau de atenção dos agentes da rede primária às PPTM e pode subsidiar a definição da dimensão da população-alvo, por área de abrangência
Taxa de equipes matriciais de Saúde Mental implantadas	Anual	Nacional e Estadual	Número de equipes de saúde mental implantadas nos municípios com menos de 20 mil habitantes / Número de municípios com menos de 20 mil habitantes Índice útil para mensurar taxa de equipes de saúde mental em municípios nos quais não há obrigatoriedade em implementar CAPS, ou seja, aqueles com população menor que 20 mil habitantes]
Mobilidade dos pacientes nos projetos terapêuticos mais intensivos de acompanhamento para outros menos intensivos nos CAPS.	Anual	Estadual e Municipal	Soma dos pacientes que passaram de um nível mais intensivo de tratamento para outro menos intensivo no ano / número total de pacientes acompanhados nos CAPS no ano A Portaria GM 336/2002, prevê, em seu artigo 5º, que os CAPS deverão acompanhar os pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. Os intensivos são aqueles que precisam, em função do seu quadro clínico, de um acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que precisam de acompanhamento freqüente, mas sem precisar estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.





# 7. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES

- 7.1. Nos termos do parágrafo 6.5 do capítulo VI do Manual de Auditoria de Natureza Operacional, aprovado pela Portaria nº 144/2000 – TCU, a versão preliminar do relatório de auditoria foi remetida ao Coordenador Geral de Saúde Mental com a finalidade de se obter seus comentários. Em resposta, o Secretário de Atenção à Saúde encaminhou a manifestação exarada pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretária de Atenção à Saúde, ao qual se vincula a Coordenação Geral de Saúde Mental.
- 7.2. O Coordenador de Saúde Mental salientou que o trabalho de auditoria, desde o início, foi recebido como uma contribuição valiosa para a avaliação do processo complexo da gestão das ações de saúde mental no campo da saúde pública. Acrescentou que o relatório apresenta diagnóstico sensível dos problemas e complexidades do processo de reforma psiquiátrica, aponta recomendações úteis, com sugestão de indicadores que poderão auxiliar a gestão das ações de atenção em saúde mental e de promoção da autonomia e reintegração social dos usuários dos serviços. Em seguida, destacou, na introdução dos seus comentários, três características que lhe pareceram dominantes no relatório: a primeira foi a ênfase nas dificuldades e nos empecilhos do processo da reforma psiquiátrica, destacando os pontos de maior dificuldade, sem contraponto com os avanços alcançados; a segunda foi a avaliação não levar em conta, na dimensão devida, o dinamismo e a diacronicidade do processo da Reforma Psiquiátrica (RP); a terceira foi que a maioria das recomendações foram objeto de diálogo anterior com a equipe de auditoria e já constituíam iniciativas em curso pela gestão das ações de saúde mental.
- 7.3. Cabe destacar que as informações encaminhadas pelo gestor, que contribuíram para ilustrar o processo em curso da reforma psiquiátrica, foram incorporadas ao relatório, bem como modificações no mérito de algumas análises, quando a argumentação apresentada foi considerada procedente. Deve ser ressaltado, no entanto, os dois grandes objetivos da auditoria de natureza operacional, que moldam a ação da fiscalização e instruem a elaboração do relatório. O primeiro objetivo da avaliação realizada pelo TCU é o de contribuir para aperfeiçoar a ação governamental. O aperfeiçoamento dos programas pode exigir a implementação de recomendações que visem à redução de custos, à utilização mais adequada dos insumos, ao aperfeiçoamento de processos para atingir melhor o público alvo, à aquisição de novas habilidades pelos implementadores, à instituição de controles para coibir fraudes, à disseminação de boas práticas e a uma série de outras providências (LIMA, 2004).

- 7.4. O segundo grande objetivo da auditoria em programas de governo é a prestação de contas<sup>2</sup> sobre o desempenho ou a responsabilização por desempenho. Mais especificamente, a prestação de contas mediante controle social e parlamentar do desempenho da ação estatal. O fato é que tanto o Parlamento quanto a sociedade civil não dispõem de informações suficientes e fidedignas que os permitam exercer de modo efetivo o controle do desempenho da ação do Poder Executivo. Dessa forma, cabe ao Controle Externo relatar o estágio em que se encontra a ação de governo examinada sob os aspectos do desempenho que se revelem importantes. Nesse ponto, fica clara a conexão entre a função avaliação, o papel do controle externo na responsabilização por desempenho e o fortalecimento da democracia por meio de maior atuação do controle social e parlamentar (LIMA, 2004).
- 7.5. Seguindo o preconizado no manual de auditoria de natureza operacional do Tribunal de Contas, a equipe de auditoria realiza diagnóstico do programa avaliado e formula um projeto de auditoria capaz de investigar as principais oportunidades de melhoria de desempenho, suas causas e seus efeitos. Dessa forma, a metodologia baseia-se na identificação de problemas, que são examinados à luz dos mais relevantes aspectos do desempenho identificados pelas técnicas de diagnóstico. O processo histórico que levou à situação corrente de desempenho do programa instrui e põe em perspectiva o trabalho de auditoria, mas não é o foco principal do relatório.
- 7.6. Sendo assim, os capítulos principais do relatório tratam da situação corrente de desempenho, das oportunidades de melhoria e das medidas saneadoras que poderiam ser adotadas para aperfeiçoar o desempenho do programa.
- 7.7. A metodologia usada, como destacado pelo gestor, baseia-se em ampla consulta aos principais atores interessados (gestores e beneficiários), a especialistas tanto dos níveis de governo envolvidos (técnicos das áreas federal, estadual e municipal, no caso em questão) quanto de instituições independentes. Recomendações formuladas são antes debatidas com os gestores e podem ter origem no diálogo com qualquer dos atores envolvidos. Isso significa que recomendações podem estar em sintonia com a política já adotada pelo Ministério, em reforço de sua atuação e não em confronto. A formulação dessas recomendações permite monitorar sua implementação, como normalmente realizado pelo Tribunal ao longo de cerca de dois anos após a apreciação do relatório. Os progressos obtidos pelos gestores são divulgados, em especial junto às comissões especializadas das duas casas do Congresso Nacional. Apresentados esses esclarecimentos, passa-se à análise dos comentários do gestor que não foram suficientes para modificar o entendimento registrado no relatório.
- 7.8. O gestor destaca que, ao contrário do que refere o relatório, o PNASH/Psiquiatria impulsionou fortemente a política de desinstitucionalização. No entanto, considera-se que não há

<sup>2</sup> Prestação de contas, entendida de modo amplo, como no termo *accountability* em inglês, é um dever do gestor público perante o órgão controlador e a sociedade de informar sobre a regularidade de seus atos e o desempenho de sua ação. Expressa tanto o compromisso pessoal e permanente do administrador de envolvimento ativo na promoção da transparência da gestão, quanto o dever perante terceiros (os controladores) de prestar contas de seus atos (LIMA, 2004).

comentário no corpo do relatório que sugira uma leitura nesse sentido, sendo desnecessário realizar alteração em sua redação.

- 7.9. Nos comentários a respeito do subtítulo política de desospitalização e a implementação da Reforma Psiquiátrica, o gestor trouxe contra-argumentações à afirmação do relatório sobre a carência de planos estaduais pactuados com os municípios, visando à redução de leitos e ampliação da rede extra-hospitalar (parágrafo 3.19). Segundo o gestor essa afirmação não corresponde à realidade, pois houve recebimento, pelo Ministério da Saúde, de cinquenta Termos de Compromisso e Ajustamento assinados pelos estados e municípios para a redução de leitos.
- 7.10. Entende-se que o argumento do gestor não procede, pois há no Brasil aproximadamente 136 (cento e trinta e seis) municípios que têm hospitais psiquiátricos em seu território. Como 50 deles encaminharam Termos de Compromisso e Ajustamento ao Ministério da Saúde, o que representa 35,9% dos municípios com hospital psiquiátrico, o relatório não comete equívoco ao afirmar que há casos nos quais não há pactuação dos estados com os municípios para redução de leitos hospitalares e ampliação da rede extra-hospitalar. O dado quantitativo foi acrescido ao texto para torná-lo mais preciso.
- 7.11. Há concordância do gestor com o posicionamento do relatório a respeito da ampliação do quantitativo de leitos psiquiátricos em instituições

hospitalares universitárias. Entretanto, ele afirma que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) revela a existência de pelo menos 40 (quarenta) estabelecimentos hospitalares universitários que possuem leitos psiquiátricos.

- 7.12. A equipe acrescentou dados encaminhados pela Secretaria de Atenção à Saúde em resposta à diligência do Tribunal realizada em março de 2005, os quais revelam que a maioria dos hospitais universitários não oferecem leitos psiquiátricos, sem deixar de reconhecer o trabalho de ampliação de leitos em hospitais universitários. No entanto, foi mantida a recomendação de que o Ministério da Saúde realize trabalho de convencimento junto aos dirigentes dos Hospitais Universitários, com o objetivo de continuar sensibilizando-os para a importância da criação dessas unidades para a reforma psiquiátrica.
- 7.13. O gestor argumenta que as considerações do relatório sobre a realocação de recursos antes aplicados em internações para o sistema ambulatorial, em decorrência da redução de leitos em hospitais, devem levar em conta que o princípio da descentralização do SUS cria vários obstáculos para que sejam pré-definidas (“carimbadas”) as verbas de saúde mental. Acrescenta que o Ministério da Saúde vem editando normas para induzir os gestores locais a manter os recursos oriundos de internações na área de saúde mental.
- 7.14. Sobre a questão, cabe ressaltar que as considerações do capítulo 3 do

relatório acerca da realocação dos recursos antes aplicados em internações psiquiátricas para o atendimento extra-hospitalar em saúde mental focam no controle social sobre a aplicação desses recursos. Não se deseja a instituição de vinculações orçamentárias, mas a orientação dos agentes locais interessados sobre o tema e seu treinamento para o efetivo controle, nos termos das recomendações formuladas.

- 7.15. Adicionalmente, o gestor refere que o relatório não deixa claro o apoio que o MS tem dado à realização dos cursos de capacitação, no Brasil, e considera que não está havendo centralização dos cursos em grandes centros urbanos (parágrafo 4.10). Para corroborar essa afirmação, o gestor relata que os dados da coordenação mostram que os recursos têm chegado a regiões antes não contempladas com processos de formação, na área de saúde mental, como é o caso do Acre, Amazonas, Amapá, Piauí, onde diversas modalidades de capacitação estão sendo realizadas.
- 7.16. Os dados apresentados pelo gestor foram acrescentados ao relatório, mas corroboram a realização dos cursos de capacitação predominantemente em grandes centros urbanos. Sendo assim, foi mantida a recomendação para que a SAS expanda em quantidade e abrangência territorial a oferta de cursos, não os restringindo a grandes centros urbanos.
- 7.17. Para contrapor a afirmação, de que parte dos Coordenadores estaduais e municipais desconhece os conteúdos básicos a serem abordados nos cursos de especialização e nos cursos para

médicos generalistas, entre outros (parágrafo 4.11), o gestor afirmou que a Coordenação de Saúde Mental não só dispõe e oferece as orientações programáticas e os conteúdos dos cursos, como também desloca consultores técnicos para algumas regiões (que acompanham o desenvolvimento dos trabalhos), participa de quase todas as aulas inaugurais dos cursos e envia professores para determinadas disciplinas. As informações foram adicionadas ao relatório, no entanto, a afirmativa contestada não foi retirada porque se trata de informação apurada mediante pesquisa postal.

- 7.18. O coordenador do programa afirmou que a Coordenação Geral de Saúde Mental, com o apoio da IIIª Reunião do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental, iniciou, no segundo semestre de 2004, uma série de estudos para melhorar o financiamento dos CAPS e corrigir distorções. Estariam em andamento estudos do Departamento de Economia da Saúde e do Departamento de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde para viabilizar o custeio fixo dos CAPS, além de outros incentivos a serem repassados segundo a excelência dos variados serviços. Os comentários, pela sua relevância, foram adicionados ao relatório, mas a recomendação referente à melhoria do financiamento dos CAPS foi mantida, a fim de permitir monitorar a instituição e a aplicação dos incentivos que estão sendo estudados pelo Ministério.
- 7.19. Quanto à execução financeira e orçamentária das ações de saúde mental, o gestor esclarece que boa parte

dos recursos da saúde mental não estão registrados nas ações analisadas no relatório. Esse é o caso do custeio dos 609 (seiscentos e nove) serviços tipo CAPS já cadastrados no SUS, cujo recurso é repassado fundo a fundo com recursos do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação). O mesmo acontece com os recursos do co-financiamento dos procedimentos hospitalares quanto ambulatoriais.

7.20. As informações adicionais sobre execução orçamentária foram acrescentadas ao relatório. A tabela com dados financeiros apresentada pelo gestor é reproduzida a seguir, a título de comentário, porque traz dados de 2004 não validados pela auditoria em razão de o exercício financeiro ainda não estar encerrado à época do encerramento da auditoria.

7.21. Feitas as análises acima, resta esclarecer que os comentários enviados pelo gestor foram relevantes e contribuíram efetivamente para aperfeiçoar o relatório e algumas recomendações.

<b>Composições de Gastos</b>	<b>1997</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>
% Gastos Hospitalares / Gastos Totais	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-Hospitalares / Gastos Totais	6,86	20,46	36,16
Total Geral	407.612.647,00	602.674.532,06	763.541.186,61

<b>Gastos Discriminados</b>	<b>Gastos em Reais</b>		
Procedimentos Extra-hospitalares	1997	2001	Estimado 2004
Medicamento excepcionais	*	23.433.884,06	63.258.230,90
Medicamentos- Rede Básica	*	22.919.871,00	22.066.944,70
Psicodiagnóstico	637.443,00	679.128,00	1.446.281,66
Tratamento em Psiquiatria em Hospital -Dia	5.413.056,00	12.974.241,00	14.432.182,18
Consulta em Psiquiatria	*	4.775.091,00	36.792.186,50
Terapias em Grupo	5.384.665,00	7.433.072,00	9.126.169,52
Terapias Individuais	*	10.582.812,00	13.094.518,80
Oficinas Terapêuticas	2.800.599,00	6.818.392,00	7.748.888,74
Custeio Residências Terapêuticas	*	267.053,00	5.755.290,00
Incentivo Antecipado SRT	*	*	970.000,00
Custeio NAPS/CAPS	13.709.588,00	33.430.778,00	96.038.417,64
Incentivo antecipado CAPS	*	*	5.390.000,00
Total Extra-hospitalar	27.945.351,00	123.314.322,06	276.119.110,64
Procedimentos Hospitalares	1997	2001	Estimado 2004
Internações por Transtornos mentais e comportamentais-CID10	379.667.296,00	479.360.210,00	487.422.075,97
Total Hospitalar	379.667.296,00	479.360.210,00	487.422.075,97
Total Geral	407.612.647,00	602.674.532,06	763.541.186,61

**Tabela 10 - Percentual de Gastos Hospitalares sobre Gasto Total e de Gastos Extra-Hospitalares sobre Gasto Total, nos anos de 1997, 2001 e 2004 (estimativa)**  
 \*Sem registro no SIA e SIH/SUS  
 Fonte: Datasus e Coordenação Geral de Saúde Mental.





## 8. CONCLUSÃO

- 8.1. As questões examinadas neste relatório tratam de verificar em que medida as ações de atenção à saúde mental, orientadas pela Reforma Psiquiátrica, garantem, em ritmo adequado, a desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtornos mentais - PPTM. A avaliação procurou identificar como os mecanismos de capacitação em atenção à saúde mental e a articulação dessas ações promovem a reinserção social da pessoa com transtornos mentais e contribuem para o seu bem-estar e de sua família.
- 8.2. As diretrizes de desospitalização e integração social das PPTM representam mudança significativa no tratamento dos transtornos mentais porque os portadores dessas doenças foram, por muito tempo, considerados alienados, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos. Segundo o Relatório Sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde (2001), a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Eles podem afetar a todos, em toda parte. Mais freqüentemente do que se pensa, podem ser tratados eficazmente. Dados de incidência de transtornos mentais na população, estimados pela Organização Mundial de Saúde – OMS, reforçam a necessidade de uma atuação governamental na área.
- 8.3. As ações de atenção à saúde, gerenciadas pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), e que envolvem as três esferas de governo, têm como objetivos a inserção social dos pacientes longamente internados, expansão e melhoria da qualidade da atenção em saúde mental e reversão do atual modelo hospitalocêntrico para o de intensificação da atenção extra-hospitalar ao portador de transtorno mental e aos dependentes de álcool e outras drogas.
- 8.4. A política de desospitalização opera-se em duas vertentes, na diminuição do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos e na ampliação da rede extra-hospitalar. Hoje, a relação de leitos por mil habitantes, no Brasil, está dentro dos padrões internacionais. No entanto, os leitos, distribuem-se desigualmente entre os estados da federação, concentrando-se nos grandes centros urbanos. Apesar de o número de leitos ter sido reduzido de 72.514 mil em 1996 para 44.234 mil em 2004, os gastos do SUS em Saúde Mental, no Brasil, ainda são canalizados em sua maior parte para internação em Hospitais Psiquiátricos.
- 8.5. Na outra vertente, observa-se que a rede extra-hospitalar foi ampliada. Tomando como parâmetro a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, que é o principal serviço substitutivo no novo modelo terapêutico, tem-se que o número de unidades cresceu de 154 em 1996 para 546 em 2004. Entretanto, a mesma observação feita para o leitos psiquiátricos, quanto

à distribuição geográfica desigual, é válida para a rede extra-hospitalar. Os serviços concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, mesmo assim com grande variação intra-regional.

- 8.6. A implementação da Reforma Psiquiátrica é fortemente dependente da vontade política dos gestores locais pois depende de mudança de orientação da atenção à saúde mental, que enfrenta a resistência dos serviços tradicionais e o desconhecimento da população sobre as conseqüências da desinstitucionalização dos pacientes. Embora o discurso da necessidade da Reforma mostrar-se quase unânime na área de Psiquiatria, na prática, as ações tomadas nessa direção em alguns estados não correspondem a essa orientação, o que se comprova pelo baixo número de planos estaduais e municipais que visem implementar a rede extra-hospitalar.
- 8.7. Essa situação demanda ainda mais a ação orientadora e indutora do Ministério da Saúde mediante identificação dos municípios com mais de 20 mil habitantes, limite mínimo necessário para se instalar um CAPS, que ainda não possuem esse serviço, para realização de trabalho de divulgação, sensibilização e orientação técnica, priorizando estados com menor relação CAPS/habitante.
- 8.8. Verificou-se que a capacitação dos profissionais de saúde mental carece de melhor sistematização. Embora o Ministério da Saúde tenha implantado Núcleos ou Pólos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento em diversas localidades do país, observou-se que alguns deles ainda estão em fase de implantação

e os já existentes são recentes e oferecem poucos cursos. Tal situação tem levado à ocorrência de cursos em níveis de complexidade e ou enfoques diferentes entre os estados além de cursos em número insuficiente, prejudicando a qualidade dos serviços prestados e provocando iniciativas pessoais de aprimoramento nessa área. Esses efeitos contribuem para a insatisfação profissional dos recursos humanos que atuam na saúde mental no SUS.

- 8.9. Surge assim a necessidade de o Ministério da Saúde melhorar a articulação dos núcleos e pólos de capacitação com as Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental, objetivando a disseminação e uniformização dos conteúdos programáticos dos cursos que já estejam sendo oferecidos por esses estados e municípios, bem como expandir em quantidade e abrangência territorial a oferta de capacitação, não se restringindo aos grandes centros urbanos.
- 8.10. Evidenciou-se, ainda, que o número insuficiente de psiquiatras no Brasil tem prejudicado o ritmo de implantação da rede extra-hospitalar, pois, à exceção dos CAPS I e CAPSi, que podem ter apenas médicos com formação em saúde mental, os demais Centros devem possuir pelo menos um psiquiatra. Corroborando esse entendimento, observou-se que mais de 70% das Coordenações Estaduais de Saúde Mental consideram a falta de pessoal um entrave à expansão da rede extra-hospitalar. Além disso, o descompasso do currículo dos cursos de graduação na área de saúde com o novo modelo de tratamento em saúde mental também tem dificultado a

implantação da rede extra-hospitalar e comprometido a qualidade dos serviços prestados.

- 8.11. Diante disso, é recomendável que o Ministério da Saúde se articule com o Ministério da Educação e Instituições de Ensino Superior e Pesquisa, de modo a fomentar a criação de cursos de especialização “strictu sensu” em Psiquiatria e “lato sensu” em saúde mental, voltados para as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Além disso, é importante, também, que essa articulação venha a promover a alteração ou a atualização dos currículos dos cursos na área de saúde, principalmente de Psiquiatria, fazendo incluir, por exemplo, atividades práticas em serviços extra-hospitalares da Saúde Mental, de forma mais condizente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.
- 8.12. A auditoria verificou que as ações dos serviços extra-hospitalares vêm contribuindo para a reinserção social dos PPTM atendidos e para o seu bem-estar e de sua família. No entanto, há carência de oficinas para geração de renda na maioria dos CAPS visitados. A principal repercussão disso é a dificuldade para inserir os pacientes no mercado de trabalho, dificultando a integração social. Observou-se, também, a pouca interação dos CAPS com os equipamentos comunitários, exceto onde foram criados os Centros Comunitários. Iniciativa de destaque foi tomada pelo estado do Rio de Janeiro, por meio da Lei Estadual n.º 4.323, de 12 de maio de 2004, que criou a Política Estadual para Integração da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais, que tem como finalidade a inserção da PPTM no mercado de trabalho ou a sua incorporação ao sistema produtivo.
- 8.13. Diante dessas constatações, caberia ao Ministério da Saúde implementar, em articulação com o Ministério do Trabalho, mecanismos de estímulo à criação das cooperativas sociais, como definidas na Lei n.º 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. O Ministério da Saúde poderia ainda, juntamente com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, implementar política de incentivo para a implantação de centros de convivência e o desenvolvimento de atividades de interação dos pacientes com a comunidade.
- 8.14. Os principais benefícios esperados, como consequência do cumprimento das recomendações propostas, são a melhoria da gestão e da operacionalização das ações em saúde mental, sobretudo na intensificação da reforma psiquiátrica, acelerando a diminuição do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos e a implantação, em nível nacional, da rede substitutiva em quantidade e qualidade necessárias. A implementação das recomendações contribuirá para disseminar boas práticas de gestão e produzir informações para a prestação de contas por desempenho.





## 9. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

- 9.1. Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria das ações de atenção à saúde mental, submete-se este relatório à consideração superior, com as propostas que se seguem:
- I) Recomendar ao Ministro da Saúde que:
    - a) articule junto ao Ministério da Educação e Instituições de Ensino Superior e Pesquisa a criação de cursos de especialização “strictu 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;
    - b) implemente, em articulação com o Ministério do Trabalho, mecanismos de estímulo à criação das cooperativas sociais, como definidas na Lei n.º 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;
    - c) 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;
    - d) 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 gera desassistência 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;
    - e) estabeleça grupo de contato de auditoria, com a participação de representante da Secretaria Federal de Controle Interno, da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS e da Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE/SAS/MS, a fim de atuar como canal de comunicação com este Tribunal e para acompanhar a implementação das recomendações desta Corte de Contas, a evolução dos indicadores de desempenho e o alcance das respectivas metas.
  - II) Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS 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.

III) Recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS que:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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 prestar o serviço;
- e) 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”;

- f) 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;
- g) 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,;
- h) 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;
- i) reavalie os valores repassados para os medicamentos essenciais com base na Portaria GM n.º 1.077/1999;
- j) 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 alternati-

- vas para fazer chegar os medicamentos aos usuários, informando esses estados sobre experiências locais bem sucedidas na facilitação do acesso;
- k) 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;
- l) 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;
- m) institua canal de comunicação permanente, entre o Ministério e os demais gestores das ações, principalmente com as coordenações municipais de saúde mental, como por exemplo por meio da criação de um sítio na internet para divulgação de informações e encaminhamentos de interesse das ações de saúde mental e concurso de boas práticas;
- n) 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;
- o) 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 nº 336/2002;
- p) inclua, no incentivo para a criação dos CAPS, recursos para aquisição de veículos a fim de viabilizar as atividades fora dessas unidades, previstas na Portaria GM/MS nº 336/2002;
- q) inicie o processo de cadastramento dos beneficiários junto à Caixa Econômica Federal, sem a necessidade de apresentar a certidão de nascimento e do CPF, condicionando o início do pagamento à apresentação dos documentos;
- r) articule com os órgãos federais e estaduais competentes para que sejam criados mecanismos que permitam a agilização da emissão dos documentos de identificação dos beneficiários potenciais do Programa “De Volta para Casa”;
- s) estude a criação de benefícios que apoiem a desinstitucionalização de pacientes excluídos do Programa “De Volta Para Casa”;
- t) 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;
- u) 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;
- v) estude, em conjunto com o DATASUS, alterações no sistema SIH/SUS que possibilite gerar relatórios com informações gerenciais específicas da saúde mental como o

- número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos;
- w) crie diretrizes que orientem a supervisão técnica-institucional das ações de atenção à saúde mental pelos gestores do SUS;
  - x) promova treinamento de servidores dos CAPS responsáveis pelo preenchimento das APAC;
  - y) crie meios para custear o deslocamento das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus acompanhantes até as unidades da rede substitutiva, nos termos dos 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;
- IV) Remeter cópia do Acórdão que vier a ser adotado nestes autos, acompanhada dos respectivos Relatório e Voto, e do Relatório de Auditoria:
- a) ao Ministro da Saúde; ao titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; ao Ministro da Casa Civil da Presidência da República; ao Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; ao Secretário Federal de Controle Interno; ao Ministro do Trabalho e Emprego; aos Secretários Municipais de Saúde de Belém e Ananindeua no Pará; São Luís no Maranhão; Fortaleza e Sobral no Ceará; João Pessoa na Paraíba; Recife em Pernambuco; Aracaju em Sergipe; Cuiabá e Várzea Grande no Mato Grosso; Belo Horizonte, Barbacena e Betim em Minas Gerais; Rio de Janeiro, São Gonçalo e Paracambi no Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas e Itanhaém em São Paulo; Curitiba e Londrina no Paraná; Florianópolis, São José e Joinville em Santa Catarina; e Porto Alegre em Rio Grande do Sul; e aos Secretários de Saúde dos Estados do Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;
  - b) aos Presidentes da Câmara dos Deputados e das Comissões de Fiscalização Financeira e Controle e de Seguridade Social e Família;
  - c) aos Presidentes do Senado Federal, da Comissão de Assuntos Sociais e da Comissão Mista do Orçamento.
- V) Determinar à Seprog a realização do monitoramento da implementação das determinações e recomendações constantes do Acórdão que vier a ser prolatado nestes autos, nos termos do art. 243 do RI/TCU, combinado com o item 9.2 do Acórdão n.º. 778/2003-TCU-Plenário.

- VI) Arquivar os autos na Seprog e encaminhar para a 4ª Secex cópia do Acórdão que vier a ser adotado nestes autos, acompanhada dos respectivos Relatório e Voto, e do Relatório de Auditoria para subsidiar a análise das contas da Secretaria de Atenção à Saúde referentes a 2004.

Brasília/DF, em 22 de março de 2005.

André Kirchheim  
ACE - Matrícula 3507-6

Cristiane Maria Pereira Coutinho  
ACE - Matrícula 5627-8

João Germano Lima Rocha (coordenador)  
ACE - Matrícula 528-2

Milton de Oliveira Santos Júnior  
ACE - Matrícula 3140-2

Milton Gomes da Silva Filho  
ACE - Matrícula 3141-0



# APÊNDICES

## Apêndice I

### Lista de Siglas

**AIH** – Autorização de Internação Hospitalar  
**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**APAC** – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo  
**BPA** – Boletim de Produção Ambulatorial  
**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial  
**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
**DAPE** – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde  
**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS  
**DENASUS** – Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
**GM/MS** – Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde  
**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano  
**MDS** – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
**MS** – Ministério da Saúde  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
**PIB** – Produto Interno Bruto  
**PNASH/PSIQUATRIA** – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares  
**PPA** – Plano Plurianual  
**PPTM** – Pessoa Portadora de Transtorno Mental  
**PSF** – Programa de Saúde da Família  
**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde.  
**SECEX** – Secretaria de Controle Externo  
**SGTES** – Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde  
**SEPROG** – Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo  
**SAI/SUS** – Sistema de Informação Ambulatoriais  
**SIAFI** – Sistema Integrado de Administração Financeira  
**SIH/SUS** – Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
**SRT** – Serviço Residencial Terapêutico  
**SUS** – Sistema Único de Saúde

## Apêndice II

### Glossário

- **Agravo** - conceito mais amplo que o de doença, em que se incluem outros danos à saúde do indivíduo, como traumas e intoxicações.
- **Contra-referência** - retorno do PPTM, por encaminhamento do centro de referência em saúde mental, às unidades básicas de saúde.
- **Diagrama de Verificação de Risco** - técnica utilizada para identificar os maiores riscos que poderão afetar de modo negativo o desempenho de programa ou ação, relacionando o impacto potencial com a probabilidade de ocorrência.
- **Doença** - conjunto de sinais e/ou sintomas que têm uma só causa; moléstia.
- **Esquizofrenia** - O termo esquizo-frenia foi criado em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugem Bleulere para caracterizar o paciente que tem percepções dissociadas e apresenta sintomas como alucinações, desordem de pensamentos e ausência de respostas emotivas.
- **Indicador de impacto** - instrumento de avaliação da relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados).
- **Modelo hospitalocêntrico** - modelo assistencial caracterizado pelo papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, isolando o doente do seu meio social; atualmente encontra-se em curso a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento primário no Brasil, com ênfase na adoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.
- **Morbidade** - é como se apresenta o comportamento de uma doença ou de um agravo à saúde em uma população exposta. Sendo calculada pelos coeficientes de incidência e prevalência.
- **Neurose** - Cada um de vários tipos de distúrbio emocional cuja característica principal é a ansiedade, e em que não se observam nem grandes distorções da realidade externa, nem desorganização da personalidade.
- **Pólos de capacitação** - centros que promovem a capacitação dos profissionais (recursos humanos) atuantes.
- **Referência** - encaminhamento do PPTM das unidades básicas de saúde para os centros de referência em saúde mental (ex.: CAPS).
- **Saúde** - segundo a OMS, é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.
- **Stakeholders** - pessoas, grupos ou instituições com interesse em algum programa ou projeto.
- **Transtornos mentais** – doença mental, sofrimento psíquico.
- **Transtorno somatoforme** - A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

## Apêndice III

### Lista de Ilustrações

- Figura 1** – Leitos em hospitais psiquiátricos por 10.000 habitantes; 32  
**Figura 2** – Leitos por mil habitantes por estado da Federação; 33  
**Figura 3** – Evolução do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos; 33  
**Figura 4** – Número de AIH pagas para internações psiquiátricas; 34  
**Figura 5** – Evolução do número de CAPS no Brasil; 34  
**Figura 6** – Cobertura da rede CAPS, por 100 mil habitantes, por Região e Unidade da Federação; 35  
**Figura 7** – Evolução dos valores de procedimentos hospitalares de 2000 a 2004 e de procedimentos ambulatoriais em CAPS e SRT de 2001 a 2004; 44  
**Figura 8** – Projeto Ita Sabor, do CAPS II no município de Itanhaém/SP; 64  
**Figura 9** – Tipos de atividades desenvolvidas pelos CAPS em 2004; 65

## Apêndice IV

### Lista de Tabelas

- Tabela 1** – Execução orçamentária e financeira do programa Saúde Mental nos exercícios de 2000 a 2003; 26  
**Tabela 2** – Previsão orçamentária em 2004-2007 e valores pagos em 2004 nas ações de atenção à saúde mental; 26  
**Tabela 3** – Valor dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais na rede extra-hospitalar de saúde mental do SUS – Brasil 2000 a 2004; 27  
**Tabela 4** – Previsão orçamentária de 2005 nas ações de atenção à saúde mental; 28  
**Tabela 5** – Valor, em milhões de reais, dos procedimentos hospitalares do SUS e da produção ambulatorial nos CAPS e SRT – Brasil, 2000 a 2004; 45  
**Tabela 6** – Cursos apoiados pelo Ministério da Saúde na área de saúde mental no período 2003/2004; 52  
**Tabela 7** – Municípios com beneficiários do Programa de Volta para Casa por UF; 68  
**Tabela 8** – Metas físicas das ações de atenção à saúde mental no PPA 2004/2007; 78  
**Tabela 9** – Proposta de indicadores de desempenho para as ações de saúde mental; 79  
**Tabela 10** – Percentual de Gastos Hospitalares sobre Gasto Total e de Gastos Extra-Hospitalares sobre Gasto Total, nos anos de 1997, 2001 e 2004 (estimativa); 87

## Apêndice V

### Referências

- BRASIL. Lei 10.933 de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 23 de novembro de 2004. \_\_\_\_\_. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS. Brasília, 2003a.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília, 2003b. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria–Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004, 5. ed. ampl. Brasília, 2004a. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Brasília, 2004b. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento de análise do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Brasília, 2004c.
- \_\_\_\_\_. Programa De Volta para Casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília, [2003 ou 2004d].
- \_\_\_\_\_. SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Brasília, 2004e. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- CHIAVENATO, Idalberto. Gerenciando pessoas: como transformar os gerentes em gestores de pessoas. 4. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III, 2001, Brasília. Relatório Final: Cuidar sim, excluir não. Brasília: 2002. 213 p.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2004, Brasília. CADERNO INFORMATIVO SAÚDE MENTAL: CUIDAR EM LIBERDADE E PROMOVER A CIDADANIA. Brasília, jun. 2004.
- GIL, Antônio Carlos. Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2001.
- LIMA, Dagomar Henriques. O papel do Tribunal de Contas da União na responsabilização dos agentes públicos pelo desempenho da ação governamental. Brasília: TCU, 2004. 113 f.

MARTINS, M. C. F. N. M. Humanização da Assistência e Formação do Profissional de Saúde. *Psychiatry On-line Brazil*. [S. l.], maio 2003. Disponível em: < [http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503\\_1.htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm)>. Acesso em: 06 ago. 2004.

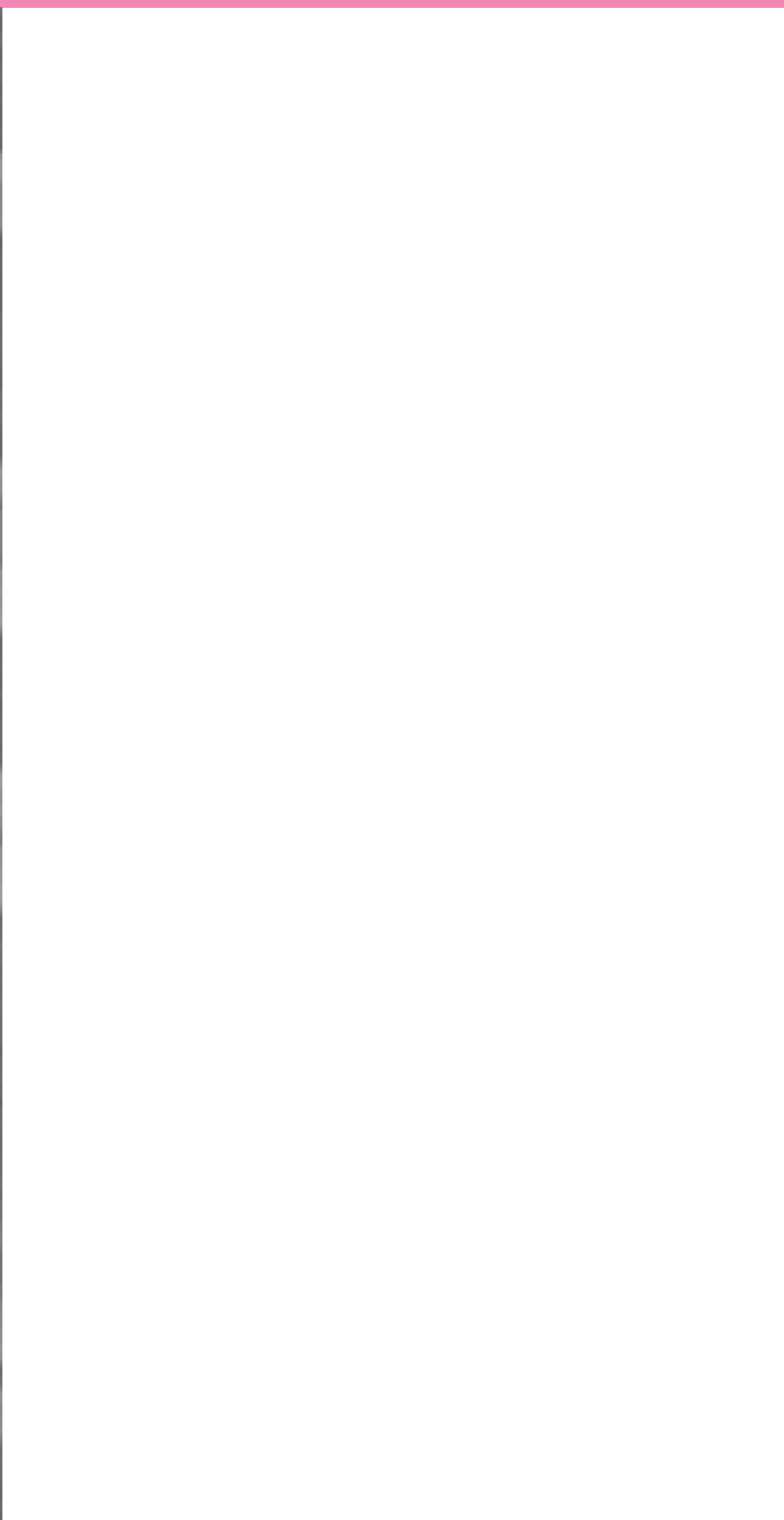
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. [S.l.: s.n.], 2001. 135p. Tradução da edição em português a cargo do Escritório Central da Oficina Pan-americana de Saúde.

SOUZA, H. M. et al. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. p. 147-155

TORRELLI, Giovanni. Publicações Eletrônicas e Mailing List em Psiquiatria: Psiquiatria e Internet no Brasil. *Psychiatry On-line Brazil*, mar., 1998. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/mlitalia.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atlas Mental Health Resources in the World. Department of Mental Health and Substance Dependence – World Health Organization. 2001.





GRUPO I – CLASSE V – Plenário  
TC-011.307/2004-9 (com 1 volume).

Natureza: Relatório de Auditoria

Órgão: Secretaria de Atenção à Saúde /Ministério da Saúde

Responsáveis: Jorge José Santos Pereira Solla (CPF n.º 195.307.735-87); Tereza de Jesus Campos Neta (CPF n.º 147.506.944-87) e Pedro Gabriel Godinho Delgado (CPF n.º 117.786.286-72)

Advogado: não houve

**Sumário:** Auditoria de Natureza Operacional. Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (ações de 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). Recomendações. Determinações. Monitoramento. Arquivamento. Proposição de indicadores de desempenho.

1. Registro, inicialmente, que atuo nestes autos com fundamento no art. 18 da Resolução n.º 64/1996-TCU e nos termos da Portaria n.º 191, de 25 de agosto de 2003, tendo em vista tratar-se de processo afeto ao Ministro responsável pela Lista de Unidades Jurisdicionadas n.º 03 no biênio 2005/2006.
2. Examina-se Relatório de Auditoria Operacional, realizado pela Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – SEPROG, junto à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com objetivo de avaliar sua atuação na promoção de ações de saúde mental, em específico a Atenção à Saúde Mental, o Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde - De Volta para Casa, e o Apoio a Serviços Extra-hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas.
3. Destaco a abrangente análise realizada pela Seprog obtida por meio do encaminhamento, por via postal, de questionários a 27 coordenações estaduais e distrital de saúde mental, 207 hospitais psiquiátricos, 520 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 231 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e a todos os gestores municipais (331) que tivessem em suas localidades CAPS ou SRT ou hospital psiquiátrico em funcionamento e, também, uma amostra de outros 682 municípios que não mantivessem nenhum desses serviços, complementada pela visita a 13 (treze) Estados da Federação e a 25 (vinte e cinco) municípios, o que permitiu uma visão nacional do atendimento de saúde e a detecção de problemas gerenciais que de outra forma não seriam percebidos.

4. Também gostaria de ressaltar a relevância social do tema saúde mental dentro da área de atendimento da saúde pública, visto que, conforme informado no Relatório de Auditoria, a Organização Mundial de Saúde – OMS estima que 3% da população mundial sofre com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual e 24% apresentam algum tipo de transtorno mental.
5. Estas estatísticas causam preocupação quando avaliamos a situação do atendimento à saúde mental no País, uma vez que, ao longo do relatório, ficou demonstrado que o número de leitos disponíveis vêm, gradativamente, sendo reduzido, alcançando, em 2004, 44.234 (quarenta e quatro mil duzentos e trinta e quatro), número muito pequeno se comparado à população que se estima como portadora de distúrbio mentais. Mesmo se considerarmos as autorizações de internação hospitalar, que oscilam em torno de 700.000 (setecentas mil) por ano, chega-se à conclusão de que a capacidade de atendimento é muito inferior à demanda potencial e, provavelmente, à demanda real, o que pode resultar em baixa qualidade da prestação dos serviços e conseqüente agravamento da saúde da população que necessita deste tipo de atendimento.
6. Além da capacidade de atendimento reduzida, a equipe de auditoria constatou a ocorrência de diversos problemas que comprometem o bom desenvolvimento das ações desta Secretaria, alguns dos quais gostaria de comentar.
7. Dentre estes problemas está o desequilíbrio na distribuição de leitos psiquiátricos pelos entes federados. É alarmante a constatação de que, enquanto a Região Sudeste apresenta índices de leitos por mil habitantes compatível com países da Europa, a Região Norte apresenta índices comparáveis aos do Sudeste Asiático e regiões da África. Isto demonstra como a péssima distribuição de renda brasileira, em termos regionais, também se reflete negativamente no oferecimento de serviços públicos.
8. A equipe de auditoria também constatou que o número de leitos por mil habitantes está abaixo do índice mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde, que é de 0,45 leitos, situação que se agrava ao se considerar que muitos destes leitos, conforme informado, são ocupados por pacientes crônicos, o que reduz a oferta efetiva de leitos.
9. Entretanto, a informação de que a rede extra-hospitalar vem sendo ampliada nos últimos anos é um indicador positivo de melhorias na estrutura de atendimento, ainda que, conforme constatado, a distribuição dos centros de atendimento venha sendo feito de forma desequilibrada, na mesma linha da distribuição de leitos. Deve-se lembrar, porém, que nenhum dos entes federados, mesmo os mais desenvolvidos neste tipo de atendimento, atingiu a relação desejada de um centro para cada 100.000 (cem mil) habitantes, o que me leva à conclusão de que a rede de atendimento ainda tem muito a evoluir.

10. Em relação às medidas adotadas para tentar minimizar as deficiências do atendimento na área da saúde mental, destaco o Programa “De volta para Casa”, que tem por intenção desospitalizar pacientes que ocupam, cronicamente, leitos hospitalares, muitas vezes por falta de condições financeiras de suas famílias. Por meio do fornecimento de um auxílio mensal de R\$ 240,00 aos pacientes de longa internação, o Governo pretende desocupar leitos, aliviando a pressão exercida pela demanda crescente.
11. Entretanto, constatou-se que, de um público estimado de 15.000 (quinze mil) pacientes, apenas 952 haviam, até janeiro de 2005, sido beneficiados com o Programa, o que demonstra que o objetivo de desocupação de leitos não vem sendo alcançado, muitas vezes por problemas burocráticos relacionados à concessão dos benefícios.
12. Outra constatação alarmante é a de que os hospitais especializados em psiquiatria visitados pela equipe apresentavam instalações precárias e ofereciam serviços pouco humanizados, com poucas atividades terapêuticas e dedicando ênfase no tratamento medicamentoso, fator que contribui para a perpetuação do estado de dependência e cronificação dos pacientes, reduzindo, ainda mais, a oferta efetiva de leitos.
13. Destaca-se, também, a constatação de deficiências na distribuição de medicamentos, seja por descontinuidade nesta distribuição ou na demora no fornecimento após solicitação, o que prejudica o tratamento e a recuperação dos pacientes. Como causa aparente para tais deficiências, está a insuficiência de recursos recebidos, visto que o repasse é feito com base nos preços de medicamentos de 1999, o que, atualmente, é substancialmente inferior ao necessário para as aquisições.
14. Como deficiência gerencial grave, destaco a falta de base de dados específica e de indicadores de desempenho que permitam uma avaliação adequada do progresso e da evolução da prestação de serviços ao longo do tempo, aliada à falta de avaliação por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
15. Não é possível, a qualquer gestor, coordenar atividades sem a utilização de uma base de dados confiável, muito menos sem possuir indicadores que permitam avaliar os efeitos de sua atuação. Neste caso, considero indispensável a contribuição do Tribunal de Contas da União, desenvolvendo indicadores de desempenho e recomendando sua utilização, bem como a recomendação do desenvolvimento de uma base de dados que permita a utilização destes indicadores.
16. Quanto a estes e aos demais problemas descritos pela equipe de auditoria, considero que as recomendações propostas conseguirão, caso adotadas, promover melhorias e minimizar as fragilidades levantadas, atendendo a um importante objetivo do Tribunal, que é o de contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços públicos prestados à comunidade.

17. Quanto aos comentários encaminhados pelos gestores, considero que, ainda que demonstrem grande conhecimento do assunto e o início da aplicação de boa parte das sugestões feitas pela equipe de auditoria, creio ser indispensável ao Tribunal seguir a proposta da Unidade Técnica, mantendo, na íntegra, as recomendações e determinações sugeridas, para que fique registrada sua atuação e permita um melhor acompanhamento e monitoramento das ações a serem implementadas.
18. Concordo, também, que o monitoramento da implementação das determinações e recomendações constantes do Acórdão que vier a ser prolatado nestes autos seja conduzido pela própria Seprog, uma vez que os resultados decorrentes deste processo contribuem para a avaliação dos programas e ações envolvidos, ainda que o Ministério da Saúde faça parte da clientela da 4ª Secex, o que não impede a participação de servidores desta Secretaria na execução dos trabalhos.

Ante o exposto, VOTO no sentido de que o Tribunal adote a deliberação que ora submeto ao Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 25 de maio de 2005.

LINCOLN MAGALHÃES DA ROCHA  
Relator





## ACÓRDÃO Nº 654/2005 - TCU - PLENÁRIO

1. Processo TC-011.307/2004-9 (com 1 volume).
2. Grupo I – Classe V – Relatório de Auditoria
3. Responsáveis: Jorge José Santos Pereira Solla (CPF n.º 195.307.735-87); Tereza de Jesus Campos Neta (CPF n.º 147.506.944-87) e Pedro Gabriel Godinho Delgado (CPF n.º 117.786.286-72)
4. Órgão: Secretaria de Atenção à Saúde /Ministério da Saúde
5. Relator: Auditor Lincoln Magalhães da Rocha
6. Representante do Ministério Público: não atuou
7. Unidade Técnica: SEPROG
8. Advogado constituído nos autos: não há

### 9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos que versam sobre Relatório de Auditoria de Natureza Operacional realizada na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com objetivo de avaliar sua atuação na promoção de ações de saúde mental, em específico a Atenção à Saúde Mental, o Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde - De Volta para Casa, e o Apoio a Serviços Extra-hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, diante das razões expostas pelo Relator, em:

#### 9.1. recomendar ao Ministro da Saúde que:

- 9.1.1. articule 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;
- 9.1.2. implemente, em articulação com o Ministério do Trabalho, mecanismos de estímulo à criação das cooperativas sociais, como definidas na Lei n.º 9.867/1999, bem como o estabelecimento de políticas de incentivo à contratação de pessoas portadoras de transtornos mentais, a exemplo da Lei Estadual n.º 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;

- 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;
  - 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;
  - 9.1.5. estabeleça grupo de contato de auditoria, com a participação de representante da Secretaria Federal de Controle Interno, da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS e da Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE/SAS/MS, a fim de atuar como canal de comunicação com este Tribunal e para acompanhar a implementação das recomendações desta Corte de Contas, a evolução dos indicadores de desempenho e o alcance das respectivas metas;
- 9.2. determinar à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS 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. recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS que:
    - 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;
    - 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;
    - 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;
    - 9.3.4. 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;
    - 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”;
- 9.3.6. 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;
  - 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 n.º 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;
  - 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;
  - 9.3.9. reavalie os valores repassados para os medicamentos essenciais com base na Portaria GM n.º 1.077/1999;
  - 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;
  - 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;
  - 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;
  - 9.3.13. institua canal de comunicação permanente, entre o Ministério e os demais gestores das ações, principalmente com as coordenações municipais de saúde mental, como por exemplo por meio da criação de um sítio na internet para divulgação de informações e encaminhamentos de interesse das ações de saúde mental e concurso de boas práticas;
  - 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;

- 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;
  - 9.3.16. inclua, no incentivo para a criação dos CAPS, recursos para aquisição de veículos a fim de viabilizar as atividades fora dessas unidades, previstas na Portaria GM/MS n.º 336/2002;
  - 9.3.17. inicie o processo de cadastramento dos beneficiários junto à Caixa Econômica Federal, sem a necessidade de apresentar a certidão de nascimento e do CPF, condicionando o início do pagamento à apresentação dos documentos;
  - 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”;
  - 9.3.19. estude a criação de benefícios que apoiem a desinstitucionalização de pacientes excluídos do Programa “De Volta Para Casa”;
  - 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;
  - 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;
  - 9.3.22. estude, em conjunto com o DATASUS, alterações no sistema SIH/SUS que possibilite gerar relatórios com informações gerenciais específicas da saúde mental como o número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos;
  - 9.3.23. crie diretrizes que orientem a supervisão técnica-institucional das ações de atenção à saúde mental pelos gestores do SUS;
  - 9.3.24. promova treinamento de servidores dos CAPS responsáveis pelo preenchimento das APAC;
  - 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 dos 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;
- 9.4. remeter cópia deste Acórdão, acompanhada dos respectivos Relatório e Voto, e do Relatório de Auditoria:
    - 9.4.1. ao Ministro de Estado da Saúde; ao titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; ao Ministro Chefe da Casa Civil da Presidência da República; ao Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; ao Secretário Federal de Controle Interno; ao Ministro do Trabalho e Emprego; aos Secretários Municipais de Saúde de Belém e Ananindeua no Pará; São Luís no Maranhão; Fortaleza e Sobral no Ceará; João Pessoa na Paraíba; Recife em Pernambuco; Aracaju em Sergipe; Cuiabá e Várzea Grande no Mato Grosso; Belo Horizonte, Barbacena e Betim em Minas Gerais; Rio de

Janeiro, São Gonçalo e Paracambi no Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas e Itanhaém em São Paulo; Curitiba e Londrina no Paraná; Florianópolis, São José e Joinville em Santa Catarina; e Porto Alegre no Rio Grande do Sul; e aos Secretários de Saúde dos Estados do Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;

9.4.2. aos Presidentes da Câmara dos Deputados e das Comissões de Fiscalização Financeira e Controle e de Seguridade Social e Família;

9.4.3. aos Presidentes do Senado Federal, da Comissão de Assuntos Sociais e da Comissão Mista do Orçamento;

9.5. determinar à Seprog a realização do monitoramento da implementação das determinações e recomendações constantes do Acórdão que vier a ser prolatado nestes autos, nos termos do art. 243 do RI/TCU, combinado com o item 9.2 do Acórdão nº. 778/2003-TCU-Plenário;

9.6. arquivar os autos na Seprog e encaminhar para a 4ª Secex cópia do Acórdão que vier a ser adotado nestes autos, acompanhada dos respectivos Relatório e Voto, e do Relatório de Auditoria para subsidiar a análise das contas da Secretaria de Atenção à Saúde referentes a 2004.

10. Ata nº 18/2005 – Plenário

11. Data da Sessão: 25/5/2005 – Ordinária

12. Especificação do quórum:

12.1. Ministros presentes: Adylson Motta (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça, Valmir Campelo, Walton Alencar Rodrigues, Guilherme Palmeira, Ubiratan Aguiar, Benjamin Zymler e o Ministro-Substituto Lincoln Magalhães da Rocha (Relator).

12.2. Auditor presente: Augusto Sherman Cavalcanti.

ADYLSON MOTTA  
Presidente

LINCOLN MAGALHÃES DA ROCHA  
Relator

Fui presente:  
PAULO SOARES BUGARIN  
Procurador-Geral, em substituição



## RESPONSABILIDADE EDITORIAL

### *Secretário-Geral de Controle Externo*

Paulo Roberto Wiechers Martins

### *Secretária de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo*

Selma Maria Hayakawa Cunha Serpa

### *Diretor da 2ª. Diretoria Técnica da SEPROG*

Dagomar Henriques Lima

### *Gerente do Projeto de Aperfeiçoamento do Controle Externo com Foco na Redução da Desigualdade Social - CERDS*

Glória Maria Merola da Costa Bastos

## EQUIPE DE AUDITORIA

André Kirchheim

Cristiane Maria Pereira Coutinho

Jucival Santana de Souza (TCE/BA)

Milton de Oliveira Santos Júnior

Milton Gomes da Silva Filho

João Germano Lima Rocha (coordenador)

Dagomar Henriques Lima (supervisor)

## EQUIPE DE AUDITORIA NOS ESTADOS

Fábio Moreno de Andrade Almeida

Luis Fernando Giacomelli

Márcio Américo Leite Brito

## CAPA E EDITORAÇÃO

Grupodesign

## REVISÃO

Eliane Vieira Martins

## FOTOS DA CAPA

Equipe de Auditoria

---

### Endereço para contato

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO  
Secretaria de Fiscalização e Avaliação  
de Programas de Governo - SEPROG  
SAFS, Quadra 4, Lote 1  
Edifício Anexo I, Sala 456  
70.042-900 - Brasília-DF  
seprog@tcu.gov.br

### Solicitação de exemplares

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO  
Instituto Serzedello Corrêa  
Centro de Documentação  
SAFS, Quadra 4, Lote 1  
Edifício-Sede, Sala 003  
70.042-900 - Brasília-DF  
editora@tcu.gov.br









**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

SAFS Quadra 4 lote 1  
70.042-900-Brasília-DF  
<http://www.tcu.gov.br>