SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS

SECRETARIA ESPECIAL DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

MINISTÉRIO DA CIDADANIA

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Avanços & Inovações nas Políticas de Saúde Mental e Drogas no Brasil

Prevenção e Cuidados às Pessoas com Transtornos Mentais e Dependência Química

Uma revisão histórica

Autor

Frederico Garcia

Ministério da Cidadania

Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas e Reinserção Social SENAPRED

Brasília - Distrito Federal

Novembro de 2022

Presidente da República	Jair Messias Bolsonaro
Vice-Presidente da República	Antônio Hamilton Martins Mourão
Ministro da Cidadania	Ronaldo Vieira Bento
Secretário Especial de Desenvolvimento Social	Alexandre Reis
Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas	Quirino Cordeiro Júnior
Diretora do Departamento de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social	Cláudia Gonçalves Leite
Conteúdo e texto original	Frederico Garcia

Ficha Técnica

© 2022 Ministério da Cidadania.

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

1ª edição – 2022.

Elaboração, produção, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA CIDADANIA
Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

Esplanada dos Ministérios – Bloco A
CEP 70 050 902 – Brasília/DF

www.cidadania.gov.br
E-mail: senapred@cidadania.gov.br

Projeto Gráfico e Diagramação:

Juliana Guimarães
Aloha Publicidade e Design

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Garcia, Frederico Duarte
Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil [livro eletrônico] : Uma revisão histórica / Frederico Duarte Garcia. -- Belo Horizonte, MG : Ed. do Autor, 2022.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-00-59530-7

1. Doentes mentais - Cuidado e tratamento - Brasil 2. Drogas - Prevenção 3. Política das drogas 4. Política de saúde mental - Brasil 5. Psiquiatria - Brasil 6. Serviços de saúde mental - Brasil I. Título.

22-140384 CDD-361.61

Índices para catálogo sistemático:

1. Políticas públicas e práticas sociais 361.61

Inajara Pires de Souza - Bibliotecária - CRB PR-001652/O

Sumário

Clique nos textos para interagir

■ **Capítulo 1: Introdução Geral** **9**

■ **Parte 1: A Nova Política Nacional de Saúde Mental** **14**

■ **Capítulo 2: A Nova Política Nacional de Saúde Mental no Brasil** **14**

□ A saúde mental no mundo 16

□ A saúde mental nas Américas 19

□ Um breve diagnóstico da saúde mental no Brasil 21

□ As Redes de Atenção à Saúde 23

□ A Rede de Atenção Psicossocial 24

□ O balanço da RAPS anterior a Nova Política Nacional de Saúde Mental 26

□ A demanda social e institucional para aperfeiçoamento e ampliação da RAPS 34

□ Mudanças, marcos regulatórios e implementação da “Nova Política Nacional de Saúde Mental” 40

□ Legado da Nova Política Nacional de Saúde Mental 46

■ **Capítulo 3: Política Nacional de Prevenção à Automutilação e Suicídio** **49**

□ Introdução 50

□ O suicídio no Brasil 52

□ A demanda da sociedade civil 55

□ A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio dentro da Nova Política Nacional de Saúde Mental 56

■ **Parte 2: Nova Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas** **61**

■ **Capítulo 4: Uma breve história das políticas sobre drogas no Brasil** **61**

□ Introdução 62

□ Definindo o que é política sobre álcool e outras drogas 63

□ Políticas internacionais sobre drogas 63

□ Breve revisão sobre a política sobre drogas no Brasil 66

■ **Capítulo 5: A Nova Política Nacional de Álcool e outras Droga** **74**

☐ Introdução 75

☐ Mudanças, marcos regulatórios e implementação da Nova Política Nacional de Álcool e outras Drogas 75

☐ A divisão de atribuições da SENAD com a criação da SENAPRED 84

☐ Aprimoramento da regulação das clínicas e leitos psiquiátricos para a assistência de pessoas com transtornos por uso de substâncias 92

☐ Rede de Assistência do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD 95

☐ Política de regulação e monitoramento das comunidades terapêuticas 96

☐ Política de doação de veículos e imóveis recebidos do Fundo Nacional Antidrogas 97

■ **Capítulo 6: Principais ações da SENAPRED** **98**

☐ Atividades de Prevenção do uso 99

☐ Ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social 107

☐ Reinserção social 123

☐ Fomento de pesquisas e produção de informações sobre drogas 125

☐ Projetos de capacitação 126

☐ Cooperação com organismos internacionais 128

■ **Capítulo 7: Conclusões** **134**

■ **Referências Bibliográficas** **136**

Índice de figuras

Clique nos textos para interagir

Figura 1	Quirino Cordeiro Júnior, Secretário Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED e ex-Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Cidadania (2017-2019)	26
Figura 2	Número da Rede de Atenção em Saúde Mental em 2017	27
Figura 3	Alguns dos representantes das entidades da sociedade civil que apoiaram a criação da "Nova Política de Nacional de Saúde Mental	36
Figura 4	Na apresentação da "Nova Política Nacional de Saúde Mental" o Coordenador Geral Quirino Cordeiro, o Ministro da Saúde Ricardo Barros, o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Antônio Geraldo e Deisy Porto	37
Figura 5	Imagens da cerimônia de lançamento da Nova Política Nacional de Saúde Mental em 21 de dezembro de 2017. Na imagem central se vê ao centro o Ministro Ricardo Barros, o Secretário de Atenção à Saúde, Francisco de Assis Figueiredo, a direita o Presidente da Associação Psiquiátrica Brasileira, o Dr. Antônio Geraldo da Silva, o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, a esquerda a Dra. Sandra Peu representando as associações estaduais de psiquiatria e saúde mental e a Sra. Mirian Gorender representando as entidades representativas de pacientes e familiares. Na parte inferior a direita a coletiva de imprensa que acompanhou o lançamento da "Nova Política Nacional de Saúde Mental", na parte inferior a esquerda a apresentação das medidas incluídas na RAPS incluídas pela portaria, pelo Dr. Quirino Cordeiro Júnior	38
Figura 6	Lançamento da Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental. Na foto o Deputado Ricardo Barros, Quirino Cordeiro (Coordenador Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas), o Deputado Roberto Lucena, presidente da Frente, Juliano Almeida (Direto do Departamento de Psiquiatria da FBH), Luiz Aramicy Pinto (presidente da FBH) e demais membros da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Psiquiátrica	40
Figura 7	Série Histórica da expansão dos Centro de Atenção Psicossocial no Brasil. A notar um aumento de 18% do número de CAPS entre 2016 e 2022	47
Figura 8	Número de suicídios (verde), aumento anual de casos (amarelo) e média móvel (linha) no Brasil entre os anos de 2000 e 2021	52
Figura 9	O Deputado Osmar Terra no dia da aprovação da lei "Osmar Terra", 13819/2019, que instaura a Política Nacional de Prevenção à Automutilação e Suicídio	58
Figura 10	Ministro Osmar Terra que criou o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações à prevenção, formação pesquisa, cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos por uso de substâncias	76

Figura 11 Reunião do Conselho Nacional de Política sobre drogas onde foi aprovada por ampla maioria o texto da Resolução número 1 do CONAD que inaugura a Nova Política Nacional de Álcool e outras Drogas 77

Figura 12 Membros da SENAPRED nas galerias do Senado Federal, no dia da votação final do Projeto de Lei número 37/2013 da Câmara de Deputados, que deu origem à "Nova Lei de drogas" (Lei número 13.840/2019) 83

Figura 13 Equipe da SENAPRED diante do Congresso Nacional, no dia da votação do Projeto de Lei da Câmara número 37/2013, que deu origem à "Nova Lei de Drogas" (Lei número 13.840/2019) 84

Figura 14 Registro da Reunião Interministerial ocorrida em 17 de janeiro de 2019, onde o Ministro da Cidadania Osmar Terra e o Ministro da Justiça, Sergio Moro começaram a discutir as atribuições da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD 86

Figura 15 Equipe da SENAPRED 90

Figura 16 Equipe da SENAPRED com o Ministro Osmar Terra 90

Figura 17 Equipe da SENAPRED no Ministério da Cidadania. 91

Figura 18 Equipe da SENAPRED com o presidente Jair Bolsonaro, Joaquina Zaltum, Cláudia Gonçalves Leite, Quirino Cordeiro e Edu Cabral. 91

Figura 19 Estrutura do SINAP em 2022 segundo a SENAPRED 100

Figura 20 O Secretário Quirino Cordeiro da SENAPRED, o Secretário especial do Desenvolvimento Social Robson Tuma e representante da UNODC na assinatura do convênio com a SENAPRED 101

Figura 21 Cartaz da Campanha "Você nunca será livre se escolher usar drogas" da SENAPRED e do Ministério da Cidadania. 102

Figura 22 Assinatura do acordo técnico de cooperação entre a SENAPRED e o PROERD. Na foto o Secretário Quirino Cordeiro, o Ministro Osmar Terra e o presidente do Conselho Nacional de Comandantes Gerais das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares 104

Figura 23 Campanha de prevenção das drogas da SENAPRED/Ministério da Cidadania com times de futebol brasileiros 104

Figura 24 A direita, Rafael Bernadon, Coordenador Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde e a esquerda o Secretário da SENAPRED Quirino Cordeiro, no dia da divulgação da portaria que habilitou e financiou Equipes Multidisciplinares para Ambulatórios especializados em álcool e outras drogas 104

Figura 25 A equipe multidisciplinar no dia da inauguração do ambulatório do primeiro Centro de Referência em Dependência Química (CEREDEQ), em Natal/RN 111

Figura 26 Cerimônia de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido dos grupos de mútua-ajuda 114

Figura 27 Banner de divulgação do lançamento e foto do mapeamento dos grupos de mútua-ajuda realizado pela SENAPRED 115

Figura 28 Banner do número 132 para contato do grupo Narcóticos Anônimos 117

Figura 29 Tela de apresentação do curso COMPACTA - Capacitação de Monitores e Profissionais das Comunidades Terapêuticas, provido pela SENAPRED 118

Figura 30 Tela de abertura do Curso "O Papel das Comunidades Terapêuticas na Garantia dos Direitos Humanos" ofertado pela SENAPRED e o Ministério da Mulher Família e Direitos Humanos 119

Figura 31 Mesa de lançamento do Projeto "Acolhimento em Comunidades Terapêuticas de dependentes químicos que se encontram em situação de rua". Da direita para esquerda se vê Quirino Cordeiro, Sergio Queiroz, Wesley Jacinto, Damares Alves, Mariana Neris, Rolf Hartmann 121

Figura 32 Ministro Osmar Terra, membros da SENAPRED e representantes da Confederação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) 121

Figura 33 Ministro Osmar Terra, Ministra Damares Alves, Membros da SENAPRED, representantes da Confederação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), representantes de Grupos de Mútua Ajuda e Apoio Familiar 122

Figura 34 Reunião do Ministro Osmar Terra com membros da SENAPRED e representantes da Confederação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) 122

Figura 35 Assinatura do termo de Compromisso entre os diversos entres federativos para o fomento de projeto de reinserção social de pessoas acometidas por um transtorno por uso de substância 124

Figura 36 Imagem da capa eletrônica do Curso Amparo 137

Figura 37 Encontro entre representantes da SENAPRED e da Organização dos Estados Americanos para cooperação na reestruturação do Observatório de Informações sobre Drogas - OBID 128

Figura 38 Encontro do Secretário Quirino Cordeiro com representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para discussão das estratégias SAFER. 129

Figura 39 O secretário Quirino Cordeiro representando a SENAPRED na XI Reunião da Comissão mista sobre Drogas e Temas Conexos entre o Brasil e a Bolívia 130

Figura 40 O Secretário Quirino Cordeiro na eleição do Grupo de Peritos sobre Redução da Demanda de Drogas junto à Organização dos Estados Americanos (OEA) 131

Figura 41 A Diretora de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social da SENAPRED, Cláudia Leite, apresenta a política brasileira de prevenção e o SINAP na Reunião do Grupo de Dublin, na Espanha 132

Capítulo 1

Introdução geral

Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição”,

enuncia o parágrafo único, do artigo primeiro da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

É alinhado a este preceito constitucional que todas as políticas públicas são produzidas, aprimoradas e atualizadas no Brasil. Não seria diferente com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que foi produzida e vem sendo aprimorada de forma superar suas limitações, se adequar à realidade e às necessidades do momento histórico e social.

Foi esta necessidade, que levou grupos sociais de pacientes e seus familiares, de representantes dos profissionais de saúde mental, e das instituições comprometidas com esta política a discutir e constantemente rediscutir esta importante política pública. Foi a partir destas discussões, que a cada versão, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tomou uma roupagem que atenda melhor a atual realidade e necessidade nacional de saúde mental.

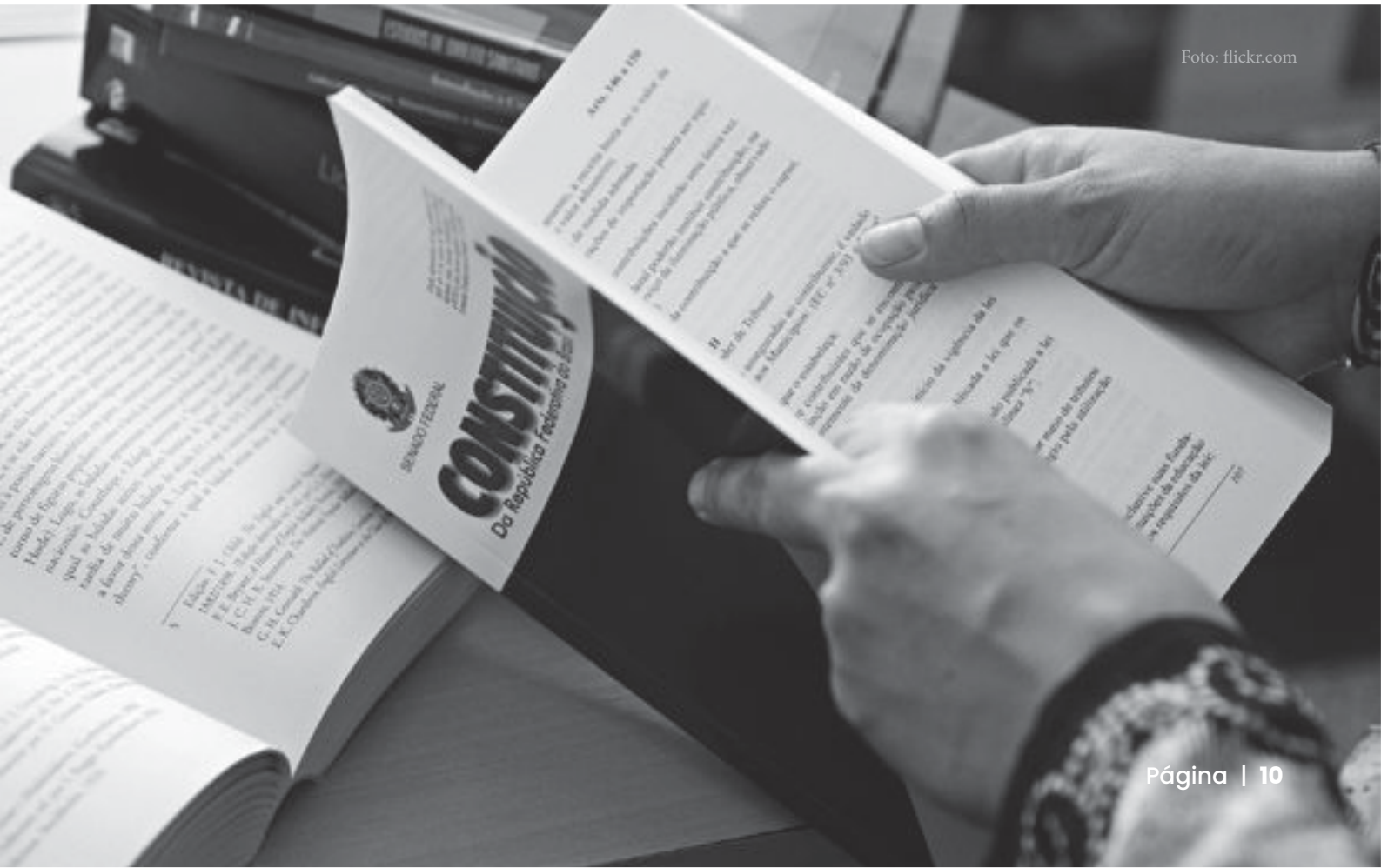


Foto: flickr.com

Neste momento histórico-social a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi revista e retrabalhada. Esta construção, partiu dos princípios fundamentais da sua construção.

Dentre eles o **respeito aos direitos humans, a busca pela autonomia e a liberdade das pessoas, a promoção da equidade, a garantia do acesso e da qualidade a serviços** que ofertem cuidado integral, da assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, da diversificação das estratégias de cuidado realizado sobretudo no território, e do favorecimento da inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Como ocorrido no passado, a construção da chamada "Nova Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas" deu-se num processo de discussão ampla, democrática e de pactuação com a sociedade e os diferentes entes federativos.

Após todo este processo, que ainda está em curso, pareceu importante ao executivo federal e ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) prover um relato pormenorizado deste processo evolutivo da legislação de Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Quis-se assegurar um registro do processo de construção, implementação e avaliação dos resultados preliminares da "Nova Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas".

Esta nova política valoriza e amplia a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as estratégias de prevenção e atenção às pessoas acometidas por transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ademais, a Nova Política busca incorporar estratégias científicas e baseadas nas melhores evidências clínicas para que a qualidade da assistência passe a ser feita dentro dos padrões mais atuais de excelência e humanismo.

É sobre esta construção e seus aportes que esta obra se propôs realizar uma revisão histórica e uma descrição pormenorizada de seus achados. Foi feita uma aprofundada pesquisa revisional histórica, utilizando como fontes os textos legislativos e regulatórios, os registros oficiais das discussões institucionais e sociais realizadas, as descrições e relatos encontrados nos textos jornalísticos e midiáticos reportando o processo de construção e implementação da política, às referências científicas, nas quais foram embasados as mudanças e o relato dos principais envolvidos no processo de construção da política.

Ao final desta obra se pretendeu deixar um registro fidedigno de todo este processo dos quase seis anos da construção da "Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas". Como qualquer revisão histórica, a presente também têm suas limitações que estão associadas às estratégias de busca de informação, ao limite dos registros disponíveis, aos vieses de memória e disponibilidade da informação.

Assim como as ações da Política, esta obra foi dividida em duas partes. A primeira abordará a "Nova Política Nacional de Saúde Mental". Nos dois capítulos que a compõem, se revisou o processo de construção da "Nova Política Nacional de Saúde Mental" e também da criação da "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio". Esta última uma política inédita no Brasil, que visou fortalecer ainda mais as ações da "Nova Política nacional de Saúde Mental".

Na segunda parte desta obra foi descrita a "Nova Política Nacional de Álcool e Drogas do Brasil". Nos três capítulos que compõem esta parte, foi feita uma breve revisão histórica da Política Nacional sobre Drogas. Na sequência

se relatou o processo de construção da “Nova Política Nacional sobre Drogas” e se fez um breve inventário das atuais realizações desta política.

A obra termina com breves conclusões e apontamentos para o futuro sobre as duas políticas. Nas referências foram incluídos os textos legais que compõem as novas políticas de forma auxiliar o leitor.

Espera-se que este registro possa auxiliar a geração atual e as futuras a compreender os eixos norteadores, as escolhas e suas razões no processo de construção desta Políticas públicas, permitindo o seu constante aprimoramento.

Parte 1

A Nova Política Nacional
de Saúde Mental

Capítulo 2

A Nova Política Nacional de Saúde Mental no Brasil

Para se compreender a “Nova Política Nacional de Saúde Mental” no Brasil foi feita uma breve revisão sobre saúde mental sob os prismas de saúde, econômico e social no mundo. Na sequência se descreveu os mesmos indicadores na perspectiva brasileira, significando a importância das necessidades atuais em saúde mental.

Para introduzir o leitor na compreensão da política, se fez uma breve explanação sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS).

Compreendida a RAPS, se apresentou o resultado do levantamento feito pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde no início da gestão do Presidente Michel Temer.

Apresentou-se as demandas sociais que incitaram e nortearam a construção da Nova Política e o processo de discussão de suas proposições.

Este capítulo finalizou descrevendo os legados legislativos, regulatórios e da construção da RAPS obtidos até o momento pela “Nova Política Nacional de Saúde Mental”.

Foto: unsplash.com

A saúde mental no mundo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que uma em cada quatro pessoas no mundo terá um transtorno mental durante sua vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021d).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que uma em cada quatro pessoas no mundo terá um transtorno mental durante sua vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021d). Anualmente, mais de três milhões de pessoas morrem em razão do uso abusivo de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a) e aproximadamente um milhão de pessoas perdem sua vida por suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b). Estas são consequências últimas da falta de assistência em saúde mental.

Os transtornos mentais e por uso de substâncias contribuem com doze porcento de anos da esperança de vida ajustada pela incapacidade (DALY's). Este é um indicador internacional que mede a carga global de doenças e estima a o número de anos perdidos devido a uma doença, incapacidade ou morte precoce (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018c).

Até 2030, os transtornos mentais custarão até 16 trilhões de dólares para a economia mundial (THE CARTER CENTER, 2021). Espera-se que as mudanças climáticas, previstas para meados do século 21, agravarão ainda mais o impacto negativo dos transtornos mentais no mundo. Estas mudanças são fonte de estresse e sofrimento para diversas populações (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

A relevância dos transtornos mentais no mundo é tão significativa que a Organização das Nações Unidas - ONU - incluiu a melhora dos indicadores em saúde mental na lista de objetivos de desenvolvimento do milênio (THE CARTER CENTER, 2021). Paralelamente, a OMS criou o Plano da Ação para a Saúde Mental - WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A carga global de doenças produzida pelas doenças mentais é alta e continua crescendo. Apesar da significância deste indicador, a maioria das pessoas acometidas por transtornos mentais continua sem acesso a assistência em saúde mental de qualidade (BONADIMAN; MALTA; DE AZEREDO PASSOS; NAGHAVI *et al.*, 2020). Isso se comprova pela clara falta de prioridade dada pelos governos e das políticas nacionais de saúde em prover recursos para a saúde mental. No mundo, a média de gastos com saúde mental é proporcionalmente baixa e insuficiente para atender a atual a demanda. Mundialmente, apenas 2,5 dólares americanos é investido em saúde mental para cada habitante. Isso corresponde a menos de 2% do recurso total investido em saúde no mundo. (WHITEFORD; FERRARI; DEGENHARDT, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A disponibilidade de força de trabalho para prestar assistência em saúde mental também é bastante limitada no mundo. Na média mundial existem apenas 9 profissionais de saúde mental por cem mil habitantes. A média de leitos psiquiátricos é de 16,4 por cem mil habitantes e a média de hospitalizações é de 99 por cem mil habitantes. Há uma clara correlação direta entre estes números e a renda nacional dos países. Os países com maior renda atingem 52,6 leitos por cem mil habitantes e nos de menor renda 1,9 leitos por cem mil habitantes. O mesmo aconte-

ce com as quantidades de internações. Elas são proporcionalmente maiores nos países com maior renda, atingindo uma média de 334 internações por cem mil habitantes, enquanto que nos países com menor renda fica restrita a 17 hospitalizações por cem mil habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O número de unidades não hospitalares, serviços comunitários, ambulatórios, consultórios, para o tratamento de saúde mental também é bastante variado, mas ainda limitado no mundo todo. A média mundial é de apenas 0,9 unidades por cem mil habitantes, sendo este valor de 2,08 nos países de alta renda e 0,07 por cem mil habitantes nos países de baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os indicadores de acesso ao tratamento também variam muito conforme a renda do país. Apenas 171 casos de psicoses são tratados por cem mil habitantes nos países de baixa renda e enquanto que nos países de alta renda este indicador é quase o dobro, 318 casos por cem mil habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Uma diferença significativa na desassistência, considerando que as prevalências de psicose são maiores nos países de menor renda.

Apesar da relevância do tema apenas 70% dos países têm programas de promoção e prevenção em saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Todos estes números indicam a importância do desenvolvimento e aprimoramento das políticas da saúde mental. São transtornos muito prevalentes, que produzem muita morbimortalidade, impactam no capital mental, na renda e nos indicadores sociais dos países. Assim sendo, necessitam de recursos financeiros, humanos e institucionais mais relevantes dos que estão sendo atualmente investidos.

Na média mundial existem apenas 9 profissionais de saúde mental por cem mil habitantes.

A saúde mental nas Américas

As Américas concentram 12% da população mundial em 23 países. Há uma grande discrepância entre a renda dos países da América do Norte e do Sul, sendo proporcionalmente maior no Norte do que no Sul.

Nas Américas, os transtornos mentais e por uso de substância são responsáveis por um terço (34%) do total de anos vividos em incapacidade (YLDs) e um quinto (19%) dos anos ajustados por incapacidade, significando uma grande carga global de doença (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018c). Apenas o transtorno depressivo contribui para 7,8% do total de DAILY's, e aproximadamente cem mil pessoas morrem por suicídio anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Apesar das disparidades regionais, o acesso ao tratamento ainda é extremamente limitado nas Américas. Mais de 82% das pessoas com transtornos por uso de substâncias não têm acesso a um tratamento (KOHN; ALI; PUAC-POLANCO; FIGUEROA *et al.*, 2018).

O gasto com tratamentos para saúde mental segue pequeno para a necessidade, sendo de apenas 2% dos gastos com saúde, correspondendo a 11 dólares americanos per capita, por ano. O número de profissionais de saúde mental também é baixo, sendo 11 para cada 100.000 habitantes, na média, e apenas, 1,6 profissional por cem mil habitantes nos países da América latina.

O número médio de leitos psiquiátricos nas Américas é de 20,8 por cem mil habitantes, sendo que a taxa de admissão anual é de 83,9 por cem mil habitantes (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Desde o chamado encontro de Caracas, os países latino-americanos se comprometeram em reduzir o número de leitos psiquiátricos. Contudo, este número que já era baixo, quando se iniciou o fechamento deles, foi ainda mais reduzido. Desta forma, hoje, na mediana dos países sul-americanos, existem 6,1 leitos por cem mil habitantes, um valor considerado insuficiente segundo os consensos internacionais e estudos que avaliaram o número ideal de leitos (SIEBENFÖRCHER; FRITZ; IRARRÁZAVAL; SALCEDO *et al.*, 2020).

Os dados citados destacam a importância do investimento no cuidado com a saúde mental no mundo e nas Américas. Os transtornos mentais são altamente prevalentes e produzem impactos significativos na esperança de vida, na incapacidade e nos indicadores econômicos das Américas. Apesar desta realidade, a atenção em saúde mental permanece negligenciada globalmente. A realidade nas Américas não é diferente daquela da global e soma-se a este cenário uma baixa cobertura de cuidados e de recursos financeiros e humanos para abordar este importante tema.

Foto: unsplash.com

Um breve diagnóstico da saúde mental no Brasil

O cenário da saúde mental no Brasil não era muito discrepante do encontrado na América latina. Apesar de termos um sistema de saúde universal, o SUS, o investimento em saúde mental mantinha-se proporcionalmente baixo considerando as prevalências dos transtornos mentais e seu impacto socioeconômico. Ademais, corroboram com esta semelhança com os países da América Latina, o paralelismo entre os indicadores saúde mental, a continuação ou piora de fatores de risco para a saúde mental e a baixa de priorização de recursos para este importante aspecto da saúde.

Diversos estudos apontam que o Brasil apresentava uma alta morbimortalidade por transtornos mentais. O Brasil foi o campeão mundial em depressão e transtornos de ansiedade, conforme apontou relatório da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). O transtorno depressivo teve uma prevalência de 5,8%, ou seja, 11,5 milhões de brasileiros são acometidos por um transtorno depressivo. Na mesma linha, 9,3%, aproximadamente 18,6 milhões de brasileiros apresentaram um transtorno de ansiedade, segundo a da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Somente estes dois por incapacidade de 10,3% e 8,3%, respectivamente (BONADIMAN; MALTA; DE AZEREDO PASSOS; NAGHAVI *et al.*, 2020; BONADIMAN; PASSOS; MOONEY; NAGHAVI *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Paralelamente a estas altas prevalências de transtorno mentais, observou-se um aumento de 62,3% na mortalidade por transtornos mentais entre 1996 e 2005 (CÂMARA, 2008). Parte deste aumento parece ser consequência do aumento do número de suicídios e do consumo de álcool e drogas. A taxa de suicídios brasileira cresceu de 4,6/100 mil habitantes em nos anos 90 para 12,5/100 mil habitantes na segunda década do século XXI (MCDONALD; MACHADO; CASTRO-DE-ARAUJO; KISS *et al.*, 2021).

O cenário não é muito diferente se aborda o consumo de álcool e outras drogas. Num país onde o consumo de álcool por adolescentes é proibido, 34% dos adolescentes de ambos os sexos disseram consumir álcool regularmente (PINSKY; SANCHES; ZALESKI; LARANJEIRA *et al.,* 2010). A prevalência de transtornos por uso de álcool é de mais de 12% na população geral, atingindo 20% entre os homens e 4% das mulheres (LARANJEIRA; PINSKY; SANCHES; ZALESKI *et al.*, 2010). Ademais o uso de álcool e cocaína estão fortemente associados à ideação suicida e às tentativas de suicídio no Brasil. O país era o segundo maior consumidor de cocaína do mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC), 2016).

A assistência em saúde mental, apesar de ter progredido muito depois da criação do SUS, ainda mostrava-se bastante limitada e impactava negativamente os indicadores sociais de saúde dos brasileiros. Dos quase 130 bilhões gastos apenas pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 2016, apenas 1,2 bilhão foi investido em saúde mental (PORTAL TRANSPARÊNCIA BRASIL), correspondendo a menos de um porcento de todo o investimento em saúde no Brasil. Considerando que os transtornos mentais, são altamente prevalentes, vê-se que há muito a ser feito em termos de priorização de recursos para a saúde mental.

Além do valor investido, o Brasil apresentava uma das menores taxa de leitos para internação de pacientes agudos do mundo ocidental, sendo aproximadamente 0,07 leitos/mil habitantes, enquanto a média de leitos dos países da OCDE é de 0,7 leitos/mil habitantes, logo dez vezes maior que a nacional (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018c).

As consequências da falta de investimentos na assistência eram múltiplas considerando o custo econômico, humano e social dos transtornos mentais. Dentre as mais graves estava o significativo aumento da população carcerária e da população em situação de rua. A prevalência de transtornos mentais tratáveis na população carcerária em São Paulo é de 63% e a gravidade destes transtornos tende a ser mais grave nesta população.

A prevalência de esquizofrenia na população geral no Brasil é de 0,8% na população carcerária brasileira 7% (ANDREOLI; DOS SANTOS; QUINTANA; RIBEIRO *et al.*, 2014) e na população em situação de rua de até 14% (GARCIA; SOUZA; BRITO; AFONSO *et al.*, 2014).

Os indicadores nacionais apontavam que ainda havia muito a se fazer pela saúde mental no Brasil. A melhoria da política, a disponibilização e ampliação de linhas orçamentárias, a utilização de diretrizes clínicas, a implementação de indicadores de tratamento e o acompanhamento das pessoas acometidas por transtornos mentais são fundamentais.

As Redes de Atenção à Saúde

Para se compreender a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é imprescindível compreender o que são as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

As RAS são uma estratégia de superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde do SUS. A criação das RAS visa assegurar ao usuário do Sistema todo o conjunto de ações e serviços que ele necessita com efetividade e eficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As RAS são compostas por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, considerando a obrigação de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e de eficiência econômica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As RAS abrangem uma rede de serviços plural, abarcando os diferentes graus de complexidade e que promovem assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

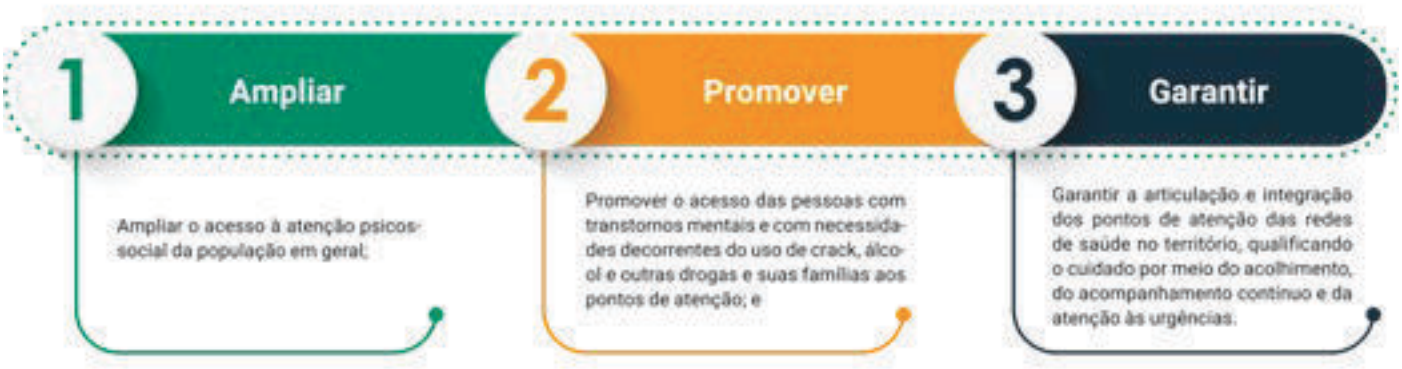
Ao todo, atualmente, são 14 redes instituídas pelo Ministério da Saúde. Dentre elas existem, por exemplo a Rede Cegonha, para gestantes e puérperas, a Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE), a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017d).

A Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS é uma das redes prioritárias para constituição das regiões de saúde nos estados e no Distrito Federal (BRASIL, 2011b).

A RAPS tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS tem como objetivos gerais:



Os serviços da RAPS são prestados nos chamados pontos de atenção e, na sua composição inicial, estavam divididos nos seguintes componentes:

1. Atenção básica de saúde composto pelas unidades básicas de saúde e as equipes de atenção básica para populações específicas, estas compreendendo a equipe de consultório na rua, a equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os centros de convivência).

2. Atenção psicossocial especializada: composto pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

3. Atenção de urgência e emergência: composta pelo SAMU 192, as salas de estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, e as unidades básicas de saúde.

4. Atenção hospitalar: composta pelas enfermarias em hospital geral e o serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

5. Estratégias de desinstitucionalização: composto pelos serviços residenciais terapêuticos.

6. Reabilitação psicossocial.

O balanço da RAPS anterior à "Nova Política Nacional de Saúde Mental"

Considerado o cenário dos indicadores de saúde mental e das críticas às limitações da antiga conformação da RAPS, surge um movimento social para uma mudança no cenário da abordagem da saúde mental no Brasil.

Durante o governo do presidente Michel Temer, o Ministro da Saúde Ricardo Barros nomeou Quirino Cordeiro para Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (Figura 1). Quirino ocupou o cargo entre 2017 e 2019 quando foi transferido para a recém-criada Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED no Ministério da Cidadania, onde ele passou a trabalhar na construção da "Nova Política Nacional sobre Drogas", conforme será descrito na segunda parte desta obra.

Figura 1: Quirino Cordeiro Júnior, Secretário Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED e ex-Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Cidadania (2017-2019).

Fonte: Assessoria de Comunicação da Assembleia Legislativa de Santa Catarina/Foto:Rodolfo Espinola.

No Ministério da Saúde a gestão de Quirino começou com a realização de um levantamento dos serviços e da produção da RAPS.

No ano de 2017, a RAPS era constituída por 2.462 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 1.191 CAPS I, 505 CAPS II, 100 CAPS III, 229 CAPS infantil, 324 CAPS ad, 106 CAPS ad III. Além dos CAPS compunham a rede 22 Unidades de Acolhimento infanto-juvenil (UAI); 35 Unidades de Acolhimento para adultos (UAA); e 1.163 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, e 104 Consultórios na Rua, que ficam sob responsabilidade da Atenção Básica. Também compunham a rede 489 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para moradia de pessoas em situação de vulnerabilidade que ficaram longo período internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c). A saúde mental contava com um orçamento anual de 1,3 bilhões de reais (BERALDO, 2017).

Figura 2: Número da Rede de Atenção em Saúde Mental em 2017.

Orçamento anual: 1,3 bilhões de reais		
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.462 unidades	1.191 CAPS I
		505 CAPS II
		100 CAPS III
		229 CAPS infantil
		324 CAPS AD
		106 CAPS III AD
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	489 unidades	
Unidades de Acolhimento infanto-juvenil (UAI)	22 unidades	
Unidades de Acolhimento para adultos (UAA)	35 unidades	
Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	1163 leitos	
Consultórios na Rua	104 serviços	

Fonte: Construído a partir de dados do Ministério da Saúde.

O levantamento feito pela pasta identificou diversas inconsistências em ações de saúde mental nos estados e municípios. Dentre elas, destacavam-se a má gestão dos recursos destinados às obras para construção de CAPS, a baixa taxa de ocupação de leitos de saúde mental em hospital geral, e a subnotificação nos registros de atendimentos e produção, conforme foi amplamente noticiado pela imprensa à época (BERALDO, 2017; CANCIAN, 2017; G1 ZONA DA MATA, 2017b; HERCULANO, 2017; SASSINE, 2017b).

Segundo o levantamento feito, o Ministério da Saúde, repassou a estados e municípios mais de 185 milhões de reais que não foram comprovadamente transformados em serviços (BERALDO, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c). Trinta e um milhões destinavam-se à criação e custeio de CAPS, Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas e leitos para internação de pacientes com transtornos mentais graves em hospital geral. Dezoito milhões já estavam sendo devolvidos por 78 obras não executadas.

Estes problemas sistêmicos foram encontrados em todas as regiões do país, conforme pode ser visto na Tabela 1. O Ministério da Saúde chegou a cancelar quase 200 obras, sendo que cada uma delas havia custado aos cofres públicos cerca de R$ 1 milhão, sem contar com o pagamento de benefícios a pessoas com transtornos mentais graves que já haviam falecido.

Tabela 1: Número de serviços que tiveram o repasse financeiro suspenso por falta de informações ao Ministério da Saúde por estado em razão da portaria 3.659, de 14 de novembro, de 2018.

UF	Quantidade
Acre	2
Amapá	0
Amazonas	8
Bahia	20
Ceará	16
Distrito Federal	6
Espírito Santo	0
Goiás	8
Maranhão	6
Mato Grosso	2
Mato Grosso do Sul	2
Minas Gerais	65
Pará	2
Paraíba	8
Paraná	26
Pernambuco	11
Piauí	3
Rio de Janeiro	53
Rio Grande do Norte	4
Rio Grande do Sul	25
Rondônia	0
Roraima	0
Santa Catarina	2
São Paulo	43
Sergipe	5
Tocantins	2
TOTAL	**319**

Fonte: Portaria número 3.659 de 14 de novembro de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018d) e (PINHEIRO, 2018).

Outro ponto destacado no levantamento foi que apesar da grande necessidade de leitos, a taxa de ocupação dos 1.167 leitos de psiquiatria em hospital geral era menor que 15% e que 491 (48,5%) dos leitos não tiveram nenhuma taxa de ocupação em 2016.

Estes indicadores mostravam-se pouco eficientes, considerando a alta prevalência dos transtornos mentais no Brasil. Vale ainda ressaltar, que o método de financiamento destes leitos para saúde mental previa o pagamento independentemente das taxas de ocupações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017i).

Também foram encontradas irregularidades no pagamento do benefício do Programa de Volta para Casa, concedido a pessoas que por mais de dois anos viveram em hospitais psiquiátricos. Na lista de beneficiários havia 243 pessoas falecidas depois de 2012, sugerindo a falta de controle efetivo pelo Ministério da Saúde (FORMENTI, 2017).

Segundo reportou o próprio Coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro, a um órgão jornalístico "Dentro de nove meses, me deparei com uma situação extremamente dramática, pois o recurso público estava se esvaindo. Só em Fortaleza, por exemplo, o Ministério da Saúde aportava recurso para financiar 10 serviços que não existiam. Em Salvador, fui visitar um CAPS III bancado pelo Ministério da Saúde e que não existia. Foi então que percebi que essa não era uma realidade pontual, mas algo que acontecia em vários municípios do país, a exemplo de São Paulo, Curitiba e tantos outros. A gente tinha uma situação de serviços cuja produção era ínfima. Os leitos para a saúde mental em hospital geral possuíam taxas de ocupação de menos de 15% e o Ministério da Saúde seguia aportando mais R$ 80 milhões para custear leitos que não serviam para nada. Nós publicamos uma Portaria que mostra que mais de 700 CAPS receberam dinheiro público para a criação desse serviço, mas não foi criado. Mais de 1 mil leitos, sendo quase 600 terapêuticos, quase 100 unidades de acolhimento, e esse pessoal que está aqui simplesmente não se manifestavam" (JUNIOR, 2021).

Outro problema identificado foi a falta de notificação da produção dos CAPS pelos gestores municipais e estaduais. O levantamento encontrou que apenas metade (53,2%) dos CAPS reportava todos os meses sua produção, que 15,6% dos CAPS não registraram atendimentos nos três meses que antecederam o levantamento e 284 (11,5%) CAPS não haviam reportado qualquer produção no ano de 2016 (BERALDO, 2017; CANCIAN, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c).

O Coordenador Quirino afirmou à época em

outra matéria jornalística, que “Diante de uma situação tão grave, qualquer gestor sério não poderia fechar os olhos para isso. Foi por conta dessa situação que o Ministério da Saúde, levou esse diagnóstico para a Comissão de Gestores Tripartite e montou um grupo de trabalho que acabou culminando com a publicação da Nova Política Nacional de Saúde Mental. Foi a necessidade premente de saúde mental para população brasileira” (JUNIOR, 2021).

Apesar da pasta ter notificado os municípios que não relatavam os seus atendimentos, e que receberam verbas, mas não executaram as obras e ações previstas (BERALDO, 2017), através da Portaria número 3.718 de 22 de novembro de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b), bem como pelo CONASS e pelo CONASEMS, através da Resolução CIT número 35 e 36 de 25 de janeiro de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018f; g), o Ministério da Saúde teve que suspender o repasse de 78 milhões de reais do Ministério da Saúde para 319 unidades de Caps, Serviços Tesidenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades de Acolhimento (UA) e leitos de saúde mental em Hospitais Gerais (PINHEIRO, 2018), conforme comunicado pela portaria número 3.659 de 14 de Novembro de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018d). Apesar da suspensão, no ano de 2019 foram empenhados 1,5 bilhões de reais para os outros serviços de saúde mental no Brasil, conforme informou a pasta à época (PINHEIRO, 2018). Isso mostra o compromisso da nova gestão do Ministério da Saúde com a execução efetiva de suas ações de cuidados aos pacientes com transtornos mentais no país.

Alguns destes processos de ressarcimento foram amplamente noticiados pela imprensa à época. Após denúncia, o município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, estornou mais de um milhão de reais ao Ministério da Saúde. O recurso empenhado não havia sido utilizado para a implantação dos Serviços de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas. A Secretaria de Saúde de Juiz de Fora alegou à época que os recursos seriam insuficientes para custear os serviços e que a Prefeitura não teria recursos para suplementar e manter os novos serviços e por isso preferiu não abri-los, conforme noticiou à época um jornal (G1 ZONA DA MATA, 2017a).

Outros municípios do Ceará devolveram mais de 5,5 milhões de reais em recursos destinados ao incentivo de custeio dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme noticiado à época por um jornal de grande circulação (REDAÇÃO, 2018a). Além destes dois exemplos, praticamente todos os estados foram notificados para reembolsar recursos ao Ministério da Saúde, conforme determinou a Portaria número 3.659, de 14 de novembro de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018d).

A solicitação de ressarcimento por parte do Ministério da Saúde aconteceu sem que houvesse a interrupção do financiamento e custeio dos serviços existentes, garantindo assim a continuidade da assistência à população.

O levantamento também apontou a existência de equipe mínima em apenas um quinto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), baixas taxas de matriciamento à atenção básica, a deficiência no atendimento às crises realizados pelos CAPS, e que diversos cursos custeados pelo Ministério da Saúde apresentavam baixíssimo conteúdo técnico-científico e alto teor de doutrinação político-ideológica.

O relatório ainda pontuava a falta de inclusão na RAPS dos Ambulatórios Psiquiátricos Especializados, a significativa escassez de leitos em hospitais psiquiátricos especializados para o atendimento de urgências psiquiátricas e pequena integração e participação de entidades de organizações civis ou sociedade civil como os Alcóolicos Anônimos, e as comunidades terapêuticas no cuidado das pessoas com transtornos por uso de substâncias e apoio a seus familiares. Todos estes serviços, que poderiam contribuir com a atenção da população tiveram seus financiamentos públicos cortados, ou eram simplesmente impedidos de ser utilizados, acentuando a desassistência de base comunitária em Saúde Mental no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c). Nos anos que antecederam a "Nova Política de Saúde Mental", o Ministério da Saúde fechou de maneira sistemática Hospitais Psiquiátricos Especializados, Ambulatórios de Saúde e Hospitais-Dia, agravando a desassistência tanto para internação como para tratamento de base comunitária.

Ainda no referido levantamento, a pasta encontrou anomalias nos Termos de Execução Descentralizada (TED) em projetos de prevenção e formação. No eixo prevenção haviam três programas de prevenção em curso: 1. Programa Elos para a educação fundamental; 2. O Programa #Tamojunto para o ensino fundamental II; 3. O programa Famílias Fortes, para adolescentes de 10 a 14 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c).

Estes programas, oriundos de trabalhos internacionais científicamente validados, com evidências internacionais de eficácia na prevenção do uso e abuso de substâncias (KREEFT; WIBORG; GALANTI; SILIQUINI *et al.*, 20009; VADRUCCI; VIGNA-TAGLIANTI; KREEFT, 2016), receberam 17,4 milhões para sua adaptação na perspectiva brasileira.

O Ministério da Saúde pagou uma instituição nacional para fazer a adaptação cultural e implantação do projeto piloto, contando com a eficácia para a rápida disseminação do modelo em todo o território nacional. Contudo, avaliação da versão adaptada para o Brasil, ulteriormente avaliada em trabalho em conjunto com a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD), a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) apontou que um dos programas financiados pelo Governo, na verdade, aumentava em 30% o consumo de álcool em adolescentes (SANCHEZ; VALENTE; GALVAO; GUBERT *et al.*, 2021; SANCHEZ; VALENTE; SANUDO; PEREIRA *et al.,* 2017). As autoras do estudo fizeram a hipótese que a forma com que o programa internacional foi adaptado para o a realidade brasileira não era adequada (SANCHEZ; VALENTE; SANUDO; PEREIRA *et al.,* 2017; SASSINE, 2017a).

Após o levantamento a Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas interrompeu os repasses financeiros para as instituições contratadas. Na sequência o programa foi revisto e colocado à disposição para uso.

Foto: unsplash.com

A demanda social e institucional para aperfeiçoamento e ampliação da RAPS

A partir do levantamento e identificação dos problemas detectados na assistência em saúde mental no país, a pedido do ministro Ricardo Barros, a Coordenação-geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, debateu estes e outros pontos da Política de Saúde Mental no Conselho Nacional de Saúde (CNS), nas 294ª e 297ª Reuniões Ordinárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a; b), que ocorreram nos dias 08 de junho de 2017 e 14 de setembro de 2017, respectivamente.

O debate também foi levado à 8ª Reunião Ordinária de 2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS), que aconteceu no dia 31 de agosto de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017h). Considerando a existência de solicitações de financiamento para novos CAPS, Residências Terapêuticas e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais por parte de Estados e Municípios, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas solicitou aos presidentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) orientações sobre como proceder, considerando que estes novos serviços teriam um custo financeiro de mais de 43 milhões de reais ao ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017h).

Conforme aponta a ata da reunião da CIT, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde afirmou que para a construção de qualquer política deve ser analisada a produção para o adequado financiamento dos serviços. Assim, o Ministério da Saúde apresentou aos presidentes do CONASS e CONASEMS a situação para que fosse discutida a forma apropriada de financiamento federal de novos serviços da RAPS, diante de todas as inconsistências identificadas.

O presidente do CONASEMS destacou a importância de a saúde mental ser discutida no âmbito tripartite e destacou sua discordância que os serviços fossem financiados sem apresentar a execução. O referido Conselho pediu análise dos dados de forma mais aprofundada para discussão ulterior e indicou a necessidade da assinatura de um termo de ajustamento de conduta (TAC) pelos municípios identificados em situação de irregularidade.

O CONASS parabenizou pelas mudanças na gestão da saúde mental e propôs a discussão sobre a introdução dos hospitais especializados em psiquiatria na rede.

Como encaminhamento a CIT solicitou a revisão da Política de Saúde Mental, a partir da criação de um Grupo Trabalho (GT) de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017h) instituído pela Comissão.

Numa notícia publicada no CanalSaúde da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), o secretário de Atenção à Saúde, Francisco Figueiredo do Ministério da Saúde afirmou à época: "Todos esses problemas apontados podem ser resultado de subnotificação ou de serviços inexistentes. Com a criação do grupo de trabalho, o Ministério da Saúde quer de forma tripartite, com apoio das secretarias municipais e estaduais de Saúde, buscar a melhor forma de monitorar, fortalecer e qualificar o atendimento à população, que busca os serviços relacionados à saúde mental" (BERALDO, 2017).

O GT debateu amplamente durante mais de cinco meses a definição de estratégias com vistas ao aprimoramento da execução da Política Nacional de Saúde Mental. As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades de pacientes e seus familiares, de profissionais da saúde, científicas e universidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país (VALADARES, 2017).

Ao final dos trabalhos o GT minutou o texto de uma resolução que foi discutida e aprovada pela plenária da CIT, que trouxe como objetivo a

construção da “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017g). Os debates resultaram na aprovação pela CIT da Resolução número 32 de 14 de dezembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017g).

Figura 3: Alguns dos representantes das entidades da sociedade civil que apoiaram a criação da “Nova Política de Nacional de Saúde Mental.

Fonte: Assessoria de Comunicação / Conselho Federal de Medicina.

A implementação da Resolução se deu com o lançamento da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, no dia 21 de dezembro de 2017, com a publicação da Portaria número 3.588/2017 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017f) (Figura 4).

Além das mudanças regulatórias, o Ministério da Saúde adicionou mais de R$ 320 milhões por ano ao orçamento para a RAPS, totalizando R$ 1,6 bilhão de investimento na Saúde Mental naquele ano. Naquele ano de 2017, 489 serviços e leitos de saúde mental passam a receber cus-

teio federal. Ao todo, passaram a ser financiados pelo Governo Federal 83 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 92 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 140 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais e 3 Unidades de Acolhimento (UA). Também foram liberados recursos para 27 obras de CAPS e UA. Além disso, após cerca de uma década sem reajuste, houve aumento no valor das diárias dos Hospitais Psiquiátricos Especializados, no montante de 65%. O objetivo desse reajuste foi melhorar a qualidade do tratamento nesse Hospitais, com o objetivo de ofertar tratamento e cuidado de qualidade e humanizado aos pacientes, de acordo com as suas reais necessidades clínicos, nos diferentes tipos de serviços de saúde mental.

Na "Nova Política Nacional de Saúde Mental", a RAPS foi ampliada e passou a contar com os CAPS IV Álcool e Drogas (AD), uma nova modalidade de CAPS, com as Unidades Ambulatoriais Especializadas, Hospitais-Dia, com os leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados, sem perda de nenhum tipo de serviço existente. Os novos serviços da RAPS passaram a assegurar a assistência das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares.

Como explicou o Ministro Ricardo Barros a Agência Saúde no lançamento "Estamos anunciando uma adequação da política de saúde mental, pactuada na comissão tripartite, ouvindo toda a sociedade. Foram meses de debate para chegar a esses avanços muito importantes na ampliação de residências terapêuticas, a desinstitucionalização desses pacientes. Vamos cuidar para que o atendimento seja cada vez mais humanizado e efetivo para as pessoas que têm necessidade do atendimento", disse o ministro Ricardo Barros (AGÊNCIA SAÚDE, 2017).

Figura 4: Na apresentação da "Nova Política Nacional de Saúde Mental" o Coordenador Geral Quirino Cordeiro, o Ministro da Saúde Ricardo Barros, o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Antônio Geraldo e Deisy Porto.

Fonte: Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde.

Figura 5: Imagens da cerimônia de lançamento da Nova Política Nacional de Saúde Mental em 21 de dezembro de 2017. Na imagem central se vê ao centro o Ministro Ricardo Barros, o Secretário de Atenção à Saúde, Francisco de Assis Figueiredo, a direita o Presidente da Associação Psiquiátrica Brasileira, o Dr. Antônio Geraldo da Silva, o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, a esquerda a Dra. Sandra Peu representando as associações estaduais de psiquiatria e saúde mental e a Sra. Mirian Gorender representando as entidades representativas de pacientes e familiares. Na parte inferior a direita a coletiva de imprensa que acompanhou o lançamento da "Nova Política Nacional de Saúde Mental", na parte inferior a esquerda a apresentação das medidas incluídas na RAPS incluídas pela portaria, pelo Dr. Quirino Cordeiro Júnior.

Fonte: Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde.

O objetivo da "Nova Política Nacional de Saúde Mental" foi tornar a RAPS mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada e sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01, conforme explicitou a Nota Técnica publicada após o lançamento da Portaria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Após o lançamento da “Nova Política Nacional de Saúde Mental” foi criada em 27 de novembro de 2018 a “Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica”, composta por 203 deputados e 4 senadores.

A Frente Parlamentar foi presidida pelo deputado federal Roberto de Lucena e teve o deputado Ricardo Barros, ex-Ministro da Saúde como seu vice-presidente. Entre os objetivos da Frente consta a promoção de amplos debates, diálogos e conscientização sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas por um transtorno mental.

À época o deputado Roberto Barros destacou que “a saúde mental será a necessidade de maior demanda da sociedade brasileira nos próximos anos.” Ele também destacou o fortalecimento da rede de atenção ampla, com a integração de ambulatórios e leitos hospitalares psiquiátricos como o resultado de um amplo debate entre municípios, estados e o Ministério da Saúde (AGÊNCIA CAMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

Na fala do Coordenador Geral de Saúde Mental o Quirino Cordeiro, na mesma ocasião “Foi isso que motivou [a “nova política de saúde mental”, não foi questão ideológica, não foi blá, blá, blá, não foi conversa fiada. O que a gente faz a partir de agora é ter uma política séria baseada em gestão dos recursos públicos com respeito e probidade com o gasto público, coisa que nunca aconteceu até então. E agora que a gente está aqui na casa do povo, eu acho que vale a pena essa Frente Parlamentar jogar luz para tudo isso que aconteceu no passado, agora eu acho que vale a pena a gente fazer isso, a gente saber onde é que está o dinheiro da saúde mental no país.” (REDAÇÃO, 2018b).

Figura 6: Lançamento da Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental. Na foto o Deputado Ricardo Barros, Quirino Cordeiro (Coordenador Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas), o Deputado Roberto Lucena, presidente da Frente, Juliano Almeida (Direto do Departamento de Psiquiatria da FBH), Luiz Aramicy Pinto (presidente da FBH) e demais membros da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Psiquiátrica.

Fonte: Agência Câmara de Notícias.

A "Nova Política Nacional de Saúde Mental" veio para enfrentar desafios e problemas já conhecidos da RAPS. O objetivo foi fazer com que pacientes acometidos por transtornos mentais, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, garantindo de forma equitável às suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável. As discussões feitas pelas instituições supracitadas deixaram claro o cenário epidemiológico preocupante, bem como as insuficiências gerenciais e de assistência existentes na saúde naquele mento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Mudanças, marcos regulatórios e implementação da "Nova Política Nacional de Saúde Mental".

A Resolução CIT número 32, de 14 de dezembro de 2017, pactuou com os entes federativos os princípios que pavimentaram a "Nova Política Nacional de Saúde Mental"(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017g). De forma resumida esta Resolução proveu diretrizes para o fortalecimento da RAPS:

1

Incluindo novos componentes na RAPS, notadamente os CAPS IV AD, os hospitais-dia, os ambulatórios especializados em psiquiatria e os hospitais psiquiátricos especializados.

2

Garantindo a continuidade do financiamento dos serviços da RAPS assim como as obras devidamente aprovadas.

3

Pactuando diretrizes clínicas para cuidados na RAPS.

4

Pactuando critérios de acompanhamento e monitoramento da RAPS.

5

Reafirmando o modelo de base comunitária.

6

Aprovando a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional ambulatorial, no nível secundário.

7

Fortalecendo e apoiando técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em Hospitais psiquiátricos.

8

Ampliando a oferta de leitos especializados, estimulando a qualificação e expansão das enfermarias em Hospitais Gerais, reestruturando a equipe multiprofissional mínima exigida para estas enfermarias, monitorando a taxa de ocupação destes leitos, reajustando os valores das diárias de internação.

9

Financiando pesquisa.

10

Fortalecendo as parcerias com comunidades terapêuticas.

11 Promovendo ações de atenção à prevenção do suicídio.

Após a publicação da Resolução 32/2017, seguiu a efetiva regulamentação de como a "Nova Política Nacional de Saúde Mental" deveria ser implementada na RAPS. Foi com a publicação da Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que se modificaram as Portarias de Consolidação das Redes de Atenção à Saúde números 3 e 6, de 28 de setembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017d; e; f).

Na Portaria de consolidação número 3 são descritas de forma pormenorizada a organização das RASs e por consequência da RAPS, as modalidades de serviços prestados por cada ponto de atenção, as estratégias de controle e monitoramento, supervisão e apoio técnico aos serviços, a matriz diagnóstica da rede, as tabelas de repasse financeiro. Na portaria número 6 são descritas as normas de financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e serviços do SUS.

Resumidamente, o que a Portaria 3.588/2017 descreveu pormenorizadamente foi o CAPS IV AD, a composição das equipes técnicas multiprofissionais dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). Nela também se afinou a descrição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), incluiu os procedimentos de tratamento psiquiátrico de curta permanência por dia e em hospitais psiquiátricos especializados, reajustou a tabela de valores de suas diárias de internação e estabeleceu seus critérios, fez o mesmo procedimento para as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Desta forma, tendo diretrizes de funcionamento para o CAPS IV AD, a Portaria número 544, de 7 de maio de 2018, definiu as diretrizes para que os municípios pudessem realizar o cadastro dos novos CAPS IV AD, incluindo os códigos do novo tipo de estabelecimento no CNES e apresentou as instruções para a inserção dele no sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018e). Esta Portaria viabilizou a contabilização e o monitoramento dos novos CAPS IV AD. Na sequência, a Portaria 2.434, de 15 de agosto de 2018, modificou novamente a Portaria de Consolidação das

Redes de Atenção à Saúde números 6, de 28 de setembro de 2017, reajustando o valor das diárias de internação nos Hospitais Psiquiátricos, naquele momento abarcando os pacientes internados há mais tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018c).

Ainda no trabalho de viabilização do preconizado na Resolução 32/2017 da CIT, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, publicou a Nota Técnica 103, de 2 de outubro de 2018. Nela se esclarece que o Incentivo Financeiro 100% SUS, um incentivo dado a unidades ambulatoriais e hospitalares que atendem somente pacientes do SUS, também poderia ser pago aos Hospitais Psiquiátricos Especializados, vistos que na "Nova Política Nacional de Saúde Mental", eles passaram a constar como serviços da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a). Esta Nota Técnica revogou assim a Nota Técnica número 47/2012 CGMAD da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde publicou no ano de 2022 outro documento relevante para a compreensão da "Nova Política Nacional de Saúde Mental", o Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a). Nele foram descritas de forma didática e acessível aos gestores todos os detalhes da nova RAPS e dos arcabouços legais, fluxos e outros detalhes.

De maneira geral, o comparativo, ponto a ponto das mudanças promovidas na RAPS pela Nova Política de Saúde Mental pode ser vista na Tabela 2.

Tabela 2: Comparativo dos principais pontos da RAPS das políticas anteriores e a Nova Política Nacional de Saúde Mental.

PONTO	RAPS ANTIGA	RAPS NA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
Princípios	Previstos na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 e outras resoluções específicas	Mantidos e assegurada a continuidade das previsões principiológicas de promoção de direitos e oferta de cuidado efetivo. Porém, há mudança substancial no entendimento dos princípios dos pontos de atenção da RAPS. Os serviços da RAPS deixam de ser substitutivos, passando a ser complementares. Assim, nenhum serviço deve ser extinto sob a justificativa que será substituído por outro. Todos os serviços devem ser ampliados e qualificados para os pacientes recebam cuidado e tratamento de acordo com as suas reais necessidades clínicas.
Pontos de atenção	1. Atenção Básica;	1. Atenção Básica;
	2. Consultório na Rua;	2. Consultório na Rua;
	3. Centros de Convivência;	3. Centros de Convivência;
	4.Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil);	**4.Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil);**
	5.Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);	5.Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II;
	6.Enfermaria especializada em Hospital Geral;	**6.Hospital Dia;**
	7.Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;	**7. Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais;**
		8.Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades, incluído o **CAPS AD IV**;
	8.Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades.	9. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;
		10.Hospitais Psiquiátricos Especializados.
Tipos de CAPS	CAPS I: para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Municípios com mais de 20 mil habitantes.	Manteve todos os tipos anteriores. Incluiu o CAPS IV Álcool e drogas para pessoas com casos graves e intenso de sofrimento decorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas. Localiza-se nas cenas de uso de drogas em municípios com mais de meio milhão de habitantes. Funciona 24 horas e oferta assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação
	CAPS II: para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Municípios com mais de 70 mil habitantes.	
	CAPS III: para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Provê atendimento 24 horas, ofertando acolhimento noturno. Municípios com mais de 200 mil habitantes.	

	CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;	
	CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.	
	CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	
Cuidado ambulatorial	Deixou de financiar o cuidado ambulatorial levando ao fechamento deles e produzindo desassistência dos casos que não podem ser atendidos pela atenção básica, nem demandam cuidados de reabilitação nos CAPS	Passou a financiar equipes multidisciplinares em ambulatórios especializados sanando a lacuna existente entre os cuidados passiveis de serem prestados entre a atenção básica e a reabilitação nos CAPS
Leitos hospitalares	Incentivou o fechamento de leitos em hospitais especializados e não conseguiu assegurar o mínimo de 0,45 leitos por 1.000 habitantes em Hospitais Gerais.	Assegurou que hospitais psiquiátricos não são locais de moradia e assegurou a política de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais moradoras de hospitais psiquiátricos. Qualificou e introduziu leitos em Enfermarias Especializadas dentro de Hospitais Gerais e Unidades Psiquiátricas Especializadas, buscando assegurar o valor mínimo de leitos psiquiátricos para a população.
Saúde indígena	Não abrangia.	Aumentou o financiamento de CAPS que atendam a população indígena, reduzindo as barreiras de acesso ao cuidado de cidadãos indígenas com transtornos mentais.
Eletroconvulsoterapia	Não permitia e descreditava os locais que proviam este tipo de cuidados à população.	Inseriu o procedimento no sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Ministério da Saúde, permitindo o financiamento e aquisição deste equipamento para o tratamento de pacientes com indicação.

Fonte: Adaptado pelo autor.

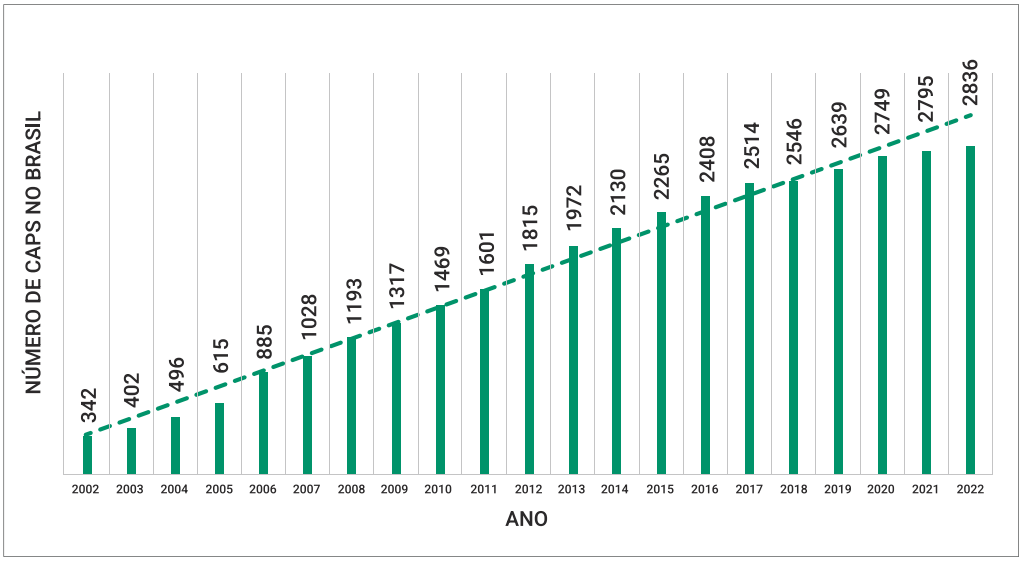
Foto: unsplash.com

Legado da "Nova Política Nacional de Saúde Mental"

Como se pode acompanhar nas sessões anteriores desta obra, a "Nova Política Nacional de Saúde Mental" teve como principal objetivo expandir a RAPS e ampliar a sua capilaridade, incluindo novos equipamentos, tais como as equipes multidisciplinares em Ambulatórios Especializados, o CAPS IV AD, os leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados. Além disto facilitou a atuação de entidades filantrópicas altamente capilarizadas como os Grupos de Mútua-Ajuda e as Comunidades Terapêuticas.

Toda esta ampliação contou com a ampliação do financiamento e do funcionamento da rede preexistente, conforme pode ser aferido na documentação do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a). O Ministério da Saúde empenhou mais de 1,8 bilhões em 2022 para a saúde mental, uma diferença de quase 0,6 bilhões em relação a 2016 (PORTAL TRANSPARÊNCIA BRASIL). Entre 2016 e 2022, a RAPS teve um incremento de 18% dos números de CAPS, saindo de 2.408 para 2.836 CAPS (Figura 7). Apenas em 2022, foram investidos mais de 1,2 bilhões de reais nos CAPS do Brasil.

Figura 7: Série Histórica da expansão dos Centro de Atenção Psicossocial no Brasil. A notar um aumento de 18% do número de CAPS entre 2016 e 2022.



Fonte: Adaptado de Secretaria de Atenção da Saúde – SAPS – Ministério da Saúde (2022) Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/ (acessado em 21/Nov/2022).

Também houve um significativo aumento no número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), no período de 2016 a 2022. O número de SRTs II saltou de 264, em 2016, para 507 em 2022, ou seja, um incremento de 92%. O número de SRTs I saltou de 248, em 2016, para 306 em 2022, ou seja, um incremento de 23%. Estes serviços recebiam aproximadamente 72 milhões de reais, em 2016 e passaram a receber uma verba de aproximadamente 131 milhões em 2022, ou seja, um incremento de 82 % no período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

As Unidades de Acolhimento de adultos saltaram de 32 em 2016 para 45 em 2022, um incremento de 51%, e as infanto-juvenis, saltaram de 20 em 2016, para 25 em 2022, um incremento de 25%. Estas unidades receberam 22,5 milhões de reais de custeio federal em 2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Foram credenciadas 224 equipes multiprofissionais especializadas em Saúde Mental para atendimento ambulatorial, sendo 84 modalidade I, 70 modalidade II e 70 na modalidade III, após a implantação da Nova Política Nacional de Saúde Mental.

Houve um aumento de quase 60% no número de leitos de saúde mental em Enfermarias Especializadas de Hospital Geral, saindo de1.226 leitos

em 2016, para 1.952 leitos em 2022, com um custeio federal anual de mais de 130 milhões de reais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Dando continuidade e melhorando os programas de desinstitucionalização, o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei número 10.708, de 31 de julho de 2003, destinado às pessoas acometidas por transtornos mentais, com longa internação psiquiátrica em Hospitais Psiquiátricos Especializados ou de Custódia, fornece um auxílio mensal aos seus beneficiários. O valor do auxílio foi reajustado de 412 reais para quinhentos reais em 2021, conforme determinado pela Portaria número 1.108 de 31 de maio de 2021, do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b). Apenas este Programa recebeu, em 2022, mais de 12,5 milhões de reais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Estes dados comprovam que houve uma significativa ampliação do investimento na RAPS, desde a implementação da "Nova Política Nacional de Saúde Mental". Este investimento foi feito assegurando a manutenção do custeio do funcionamento dos equipamentos já existentes na RAPS. Não houve desinvestimento, fechamento ou interrupção dos serviços para a população.

O que os números apresentados pelo Ministério da Saúde comprovam é que tanto o investimento total, como o número de equipamentos foram ampliados depois da implantação da "Nova Política Nacional de Saúde Mental", melhorando o acesso e a assistência em saúde mental para a população.

Capítulo 3

Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio

Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo e um grave problema de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo mais de 800 mil pessoas morram por suicídio anualmente, isso corresponde a uma morte por suicídio a cada 40 segundos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O suicídio é a 18ª causa de morte e a segunda entre jovens entre 15 e 29 anos. No mundo o suicídio acomete 3,5 mais homens do que mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). O número de tentativas de suicídio é de 10 a 20 vezes maior do que as mortes por suicídio (LEAHY; LARKIN; LEAHY; MCAULIFFE *et al.*, 2020). Mais de 90% das pessoas que morrem por suicídio tem um transtorno mental tratável (BEAUTRAIS; JOYCE; MULDER; FERGUSSON *et al.*, 1996; ISOMETSA; HENRIKSSON; MARTTUNEN; HEIKKINEN *et al.*, 1995). Destes os transtornos afetivos são os mais comuns, seguidos pelos transtornos por uso de álcool e drogas e a esquizofrenia (BRADVIK, 2018).

A falta de registro compulsório de mortes por suicídio é um fenômeno bastante reconhecido e que certamente minimiza o real cenário epidemiológico deste grave problema de saúde pública (OQUENDO; VOLKOW, 2018).

Os gastos em saúde após uma tentativa de suicídio é muito significativo. Cada tentativa pode resultar em politraumatismos, intoxicações, queimaduras ou outra lesões importantes, que demandam muitos dias em centros de cuidados intensivos e longa recuperação funcional.

Ademais, além das mortes e tentativas de suicídio, há uma proporção ainda maior de pessoas que têm ideação suicida (OQUENDO; VOLKOW, 2018). Por fim, estima-se que para cada suicídio hesitoso, ao menos seis pessoas próximas são atingidas pelo ato fatal (BOTEGA, 20114).

No plano de ação para saúde mental 2013-2020 da OMS os países membros pactuaram trabalhar para reduzir as taxas de suicídio em ao menos 10% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Na sequência a OMS, publicou o documento "Prevenção do suicídio: um imperativo global" em que aponta a importância de cada país membro desenvolver e reforçar políticas e estratégias de prevenção do suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Vários estudos ecológicos e descritivos apontam a existência de uma correlação entre proporção de leitos psiquiátricos especializados e o número de suicídios. Num estudo de Bastiampillai e colaboradores foi estabelecida uma correlação direta entre o número de suicídios de 1998 a 2014 nos Estados Unidos e a redução de leitos psiquiátricos e de serviços de urgência psiquiátrica. Os autores deste estudo concluem que as estratégias nacionais de prevenção de suicídio devem incluir um número mínimo de leitos psiquiátricos especializados e fácil acesso a serviços psiquiátricos de urgência para acolhimento, proteção e estabilização dos pacientes (BASTIAMPILLAI; SHARFSTEIN; ALLISON, 2016).

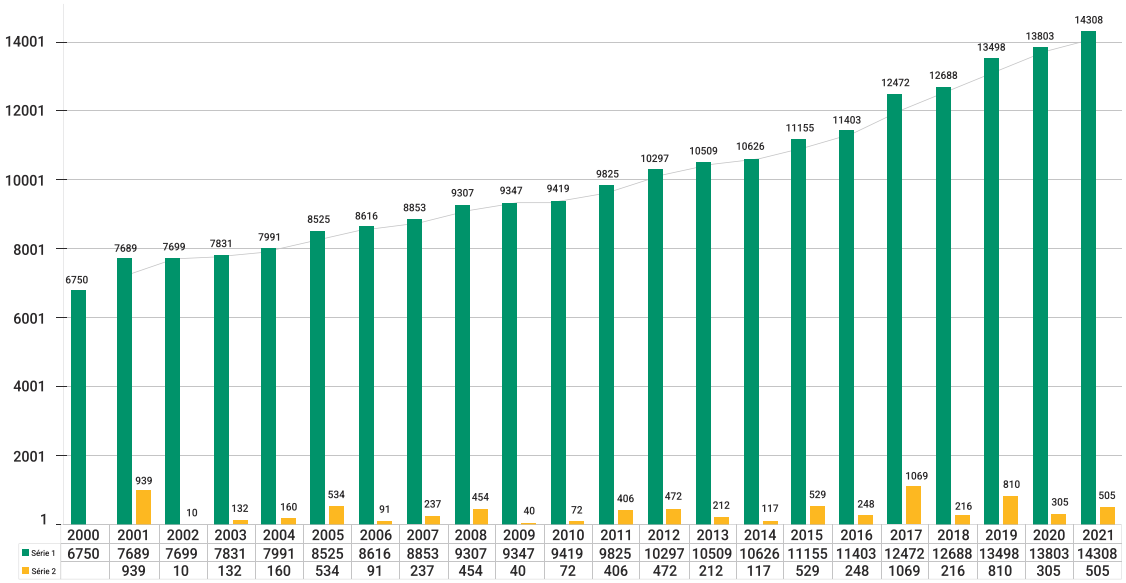
O estudo de Atkinson e colaboradores estipulou o impacto da redução de leitos psiquiátricos nas taxas de suicídio na Austrália utilizando um modelo computacional, que considerou o acesso a serviços comunitários. O estudo conclui que é necessário um número mínimo de leitos mesmo com o aumento da disponibilidade dos serviços de base comunitária (ATKINSON; PAGE; SKINNER; HEFFERNAN *et al.*, 2019).

O suicídio no Brasil

No Brasil a taxa de suicídio vem crescendo de forma muito significativa, sendo que o número de mortos por suicídio dobrou entre o ano 2000 e 2021 (Figura 7). A taxa de suicídios brasileira cresceu de 4,6/100 mil habitantes em 2000 para 6,9 em 2019. Alguns autores sugerem o valor de 12,5/100 mil habitantes considerando a subnotificação ainda existente (MCDONALD; MACHADO; CASTRO-DE-ARAUJO; KISS *et al.*, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021c).

Estima-se que atualmente, cerca de14 mil pessoas morram por suicídio no Brasil anualmente, perfazendo 38 mortes por suicídio por dia. As taxas de suicídio estavam crescendo no Brasil, diferente do que ocorre em outros países que investiram em serviços de saúde mental e estratégias de prevenção. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b; c).

Figura 8: Número de suicídios (cinza), aumento anual de casos (amarelo) e média móvel (linha) no Brasil entre os anos de 2000 e 2021.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Série 1	6750	7689	7699	7831	7991	8525	8616	8853	9307	9347	9419	9825	10297	10509	10626	11155	11403	12472	12688	13498	13803	14308
Série 2		939	10	132	160	534	91	237	454	40	72	406	472	212	117	529	248	1069	216	810	305	505

Fonte: Adaptado de dados de óbitos por causas externas, lesões autoprovocadas, do Datasus (http://tabnet.datasus.gov.br/)

No Brasil, as estratégias estatais de prevenção do suicídio ainda se mostravam incipientes e começaram a ser desenvolvidas apenas nos últimos anos. O Ministério da Saúde lançou manuais seguindo os direcionamentos da OMS para profissionais de saúde mental e da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). O Ministério da Saúde também publicou a portaria 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituindo as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio a serem implantadas na federação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). A portaria ordena a instituição de um grupo de trabalho para propor a regulamentação específica considerando o proposto pela própria portaria.

No início de 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, tendo à frente o Dr. Quirino Cordeiro, publicou parceria do órgão com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Por meio dessa parceria, o CVV passou a utilizar o número tridígitos 188. Por meio desse número, as pessoas passaram a acessar de maneira gratuita o serviço prestado pelo CVV, o que contribuiu para aumento significativo de chamadas telefônicas para o Centro.

Em setembro de 2017, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, também por iniciativa do Dr. Quirino Cordeiro, lançou a primeira ação consistente no Governo Federal para a prevenção do suicídio. Foi publicada a "Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil", que tinha como objetivo vai qualificar a assistência na área do suicídio e a melhorar sua notificação. Além da publicação da Agenda, outras ações também passaram a ser realizadas: ampliação do Acordo de Cooperação Técnica com o Centro de Valorização da Vida (CVV); publicação de materiais didáticos e informativos direcionados aos profissionais de saúde, população e jornalistas; realização de discussão permanente de Grupo de Trabalho envolvendo as Secretarias de Vigilância, de Atenção à Saúde e de Saúde Indígena.

A "Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil" foi composta por três eixos, a

saber: Eixo I: Vigilância e Qualificação da Informação; Eixo II: Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde; Eixo III: Gestão e Cuidado. Naquele momento, pela primeira vez no Brasil, foi publicado o “Boletim Epidemiológico sobre Suicídio”, que passou a orientar as ações do Ministério da Saúde e toda a sociedade brasileira em suas ações. Tal Boletim, a partir de então, passou a ser publicado anualmente.

Ainda como parte das ações naquele período, o Ministério da Saúde repassou 500 mil reais ao Centro de Valorização da Vida (CVV) para estruturação de sua equipe técnica. Foi feito um investimento de 1,4 milhões de reais pelo Ministério da Saúde para a realização de ações de prevenção ao suicídio nos seis Estados do país com maiores de índices de tais ocorrências, a saber, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima e Piauí. Esse recurso financiou atividades de trabalho junto aos territórios, levando-se em consideração as especificidades locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018c).

A demanda da sociedade civil

Na falta de uma política de prevenção ao suicídio, especifica e bem estruturada, a sociedade civil passou a ser organizar tanto para prestar serviços de atenção a pessoas com ideação suicida, quanto para divulgar o tema e pressionar pela estruturação de uma política.

De um lado o Centro de Valorização da Vida (CVV), instalado em 1962, enquanto associação civil sem fins lucrativos, passou a prestar serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção ao suicídio. Segundo o site, o CVV realiza mais de três milhões de atendimentos anualmente e conta com quatro mil voluntários, em 24 estados mais o Distrito Federal (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2022).

De outro, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) também exerce um papel de *advocacy* [1] no tema através da campanha Setembro Amarelo®. A campanha inicialmente promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), instituiu o dia 10 de setembro como o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. A OMS busca com a campanha criar a consciência sobre a prevenção do suicídio, desenvolver capacidades dos serviços de atenção médica e outros atores relevantes, a difusão de mensagens positivos e informativos, dirigidos à população e aos grupos de risco, facilitando o debate sobre saúde mental (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2022).

No ano de 2013, a ABP deu notoriedade a campanha e iniciou sua divulgação. Através de parceria com o Conselho Federal de Medicina e outras entidades a campanha tomou uma grande proporção e tem ações em todos os estados do país. A campanha mobiliza hoje instituições, empresas, jornais e mídia e ajudou a produzir um movimento nacional de busca por uma política dirigida à prevenção do suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2022).

1 Advocacy é uma prática desenvolvida por uma pessoa, grupo ou organização de fazer pressão no interior do sistema político com a finalidade de influenciar na formulação de políticas.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio dentro da Nova Política Nacional de Saúde Mental

Além das medidas descritas no capítulo anterior, uma das ações para fortalecer "Nova Política Nacional de Saúde Mental" foi a criação da "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio". Conforme mostra a justificativa do projeto de lei 37/2017, o objetivo das medidas desta política é facilitar a abordagem dos pacientes com transtornos mentais, buscando a prevenção do suicídio (TERRA, 2018).

Esta política estruturou-se a partir das demandas sociais e da possibilidade do Ministério da Saúde, a partir da sua Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, de estruturar ações específicas no tema.

Assim foi publicada a Lei número 13.819, de 26 de Abril de 2019, que instituiu a "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio" (BRASIL, 2019d). a Lei estabeleceu como objetivos desta Política pública:

1. Promover a saúde mental;
2. Prevenir a violência autoprovocada;
3. Controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
4. Garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

5. Abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;

6. Informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

7. Promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;

8. Promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

9. Promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

A lei ainda estabelece a manutenção de um serviço telefônico para o atendimento gratuito de pessoas acometidas por transtornos mentais e em sofrimento psíquico. Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias e estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar. Para os efeitos dessa lei, entende-se por violência autoprovocada: o suicídio consumado; a tentativa de suicídio; o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.

Além disso, a lei também abarca união, estados e municípios como responsáveis pelas ações de prevenção do suicídio.

Figura 9: O Deputado Osmar Terra no dia da aprovação da lei "Osmar Terra", 13819/2019, que instaura a Política Nacional de Prevenção à Automutilação e Suicídio.

Fonte: Assessoria de comunicação do Conselho Federal de Medicina.

O secretário nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, Quirino Cordeiro, à época explicou "Estamos conscientizando a sociedade e os profissionais em relação ao tema. Além disso, queremos melhorar o tratamento das pessoas que apresentam dependência química e facilitar o acesso gratuito dessas pessoas. Dessa forma, os hospitais psiquiátricos passaram a ter uma grande importância por fazerem parte da rede de assistência àquelas pessoas que desejam deixar às drogas", conforme uma notícia jornalística (GOMES, A. L., 2019c).

Na sequência foi editado o Decreto número 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, que instituiu o "Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio", e passou a regulamenta a "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio", estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2020).

O decreto atribui ao Comitê Gestor as seguintes competências:

1. Articular, planejar e propor estratégias de implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio com fundamento na cooperação e na colaboração entre órgãos e en-

tidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal e organizações da sociedade civil;

2. Monitorar a implementação e a execução da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;

3. Propor ações de prevenção sobre a situação epidemiológica da automutilação e do suicídio;

4. Contribuir para o aprimoramento da informação e do conhecimento do fenômeno da automutilação, da tentativa e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados;

5. Propor e disseminar, de forma integrada, campanhas de comunicação social para prevenção da automutilação e do suicídio em suas diferentes dimensões;

6. Elaborar o seu regimento interno.

O decreto normatizou a composição do Comitê Gestor incluindo além de membros do executivo, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Assistência Social, o Conselho Nacional de Secretários de Educação e a União Nacional dos dirigentes Municipais de Educação. Por fim o decreto atribuiu as competências dos diferentes ministérios na política e regulamentou também a Notificação Compulsória de Violência Autoprovocada.

Na sequência foi feita a indicação dos nomes dos membros que o compõem o Comitê Gestor da "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio", com a portaria número 2.403, de 9 de setembro de 2020 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a). Compuseram o Comitê a Sra. Mayra Isabel Correia Pinheiro, do Ministério da Saúde, a Sra. Vanessa Cristine da Silva Matos, do Ministério da Educação, o sr. Quirino Cordeiro Júnior, do Ministério da Cidadania, e o sr. Da-

niel Celestino de Freitas Pereira, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, como titulares das respectivas pastas.

À época, Antônio Geraldo, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) destacou a importância da designação do Comitê Gestor como o resultado de luta e esforços direcionados à prevenção ao suicídio. "São anos de lutas, buscas e muitas ações para chegarmos aonde conseguimos hoje, obter o que realmente fará a diferença. Em 2019, conseguimos aprovar a lei que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Agora, em pleno Setembro Amarelo®, temos a instituição dos membros do Comitê responsável para fazer as ações desta política tomarem corpo e se transformarem na prevenção efetiva". Ele reforçou: "Temos a oportunidade de testemunhar a criação de uma política de Estado, que garantirá um dos principais aspectos relacionados à preservação da vida e à prevenção do suicídio em nosso país, uma atitude que impactará diretamente não só neste governo, mas todo os próximos que também virão", conforme noticiou o site da ABP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2020).

O Comitê Gestor da "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio" produziu algumas Resoluções. A primeira delas, a Resolução CGPNPAS nº 01/2020, que criou o regimento Interno do Comitê Gestor de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Foi a Resolução CGPNPAS nº 01/2021, de 14 de julho de 2021 que aprovou o Plano de Ação do Comitê.

Foi aprovado também um programa de treinamento de profissionais da atenção primária, urgência e emergência, educação, agentes de segurança pública, além de campanhas de divulgação e valorização da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020c).

Se pode ver que a "Nova Política Nacional de Saúde Mental" contribuiu para a melhora da assistência, prevenção e outras abordagens, inclusive abrindo o espaço para a criação da "Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio". Esta não somente conseguiu instituir o Comitê Gesto da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como passou a regular e a implementar ações e serviços que atuem na prevenção do suicídio e na melhoria da assistência em saúde mental da população.

.