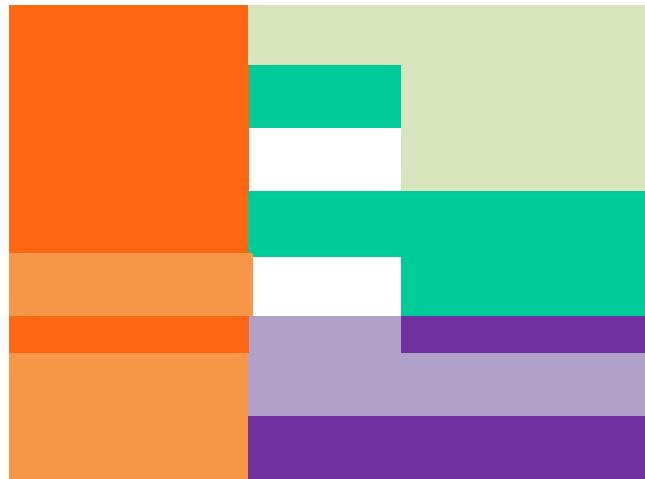
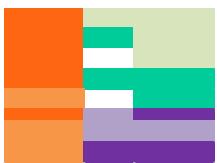


Saúde Mental em Dados 11



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas



Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 11, Ano VII, nº 11, outubro de 2012*. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Como referir: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 11, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012 (acesso em .../.../...).

Sumário



Apresentação	5	Estratégias de Desinstitucionalização	
Atenção Psicossocial Estratégica		SRT por UF	16
CAPS por ano	6	SRT por ano	17
Série Histórica de CAPS por tipo	7	Programa de Volta Para Casa	18
Indicador de Cobertura por Ano	8	Supervisão dos Processos de Desinstitucionalização	19
Evolução do Indicador de Cobertura, por Região	9	Leitos em HP por UF	20
Rede CAPS Atual	10	Redução de Leitos	21
Mapas de Cobertura	11	Mudança do Perfil dos Hospitais I	22
		Mudança do Perfil dos Hospitais II	23
Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica		Formação e Educação Permanente	
Equipes de Consultórios Na Rua	12	Supervisões Clínico-Institucionais	24
Centros de Convivência e Cultura	13	Escola de Supervisores e de Redução de Danos	25
Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais		PET Saúde Mental	26
Leitos em HG por UF	14	Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais	27
Atenção Residencial de Caráter Transitório		Reabilitação Psicossocial	
Unidades de Acolhimento	15	Empreendimentos Solidários	28



Gastos da Política

	Gastos da Política I	29
	Gastos da Política II	30
	Gastos da Política - CAPS	31

Álcool e Outras Drogas

	Evolução do Atendimento em AD no Brasil	32
	Dados da SVS – Vigitel I	33
	Dados da SVS – Vigitel II	34

Pactuação da RAPS

	Grupos Condutores	35
--	-------------------	----



Apresentação

O Saúde Mental em Dados é uma publicação semestral da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que, desde 2006, apresenta um quadro geral sobre os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS. Os dados apresentados tem o objetivo de auxiliar a gestão na identificação dos principais desafios, na construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da RAPS.

Tradicionalmente dividido em três seções - "A rede de atenção psicossocial", "Assistência Psiquiátrica Hospitalar" e "Outros – a 11ª edição do Saúde Mental em Dados apresenta uma nova organização, baseada na estrutura da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, apresentada na Portaria nº 3.088/GM de 23 de dezembro de 2011. Esta edição traz ainda novos dados sobre os Centros de Convivência e Cultura, Supervisão dos Processos de Desinstitucionalização, Formação e Educação Permanente, Grupos Condutores da RAPS e outros.

O início de 2012 foi marcado pela publicação de diversas portarias decorrentes da Portaria GM nº 3.088/2011, que regulamentam a implantação, funcionamento e financiamento de novos serviços e dispositivos da RAPS ou atualizam a normatização e/ou financiamento de serviços já instituídos.

Com o lançamento do "Plano Crack: É possível Vencer", ao final de 2011 e como consequência do estabelecimento do tema de álcool e outras drogas como prioridade das agendas políticas em todo o país, houve importante ampliação da rede de cuidados às pessoas que fazem uso destas substâncias no primeiro semestre de 2012. A 11ª edição do Saúde Mental em Dados traz os dados da atenção psicossocial no campo de álcool e outras drogas no SUS relativos ao "Plano Crack: É Possível Vencer" diluídos nas informações sobre a RAPS e traz também dados do Vigitel 2011.

Até junho de 2012, 61 novos CAPS foram habilitados, totalizando 1803 CAPS em todo o país, entre eles 12 CAPSad 24h. A previsão para o final deste ano é de mais 100 novos CAPS habilitados. Ainda sobre estes serviços, destaca-se a atualização do valor de custeio mensal e correção dos valores repassados aos CAPS já existentes, o que proporcionou que os mesmos tenham recebido em média o maior valor pago para seu custeio, desde 2002.

Como parte da Rede de Atenção Psicossocial existem ainda 625 Residências Terapêuticas, 4.085 beneficiários do Programa De Volta Para Casa e estão em processo de implantação mais de 90 Unidade de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas. Houve ainda a implementação e a retomada de importantes iniciativas de formação e educação permanente, para a qualificação dos profissionais da RAPS.

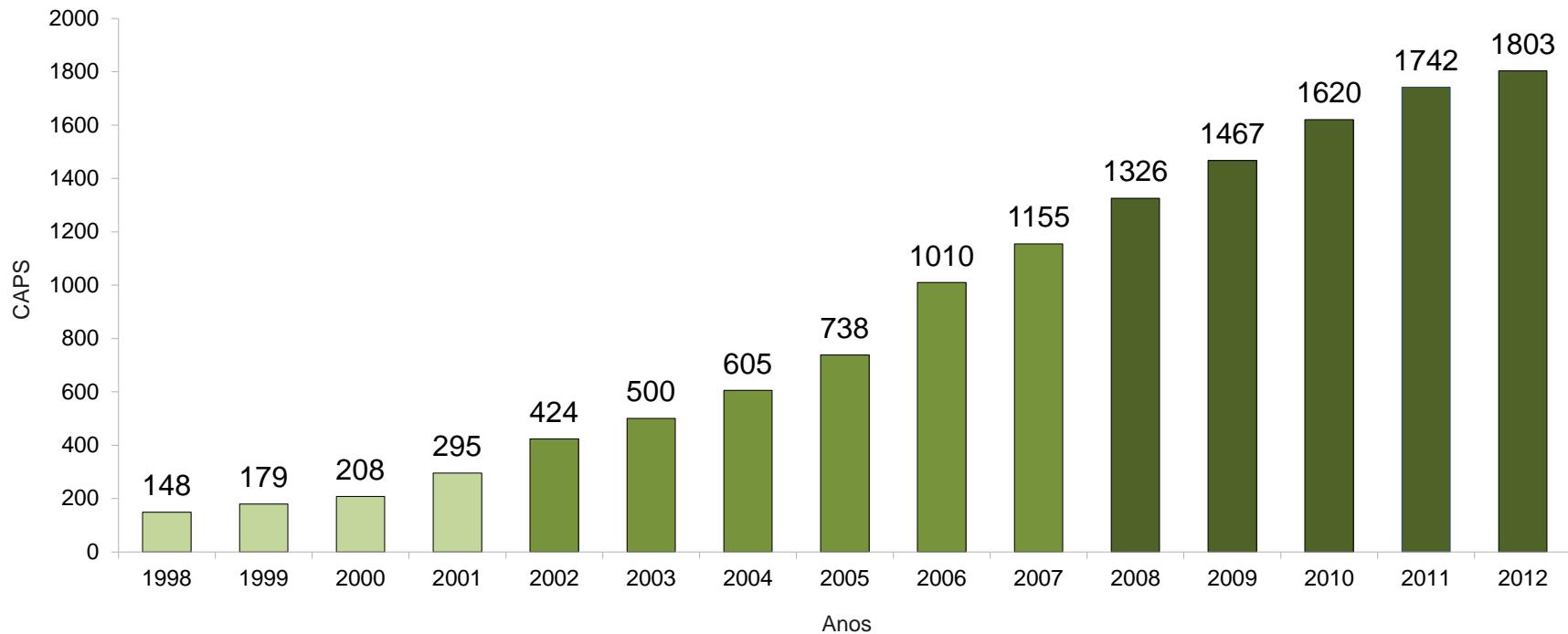
A partir deste ano a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas está organizada a partir de Núcleos Temáticos, que contemplam os vários componentes da RAPS e os temas específicos que se configuram como desafios permanentes para a discussão, planejamento e estruturação das Redes, tais como saúde mental infanto-juvenil, populações tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, seringueiros, etc) e em situação de violência e/ou vulnerabilidade social, formação e qualificação, entre outros. Além disso cada uma das Unidades Federativas do país conta com uma referência na equipe da Coordenação Nacional de Saúde Mental, compondo a estratégia de Apoio Integrado do MS, com o intuito de facilitar a interlocução entre as três esferas de gestão, garantindo maior celeridade aos processos em análise.

Sobre as Fontes de Dados

Como nas edições anteriores do Saúde Mental em Dados, as principais fontes são a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, as Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental e a base de dados DATASUS. Sobre esta ultima fonte é preciso alertar para o fato de que as informações disponibilizada pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde possuem pequeno atraso de um ou dois meses e que mesmo as informações já publicadas podem ser corrigidas, visto que o sistema admite o reenvio das informações com até três meses de defasagem. Estas questões, no entanto, não afetam a análise das tendências e o uso das informações como instrumentos de gestão.

*A atualização e qualificação dos dados referentes aos leitos psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos resultou numa diminuição de 2.326 leitos no seu total, em relação à ultima edição do Saúde Mental em Dados.

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 – jun/2012)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

O gráfico apresenta a expansão anual dos Centros de Atenção Psicossocial desde o ano de 1998. Em 2012 foram habilitados 61 novos CAPS até o mês de junho. A projeção para o final do ano é de mais outros 100 novos CAPS habilitados, tendo em vista o número de repasses financeiros para implantação de novos serviços até o momento.

Tabela 1 – Série histórica CAPS por Tipo (Brasil, 2006 –jun/2012)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	848	438	66	158	281	12	1803

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

A tabela acima apresenta a evolução dos diferentes tipos de CAPS ao longo dos anos. Evidencia-se, como nos anos anteriores, a tímida expansão dos CAPS III. Os CAPSad III, criados em 2010, tiveram forte indução ao final do ano de 2011. Até o mês de junho de 2012 foi repassado incentivo financeiro para a implantação de 13 novos CAPSad III distribuídos entre as 5 regiões do país. Até o final do ano, a expectativa é de que já estejam habilitados e novos incentivos sejam repassados. Para os CAPS III, efetivou-se repasse de incentivo para implantação de 6 novos serviços, concentrados principalmente na região Sudeste.

Atenção Psicossocial Estratégica

Indicador de Cobertura por Ano

Tabela 2 – Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e UF.
(Brasil, 2002- jun/2012)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Acre	0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,29	0,27	0,27	0,27
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45	0,45
Amazonas			0,03	0,11	0,11	0,10	0,10	0,12	0,23	0,26	0,27
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50	0,56
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47	0,58
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33	0,33
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87	0,89
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90	0,95
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87	0,88
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95	0,98
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65	0,67
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27	1,39
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64	0,67
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91	0,91
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16	1,16
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53	0,57
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25	0,25
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50	0,55
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69	0,76
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69	0,71
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63	0,66
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44	0,46
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69	0,71
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59	0,61
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64	0,68
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91	0,94
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76	0,76
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07	1,12
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90	0,94
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72	0,74

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A tabela 2 trata da evolução do indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes para cada unidade da federação a partir de 2002, ano que marca a primeira habilitação destes serviços. Atualmente a cobertura populacional é de 0,74 CAPS/100.000 habitantes no país.

O indicador CAPS/100.000 habitantes passou a ser utilizado com o propósito de refletir a evolução da implantação da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. Visto que a atenção em saúde mental é composta por diversos dispositivos e ações, cabe advertir que este indicador quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.

Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; os CAPS III e AD III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes.

Encontram-se em processo de avaliação o estabelecimento de novos parâmetros populacionais para habilitação de CAPS, como também novos indicadores de rede sensíveis à coberta 24 horas, ad e infanto-juvenil.

Quadro I - Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes:

Cobertura muito boa (acima de 0,70)

Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)

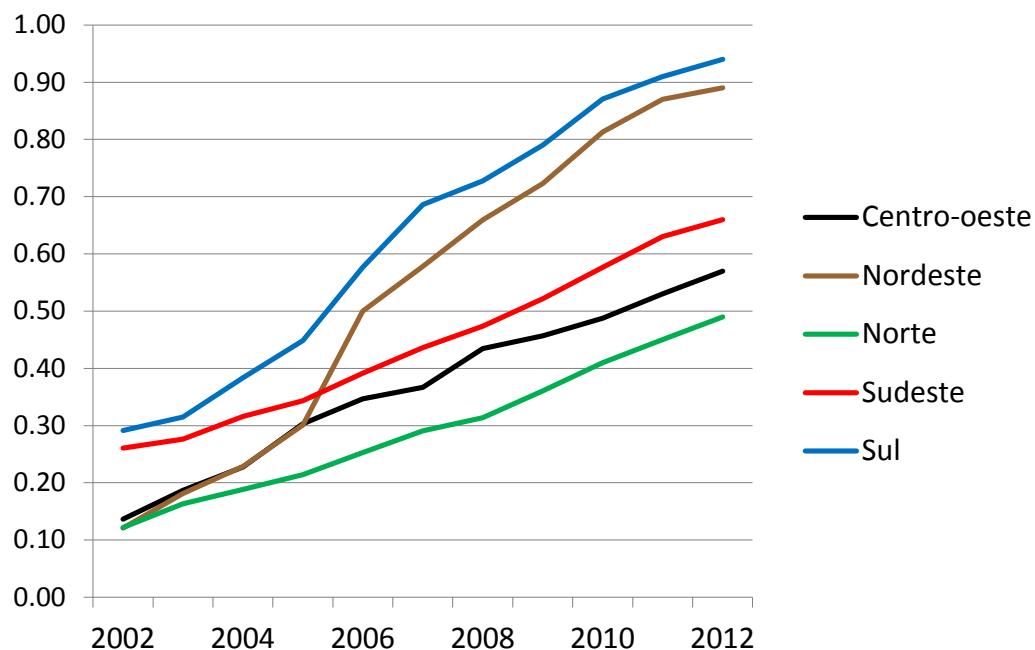
Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)

Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)

Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)



Gráfico 2 –Série Histórica Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por região.
(Brasil, 2002- jun/2012)



O Gráfico 2 apresenta o crescimento do indicador CAPS/100.000 habitantes para as cinco regiões do país, no período de 2002 a junho de 2012.

Desde 2005 é possível observar o aumento da cobertura CAPS para as regiões Sul e Nordeste.

Em 2002, as regiões Sul e Sudeste destacavam-se por apresentar indicador maior que o nacional, com 0,29 e 0,26 respectivamente. Em 2012 a região Sul se manteve como o maior indicador do Brasil, porém a região Sudeste não acompanhou a expansão nacional.

A região Norte, apesar da expansão de serviços em 2011 e 2012 ainda figura como a menor cobertura. Para melhor compreensão do problema é preciso ajustar o indicador CAPS/100.000 habitantes, que não é sensível às peculiaridades desta região, que envolvem grandes distâncias, barreiras geográficas e tecnológica e uma considerável diversidade étnica.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 3 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF
(Brasil, jul/2012)

Região	UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
N	Acre	732793		1			1		2	0,27
N	Amapá	668689				1	2		3	0,45
N	Amazonas	3480937	8	4	1				13	0,27
N	Pará	7588078	26	16	2	3	6	1	54	0,56
N	Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
N	Roraima	451227	1				1		2	0,33
N	Tocantins	1383453	8	3			1		12	0,58
TOTAL DA REGIÃO NORTE		15865678	54	29	3	4	12	1	103	0,49
NE	Alagoas	3120922	39	6		1	3		49	0,95
NE	Bahia	14021432	127	32	3	7	16		185	0,88
NE	Ceará	8448055	50	29	3	6	18		106	0,98
NE	Maranhão	6569683	39	14	1	3	6		63	0,67
NE	Paraíba	3766834	42	8	3	8	8	2	71	1,39
NE	Pernambuco	8796032	29	18	3	7	12	2	71	0,67
NE	Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
NE	Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
NE	Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
TOTAL DA REGIÃO NORDESTE		53078137	390	129	18	37	78	4	656	0,89
CO	Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
CO	Goiás	6004045	17	16		2	5	1	41	0,55
CO	Mato Grosso	3033991	24	3		3	5		35	0,76
CO	Mato Grosso do Sul	2449341	10	6	1	1	4		22	0,71
TOTAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE		14050340	52	27	1	7	17	1	105	0,57
SE	Espírito Santo	3512672	8	8		1	3		20	0,46
SE	Minas Gerais	19595309	87	45	10	12	22	1	177	0,71
SE	Rio de Janeiro	15993583	36	40	1	18	18	1	114	0,61
SE	São Paulo	41252160	65	81	29	46	71	3	295	0,68
TOTAL DA REGIÃO SUDESTE		80353724	196	174	40	77	114	5	606	0,66
S	Rio Grande do Sul	10695532	68	38		19	27	1	153	1,12
S	Santa Catarina	6249682	51	13	2	6	11		83	0,94
S	Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
TOTAL DA REGIÃO SUL		27384815	156	79	4	33	60	1	333	0,94
Brasil		190732694	848	438	66	158	281	12	1803	0,74

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A tabela 3 apresenta rede atual de Centros de Atenção Psicossocial por UF, tipo e indicador.

Observa-se que das 27 Unidades Federativas, 14 apresentam cobertura acima da nacional. Aqui faz-se retomar a limitação do indicador CAPS/100.000 habitantes e a importância da constituição de indicadores de rede sensíveis à coberta 24 horas, ad e infanto-juvenil.

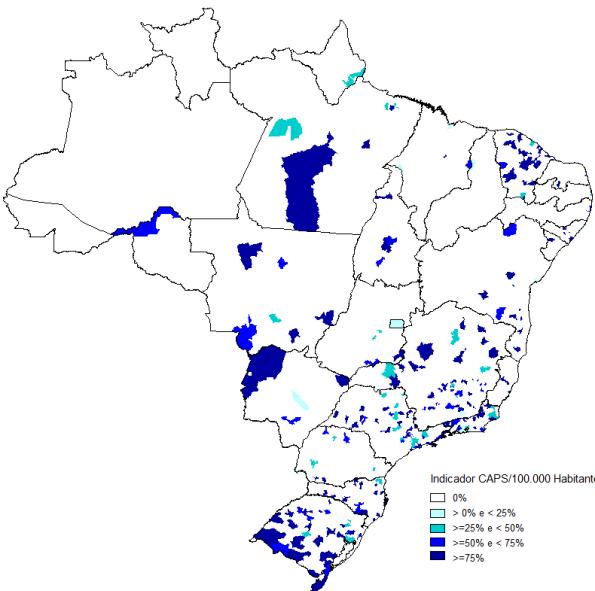
O número de estados que contam com pelo menos 1 CAPS 24h (III ou AD III), chegou a 23 em junho do ano corrente. Os 5 estados que não possuíam nenhum CAPSi até 2011 ainda permanecem com esse déficit e estado do AM ainda não habilitou um CAPSad.

Para este ultimo estado, a recente expansão de CAPS tipo I e II permitiu que a cobertura assistencial deixasse de ser a menor do país, posição ocupada atualmente pelo DF.

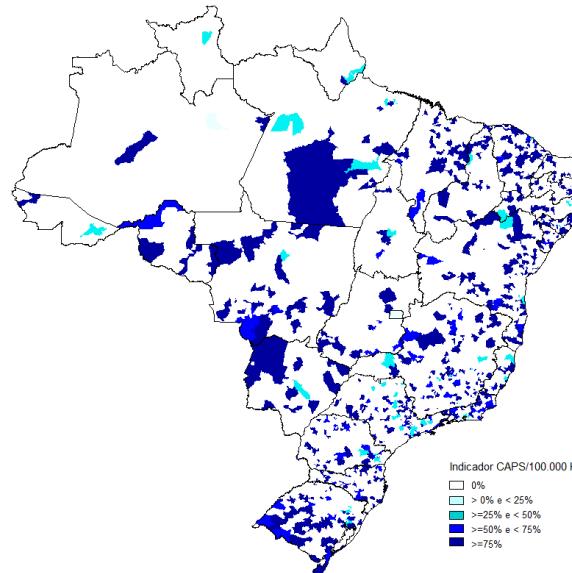


Figura 1 - Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002, 2006 e jun/2012
(Parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)

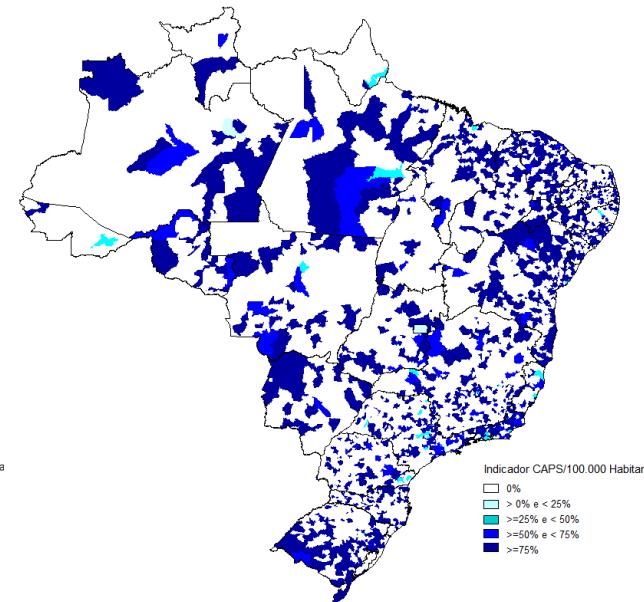
2002



2006



2012



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A comparação entre os mapas acima permite visualizar a expansão da cobertura CAPS de 2002 a junho de 2012. Aqui observa-se a interiorização dos Centros de Atenção Psicossocial, uma importante expansão de serviços na Região Norte e o adensamento de serviços no litoral do país, especialmente na Região Nordeste.

A escala em azul indica a cobertura dos municípios (quanto mais escuro melhor a cobertura).

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Equipes de Consultórios Na Rua

Tabela 4 – Equipes de Consultórios na Rua por UF
(Brasil, jul/2012).

Nº de consultórios na rua (CnaR) credenciados em Portaria	CnaR Implantados	Nº de Adequações de CdeR para CnaR	Modalidade
PORTO ALEGRE	1*	1	III
GUARULHOS	1	1	II
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1	1	II
JOÃO PESSOA	1	1	II
OLINDA	1	1	II
PONTA PORÃ	1	1	III
MARINGÁ	1	1	II
RIO BRANCO	1	0	I
SÃO PAULO	10*	0	III

*São Paulo e Porto Alegre são adequações de Estratégia de Saúde da Família para CnaR
Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Datasus

Desde a publicação das Portarias 122 e 123, de 25 de Janeiro de 2012, a proposta do Consultório De Rua ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS), foi incorporada pelo Departamento da Atenção Básica (DAB/SAS/MS) com a denominação de Consultório Na Rua. A Portaria vem garantir a continuidade do custeio desse serviço, além de reajustar os valores médios repassados.

Esta mudança consolidou o compartilhamento do cuidado integral na abordagem aos diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, na perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial conforme prevê a Portaria 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011.

Esse período de transição está marcado por amplo processo de esclarecimento quanto às adequações das equipes existentes e difusão dos procedimentos para implantação dos novos Consultórios em suas três modalidades.

A tabela ao lado mostra que dos 92 Consultórios De Rua da Seleção de Projetos de Consultórios De Rua, seis foram adequados para Consultório Na Rua. 60 Consultórios De Rua estão em atividade e terão a continuidade do seu funcionamento garantido com a migração para Consultório Na Rua.

Tabela 5 – Centros de Convivência e Cultura.
(Brasil, 2007)

UF	Município	Centros de Convivência
ES	São José do Calçado	1
MG	Barbacena	1
MG	Belo Horizonte	9
MG	Betim	1
MG	Juiz de Fora	1
MG	Pará de Minas	1
MG	Santos Dumont	1
PB	Boqueirão	1
PB	Campina Grande	1
PR	Colorado	1
PR	Curitiba	1
RJ	Paracambi	1
RJ	Rio de Janeiro	1
SP	Campinas	7
SP	Capivari	1
SP	Embu	1
SP	Ribeirão Preto	1
SP	Salto	1
SP	São Paulo	19
Total		51

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Os Centros de Convivência e Cultura são unidades que oferecem à população geral espaços de sociabilidade e intervenção na cidade através da cultura, lazer, educação e arte, constituindo-se como espaços de convívio e sustentação das diferenças; sendo estratégicos para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e outras drogas.

Com o intuito de estabelecer diretrizes para o funcionamento destas unidades, foi publicada a portaria nº 396 de 07 de julho de 2005, revogada em 09 de dezembro de 2005. Desde então não existe normativa federal para a implantação e funcionamento dos Centros de Convivência e Cultura.

Durante o ano de 2007 a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas realizou um levantamento das informações disponíveis em todos os estados brasileiros para avaliar o processo de expansão dos Centros de Convivência e Cultura. O levantamento considerou informações sobre a quantidade, a localização, as atividades realizadas e a clientela atendida nestas unidades. Naquele ano haviam 51 Centros de Convivência implantados, conforme informações da tabela ao lado. O levantamento apontou ainda que à época existiam 9 Centros em fase de implantação e 20 em fase de planejamento.

A Portaria/GM nº 3.088/2011 inclui os Centros de Convivência e Cultura como pontos de atenção do componente de atenção básica de saúde da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e reconhece o seu lugar estratégico para a construção de laços sociais e inclusão das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Para a consolidação destas unidades como dispositivos a serem ofertados pelas Redes Municipais e Estaduais de Saúde Mental, permanece como tarefa o estabelecimento de diretrizes e de financiamento para os Centros.

Tabela 6 – Leitos em Hospitais Gerais por UF (Brasil, jun/2012).

REGIAO	UF	Nº DE HOSPITAIS	LEITOS SUS
CENTRO-OESTE	DF	2	33
CENTRO-OESTE	GO	13	156
CENTRO-OESTE	MS	29	113
CENTRO-OESTE	MT	8	10
NORDESTE	BA	15	116
NORDESTE	CE	29	103
NORDESTE	MA	6	20
NORDESTE	PB	17	52
NORDESTE	PE	7	68
NORDESTE	PI	15	42
NORDESTE	RN	5	19
NORDESTE	SE	3	54
NORTE	AC	12	13
NORTE	AM	1	1
NORTE	AP	1	16
NORTE	PA	11	82
NORTE	RO	1	60
NORTE	RR	2	11
NORTE	TO	7	17
SUDESTE	ES	7	29
SUDESTE	MG	42	272
SUDESTE	RJ	53	150
SUDESTE	SP	65	712
SUL	PR	19	166
SUL	RS	199	1086
SUL	SC	77	509
BRASIL		646	3910

A tabela ao lado apresenta os dados relativos aos leitos de psiquiatria em Hospital Geral, oriundos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012, estes leitos poderão ser qualificados e habilitados como Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, fazendo jus ao recebimento de incentivo e custeio diferenciado. Além dos 3.910 leitos cadastrados como leitos de psiquiatria em Hospital Geral, temos 136 leitos habilitados como SHRad, segundo diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.842/2010, que também poderão optar pela qualificação.

Até o momento foi solicitado incentivo para implantação e/ou qualificação de 262 leitos, em acordo com as novas diretrizes da Portaria GM/MS nº 148/2012, a partir das pactuações para implantação da RAPS nos municípios e estados.

Os leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais – como serão chamados os leitos implantados de acordo com as diretrizes da nova portaria - são componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo necessária a discussão deste ponto de atenção articulado aos outros pontos da rede, compondo projeto do município ou da região de saúde, não devendo jamais ser concebido como um ponto de atenção isolado. Objetivam garantir o acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente no manejo do cuidado às intercorrências clínicas.



Tabela 7 – Unidade de Acolhimentos incentivadas (Brasil, 2010 -jul/2012)

UF	UA adulto	UA infanto-juvenil	Total
AC	1		1
AL	3	1	4
BA	1	3	4
CE	5	3	8
ES	2	1	3
GO	1	3	4
MG	11	12	23
MS	1		1
PA		1	1
PB	1	1	2
PE	1		1
PI		1	1
PR	4	1	5
RJ		6	6
RN		1	1
RR	1		1
RS	3	1	4
SC	2	1	3
SE	2		2
SP	13	4	17
Brasil	52	40	92

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Em setembro de 2010 foi lançado o Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD/MS, que destinou apoio financeiro a municípios para desenvolver projetos de implantação e/ou ampliação de Casas de Acolhimento Transitório (CAT).

Como decorrência do avanço na experiência com as CATs, foi publicada a Portaria nº 121/2012, que instituiu a Unidade de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, da Rede de Atenção Psicossocial.

A UA destina-se a oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Este serviço se divide em duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI).

A Tabela ao lado, apresenta os dados relativos aos incentivos destinados à implantação das antigas CAT e atuais UA até julho deste ano.

Estratégias de Desinstitucionalização

Tabela 8 – Residências Terapêuticas por UF.
(Brasil, jul/2012)

UF	SRTs NO BRASIL – 2011		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	MÓDULOS			
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Os SRTs configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos por longo período.

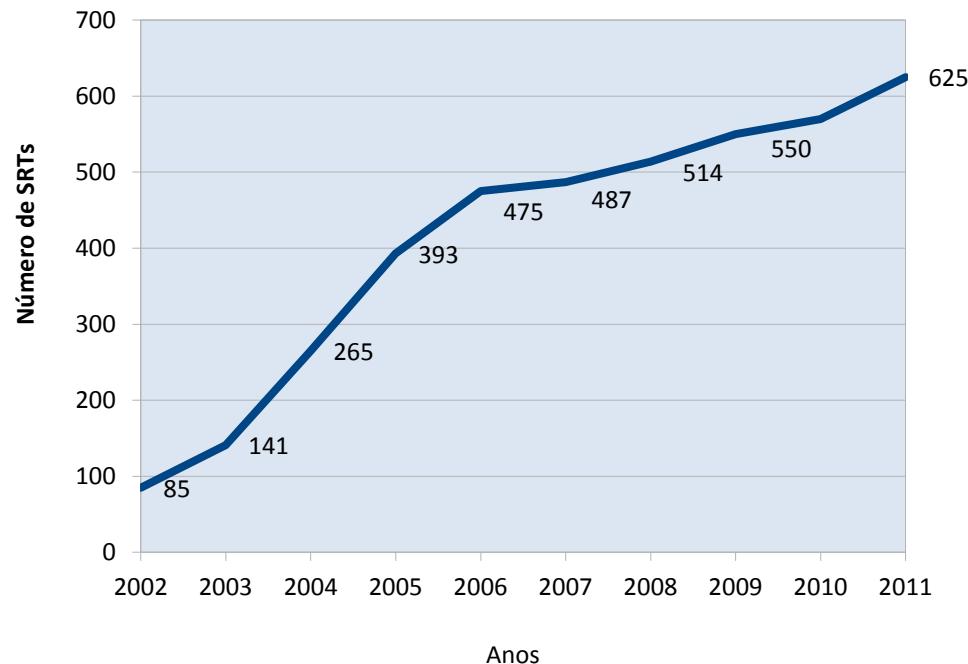
A Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011, estabelece nova proposta de financiamento para os residenciais, antes custeados apenas por recurso proveniente da realocação das AIHs. Hoje os SRTS possuem, além de recurso para implantação, verba para mantê-las mensalmente.

Até Julho de 2012 tivemos 625 SRTs implantados no país, com um total de 3470 moradores.

O número de SRTs aqui apresentado permanece igual ao de 2011, tendo em vista a necessidade de publicação de portaria que atualiza e regulamenta os procedimentos da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS para os SRTs. A referida portaria foi publicada no final de agosto de 2012, possibilitando a habilitação de novos serviços a partir do mês de setembro.

Estratégias de Desinstitucionalização

Gráfico 3 – Residências Terapêuticas por ano.
(Brasil , 2002- jul/2012)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

O gráfico ao lado permite observar que até o ano de 2008 houve importante crescimento do número de SRTs, com a implantação de 76% do numero atual de serviços.

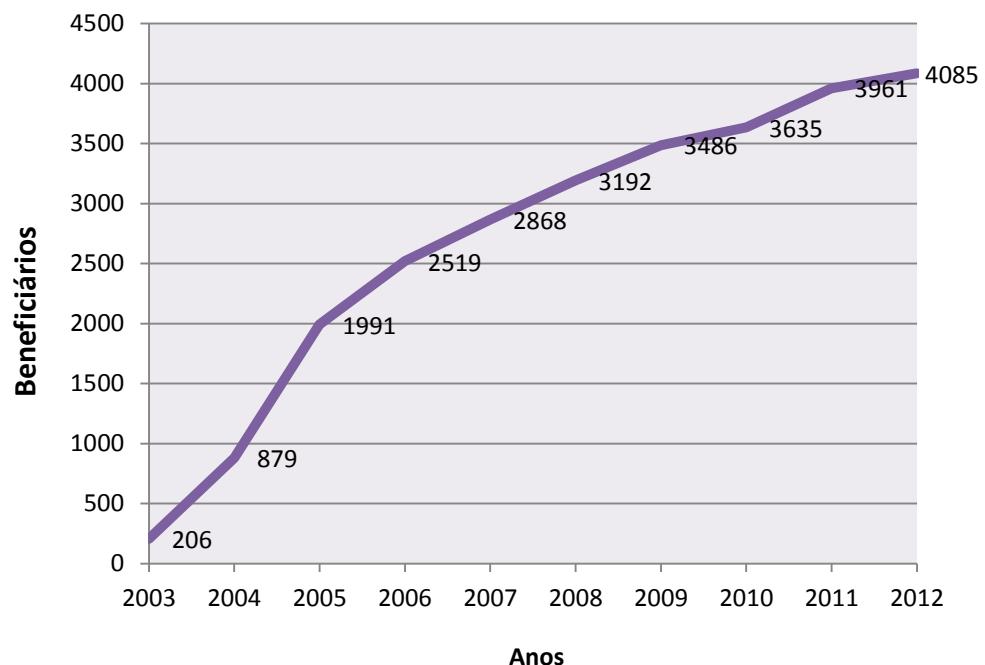
Nos últimos quatro anos o ritmo de implementação manteve-se contínuo, porém lento em relação ao período anterior.

Até jul/2012 houve pequena aceleração, como consequência do desencadeamento do processo de fechamento de grandes Hospitais Psiquiátricos. Desde então foi repassado incentivo de implantação para 50 novos SRT em todo o país

Estratégias de Desinstitucionalização

Programa de Volta para Casa

Gráfico 4 -Beneficiários do Programa De Volta para Casa por UF
(Brasil, 2003 –jul/2012)



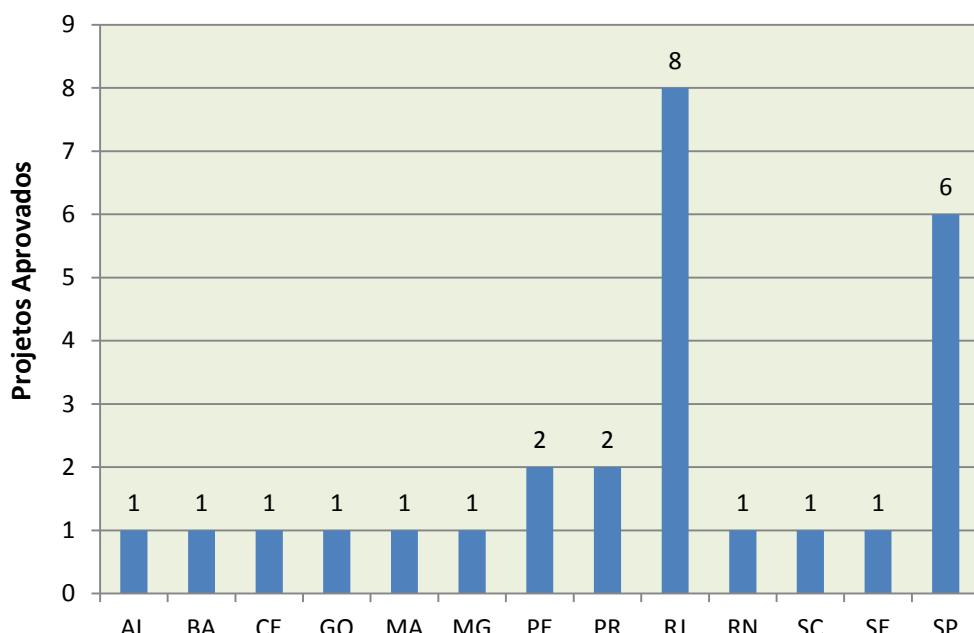
Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS/Datasus

O Programa de Volta Pra Casa - PVC, instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra, a partir da Portaria/GM nº 3088, a rede de Atenção Psicossocial no componente de Estratégias de Desinstitucionalização. Tal integração promove um contexto favorável no campo da reinserção social.

Alcançamos, no ano de 2012, mais de 4 mil beneficiários cadastrados no Programa. Sabe-se que o aumento do número de pessoas cadastradas mês a mês ainda é lento, porém, há previsão de aumento significativo a partir do avanço nos processos de desinstitucionalização. Nos municípios com hospitais psiquiátrico em processo de fechamento há um grande contingente de pessoas cadastradas no PVC e morando em SRTs.

Estratégias de Desinstitucionalização - Supervisão dos Processos de Desinstitucionalização

Tabela 9 – Projetos Aprovados pela VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional – Processos de Desinstitucionalização (Brasil, 2010)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

A VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional teve como foco a qualificação técnica e reformulação da assistência em saúde mental, em municípios ou regiões onde se encontram hospitais psiquiátricos (HPs) e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) que necessitem iniciar ou intensificar as ações de desinstitucionalização.

Esta chamada teve como objetivo potencializar o processo de trabalho institucional, com a finalidade de fortalecer a interlocução do serviço com a rede de atenção em saúde mental, instituir trabalho em equipe multidisciplinar; promover censo clínico-psicossocial dos moradores com identificação do município de origem, dos vínculos familiares, das condições para a transferência para residências terapêuticas, da existência de documentação e aspectos jurídicos relacionados aos pacientes, identificar demanda de qualificação técnica dos trabalhadores da instituição e, em parceria com os gestores municipais/estaduais, contribuir para a realização de programas de capacitação.

Foram selecionados 27 projetos, cujo repasse de incentivo para financiamento aconteceu entre os anos de 2010 e 2011.

Estratégias de Desinstitucionalização

Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF

Tabela 10 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, jul/2012).

REGIÃO	UF	População	Nº DE HOSPITAIS	Nº de leitos SUS (CNES)	Leitos por 1000 habitantes
NORTE	AC	732793	1	53	0,072
NORDESTE	AL	3120922	5	880	0,282
NORTE	AM	3480937	1	126	0,036
NORDESTE	BA	14021432	7	811	0,058
NORDESTE	CE	8448055	5	789	0,093
CENTRO OESTE	DF	2562963	1	83	0,032
SUDESTE	ES	3512672	3	620	0,177
CENTRO OESTE	GO	6004045	10	1171	0,195
NORDESTE	MA	6569683	3	663	0,101
SUDESTE	MG	19595309	17	2231	0,114
CENTRO OESTE	MS	2449341	2	200	0,082
CENTRO OESTE	MT	3033991	2	202	0,067
NORTE	PA	7588078	1	56	0,007
NORDESTE	PB	3766834	4	695	0,185
NORDESTE	PE	8796032	10	1359	0,155
NORDESTE	PI	3119015	1	160	0,051
SUL	PR	10439601	15	2480	0,238
SUDESTE	RJ	15993583	28	4931	0,308
NORDESTE	RN	3168133	3	472	0,149
SUL	RS	10695532	6	801	0,075
SUL	SC	6249682	3	582	0,093
NORDESTE	SE	2068031	2	280	0,135
SUDESTE	SP	41252160	54	10153	0,246
NORTE	TO	1383453	1	160	0,116
TOTAL		188052277	185	29958	0,159
BRASIL		190732694			0,157

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datasus

A tabela 10 apresenta o número de leitos em Hospital Psiquiátricos por Unidade Federativa.

Em 2012 houve uma qualificação dos dados referentes ao número de leitos no país, tendo em vista que as informações disponibilizadas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES não estão de acordo com a realidade dos estados brasileiros.

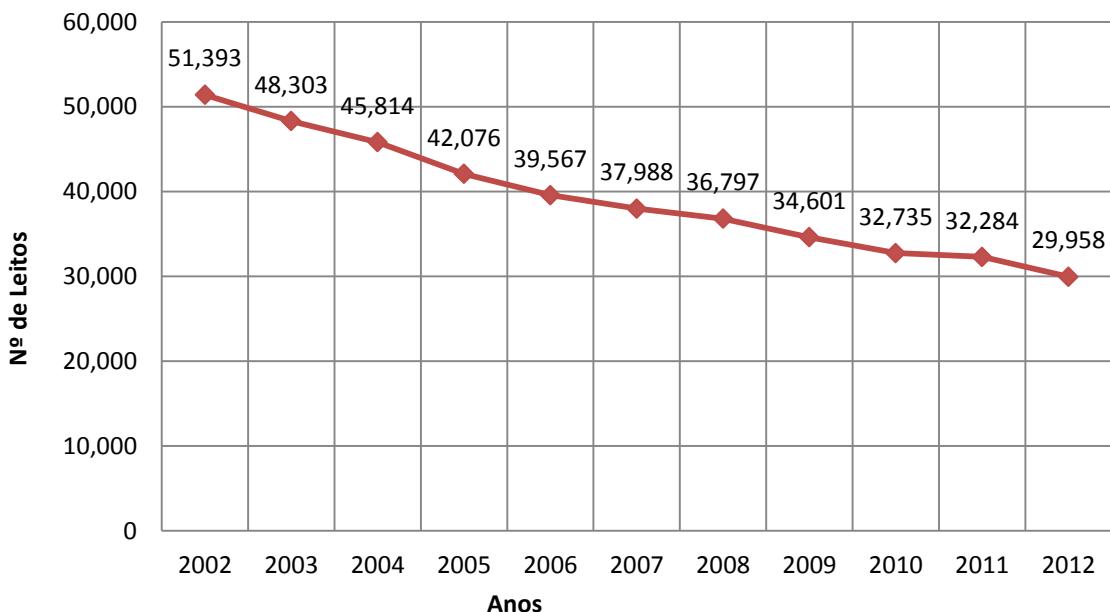
Nota-se a grande variação da proporção de leitos nas diferentes Unidades Federativas. Sete estados demonstram percentual acima da média nacional, com destaque para o Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo e Paraná.

Estados como Pará, Acre e Amazonas possuem um único hospital em seus territórios, porém demandam maior incentivo à organização de redes de atenção psicossocial tendo em vista as especificidades locais que envolvem grandes distâncias, barreiras geográficas e tecnológicas e uma grande diversidade étnica.

Estratégias de Desinstitucionalização

Redução de Leitos

Gráfico 5 – Leitos psiquiátricos SUS por ano (Brasil, 2002 – jul/2012)



O Gráfico 5 demonstra o processo de redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos no país, desde o ano de 2002.

Como já mencionado, houve no ano de 2012 uma importante atualização e qualificação dos dados referentes aos leitos psiquiátricos do país, que resultou numa diminuição de 2.326 leitos no seu total, em relação à ultima edição do Saúde Mental em Dados.

Atualmente existem 14 Hospitais Psiquiátricos no país apontados para descredenciamento do SUS a partir da avaliação do PNASH-Psiquiatria. Estes 14 Hospitais, apenas, somam cerca de 2.200 leitos.

Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Tabela 11 – Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2002 – jul/2012)

Faixas/Portes Hospitalares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67	15.991	49,53	14.569	48,63
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.138	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39	7.157	22,17	7.155	23,88
De 241a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33	5.752	17,82	5.388	17,99
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60	3.384	10,48	2.846	9,50
Total	51.393	100	48.303	100	45.814	100	42.076	100	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100	32.284	100	29.958	100

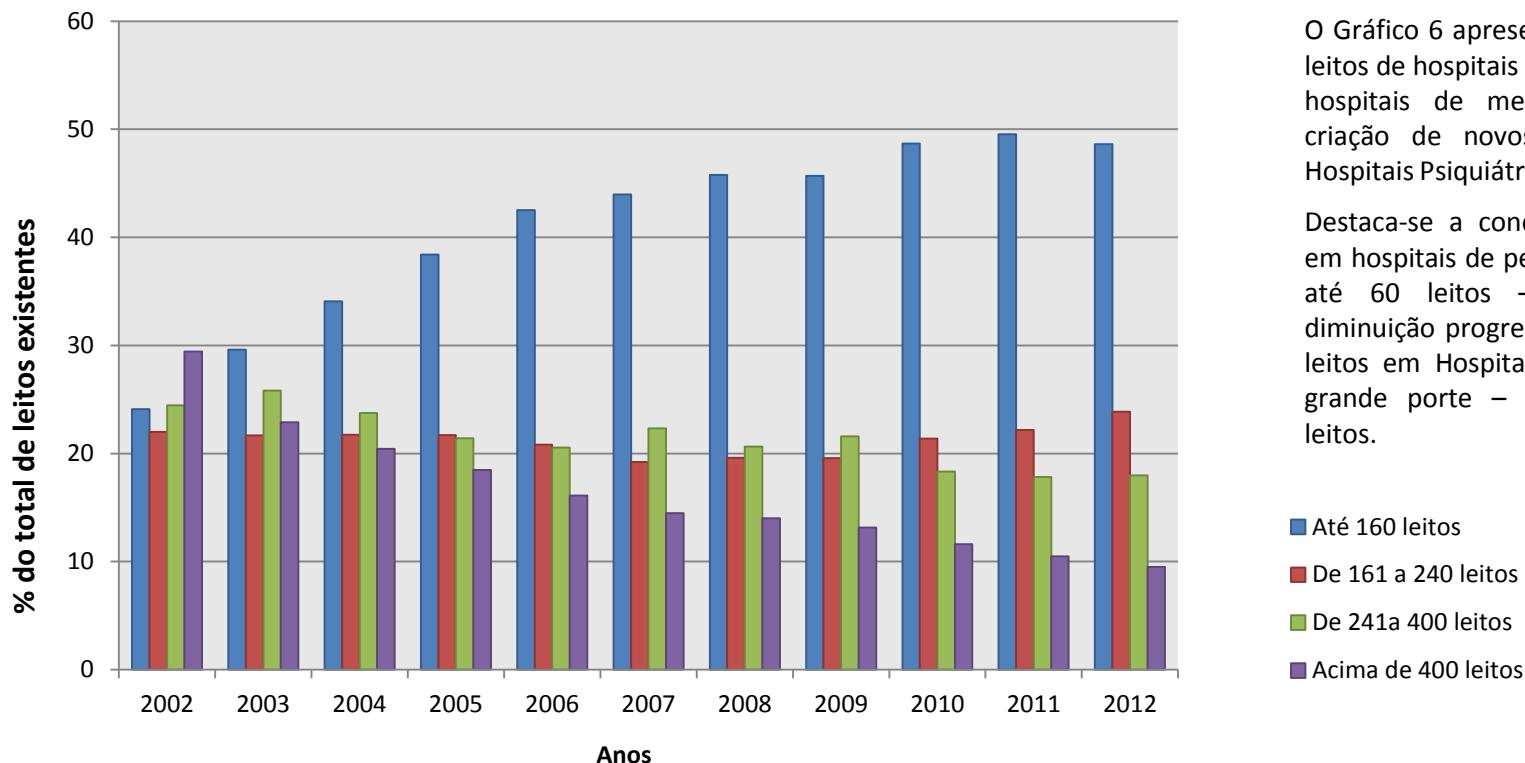
Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

A tabela acima apresenta a mudança do perfil dos Hospitais Psiquiátricos através da redução dos leitos, desde 2002. Esta mudança de perfil é induzida, atualmente, pela Portaria GM 2.644/09, de 28 de outubro de 2009 que regulamente o reagrupamento dos hospitais psiquiátricos em 4 classes e determina melhor compensação financeira aos hospitais de menor porte.

É possível observar aqui, a concentração de leitos em Hospitais Psiquiátricos de menor porte, seguindo o padrão dos anos anteriores.



Gráfico 6 - Série Histórica - % de Leitos psiquiátricos por porte hospitalar.
(Brasil, 2002 – jul/2012)



Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Tabela 12 – Número de Supervisões Clínico-Institucionais implantadas por UF/ano, através de editais.
(Brasil , 2005-2011)

Supervisão Clínico-Institucional. CAPS contemplados por UF (2005-2011)								
UF	Edital I - 2006	Edital II - 2007	Edital III - 04/2008	Edital IV - 12/2008	Edital V - 09/2010	Edital VI - 11/2010	Edital VIII - 08/2011	Total
AC	1	2	0	0	0	0	0	3
AL	1	2	3	8	2	2	0	18
AM	0	2	1	0	2	0	1	6
AP	0	0	0	0	1	0	1	2
BA	9	4	2	1	5	4	0	25
CE	2	12	14	15	7	4	10	64
DF	1	1	4	0	0	0	1	7
ES	2	4	1	2	2	1	0	12
GO	0	3	1	1	3	3	2	13
MA	0	3	1	1	2	1	1	9
MG	14	13	10	24	14	8	12	95
MS	0	2	1	5	1	3	1	13
MT	3	2	2	5	0	1	0	13
PA	1	2	11	3	1	2	0	20
PB	3	7	10	11	3	5	6	45
PE	5	6	6	8	4	1	7	37
PI	1	2	0	3	1	2	0	9
PR	3	7	5	13	6	7	5	46
RJ	8	16	14	11	9	18	7	83
RN	0	6	5	4	2	5	2	24
RO	0	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	7	9	14	17	15	10	11	83
SC	7	8	10	7	8	7	7	54
SE	0	4	2	4	2	3	3	18
SP	20	31	18	21	19	15	20	144
TO	0	2	2	1	0	2	1	8
TOTAL	88	150	137	165	109	104	98	851

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

A tabela ao lado apresenta a quantidade de projetos de supervisão clínico-institucional financiados pelo Ministério da Saúde, por edital e UF.

É grande a concentração de projetos nas regiões Sul e Sudeste, o que se deve à aglutinação de CAPS nestas regiões e à maior oferta de profissionais qualificados à tarefa da supervisão.

Desde o Edital V, publicado em 2010, as supervisões têm focado todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e não apenas os CAPS.

Durante o ano de 2012 a Área Técnica de Saúde Mental vem rediscutindo o formato da supervisão clínico-institucional no contexto das Redes de Atenção à Saúde e no que se refere à remuneração dos supervisores – um dos maiores entraves à implementação dos projetos. Por esta razão, não houve no primeiro semestre do ano nenhuma chamada para seleção de novos projetos. Para os próximos meses está prevista uma nova chamada de projetos de formação e educação permanente, que contemplará a supervisão.

Tabela 13 – Número de Escolas de Supervisores Clínico-Institucional e Escolas de Redução de Danos implantadas ou em Implantação. (Brasil, 2010)

UF	Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais implantadas ou em Implantação	Escolas de Redução de Danos Implantadas ou em Implantação
AC	0	2
AL	1	2
AM	0	1
BA	0	2
CE	1	1
DF	0	2
ES	0	1
GO	1	5
MA	1	0
MG	2	5
MS	1	3
MT	0	1
PA	0	2
PB	0	1
PE	1	5
PI	1	0
PR	0	1
RJ	2	4
RN	1	0
RS	1	5
SC	1	0
SE	1	3
SP	0	11
TO	1	1
Total	16	58

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

As Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais e as Escolas de Redução de Danos - ERD são estratégias da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que buscam fomentar a qualificação dos profissionais de saúde para atuar nos diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

A proposta das escolas é formar novos profissionais, qualificar a prática dos profissionais que já atuam na rede de atenção psicossocial e compartilhar experiências.

Particularmente, as ERD atuam na difusão de ações de redução de danos através da instrumentalização teórico-prática de segmentos profissionais e da comunidade, no âmbito da rede SUS e setores afins. Numa nova perspectiva, a partir de novembro de 2011, as ERD têm a liberdade de agir nos territórios, de acordo com as demandas e possibilidades loco-regionais, preparando os diversos atores para atuarem nas situações de consumo de álcool e outras drogas e de convívio com a população usuária, especialmente em contexto de vulnerabilidade. O objetivo maior das ERD, atualmente, é o de perpetuar a lógica da Redução de Danos como filosofia e instrumento prático do SUS, superando a abordagem reducionista da abstinência.

A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tem dedicado esforços no sentido de acompanhar a temática da formação e educação permanente, visto que muitos municípios e estados encontram dificuldades para implantarem as Escolas de Supervisores e de Redução de Danos. Contudo, boa parte delas já apresenta os resultados das ações, que se reflete na estruturação da RAPS nas diversas localidades.



Tabela 14 – Grupos do Programa de Educação para o Trabalho – PET Saúde Mental aprovados, por UF (Brasil, 2010)

UF	Grupos/PET
AL	4
AM	1
BA	8
CE	5
DF	1
ES	2
GO	2
MA	2
MG	8
MS	1
MT	2
PA	1
PB	2
PE	7
PI	1
PR	2
RJ	7
RN	3
RS	7
SC	7
SE	1
SP	6
TOTAL	80

A tabela ao lado apresenta os projetos aprovados no primeiro Edital de seleção do Programa de Educação pelo Trabalho – PET voltado especificamente para Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Em 2010 foram selecionados 80 projetos do PET Saúde Mental e em 2012 ouve nova seleção de projetos do PET voltado às Redes de Atenção à Saúde. Este novo edital deve ter seu resultado divulgado ainda em 2012.

Visando induzir e ampliar a formação de profissionais para a Rede de Atenção Psicossocial, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas incentivará financeiramente outros 80 módulos de PET voltados à RAPS, além dos módulos de PET Redes selecionados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES, em 2012.

Visto que o resultado do ultimo edital não foi divulgado até o momento, o número total de módulos do PET Redes voltados à RAPS será disponibilizado na próxima edição do Saúde Mental em Dados.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES/SAS/MS

Tabela 15 – Programas de Residência em Psiquiatria e Multiprofissional
(Brasil, 2010)

UF	Vagas de Residências em Psiquiatria	Programas de Residências Multiprofissionais
AL	2	0
AM	3*	0
BA	9	1
CE	15*	1
DF	10	0
GO	4*	0
MG	28	1
MS	3	0
MT	0*	0
PA	5*	0
PE	4*	1
PI	3	0
PR	12	0
RJ	39	1
RN	7*	0
RO	0	1
RS	46	1
SC	5	0
SE	0*	0
SP	110	0
TO	0*	0
TOTAL	267	7

*Pro Residência

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES/SAS/MS

A tabela 15 apresenta o número de Vagas de Residência em Psiquiatria e o número de Programas de Residências Multiprofissionais por UF, aprovados em 2010.

O ano de 2011 foi um período de reorganização interna da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde, com implicações positivas para 2012.

Foi publicado edital de seleção de programas de Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais, que teve processo de inscrição encerrado em 30 de setembro e no momento está em fase de seleção. As informações relativas ao resultado deste novo edital estarão disponíveis na próxima edição do Saúde Mental em Dados.

Reabilitação Psicossocial

Tabela 16 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005-2012)

INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA -	
ESTADO	NÚMERO DE INICIATIVAS
ACRE	4
AMAPÁ	0
ALAGOAS	16
AMAZONAS	7
BAHIA	58
CEARÁ	26
DISTRITO FEDERAL	12
ESPÍRITO SANTO	9
GOIÁS	14
MARANHÃO	14
MINAS GERAIS	56
MATO GROSSO DO SUL	22
MATO GROSSO	14
PARÁ	11
PARAÍBA	28
PERNAMBUCO	24
PIAÚI	8
PARANÁ	48
RIO DE JANEIRO	80
RIO GRANDE DO NORTE	17
RONDÔNIA	1
RORAIMA	0
RIO GRANDE DO SUL	36
SANTA CATARINA	38
SERGIPE	11
SÃO PAULO	85
TOCANTINS	21
TOTAL	660

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental.

Empreendimentos Solidários



A reabilitação psicossocial é compreendida como ações de fortalecimento de usuários e familiares mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania e a produção de novas possibilidades para projetos de vida.

A Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária surgiu em 2004, por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES do Ministério do Trabalho e Emprego. Desde então, ambos os Ministérios têm desenvolvido ações de incentivo técnico e financeiro para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial e inclusão pelo trabalho de usuários e familiares da rede de atenção psicossocial. No âmbito do Ministério da Saúde, a Portaria GM nº 132, de 23 de janeiro destina incentivo financeiro para apoio as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Atualmente, existem 660 iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais mapeadas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, que articulam sistematicamente saúde mental e economia solidária. Com a III Chamada de Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na RAPS lançada em 26/09/12, a expectativa do Ministério da Saúde é que este número aumente ainda mais.

Em 2012, o Ministério da Saúde em parceria com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro realizou novas turmas no Curso de Gestão de Empreendimentos da Saúde Mental, nas modalidades a distância e presencial e formou 120 usuários e trabalhadores de empreendimentos solidários.

Gastos da Política

Gastos da Política I





Tabela 17 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra hospitalares entre 2002 e 2011

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ações e programas extra-hospitalares	153,31	226,00	287,35	406,13	541,99	760,47	871,18	1012,35	1.280,60	1.291,09
Ações e programas hospitalares	465,98	452,93	465,51	453,68	427,32	439,90	458,06	482,83	534,25	525,17
Total	619,29	678,94	752,85	859,81	969,31	1.200,37	1329,24	1495,18	1.814,85	1.816,26
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75,24	66,71	61,83	52,77	44,08	36,65	34,46	32,29	29,44	28,91
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24,76	33,29	38,17	47,23	55,92	63,35	65,54	67,71	70,56	71,09
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293,33	30.226,28	36.538,02	40.794,20	46.185,56	49.489,37	54.120,30	62.919,10	67.339,28	78.561,27
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2,19	2,25	2,06	2,11	2,10	2,43	2,46	2,38	2,70	2,31
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293,34	27.181,16	32.703,50	37.145,78	40.750,59	45.803,74	48.670,19	58.270,26	61.965,20	72.332,28
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2,55	2,50	2,30	2,31	2,38	2,62	2,73	2,57	2,93	2,51

Passado o período para que os gestores estaduais e municipais insiram e/ou corrijam informações de produção através do sistema DATASUS, verificamos na tabela ao lado as informações finais sobre a evolução dos gastos federais da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas durante o período 2002-2011.

Percebe-se, no ano de 2011, um crescimento pequeno dos gastos com a Rede, em relação ao crescimento dos anos anteriores. Faz-se necessário contextualizar que em 2010 o Ministério da Saúde pôde contar com recursos extraordinários, decorrentes de Medida Provisória para ações em saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas. Apesar de não contar com recursos extraordinários em 2011, ainda assim foi possível aumentar o valor dos gastos com a Rede de Atenção Psicossocial.

Os gastos com a Rede chegaram a 2,31 % do orçamento total da Saúde. Se considerarmos apenas os gastos federais com ações e serviços de Saúde (ASPS), o investimento federal chega a 2,51% do total gasto pelo Ministério.

Para os próximos anos espera-se um aumento significativo do investimento financeiro na Rede de Atenção Psicossocial, por conta reajuste dos valores pagos aos CAPS, da quantidade de novos CAPS habilitados durante o ano corrente, da expectativa de instituição do componente variável de financiamento destes pontos de atenção, da instituição do custeio mensal para os SRTs, da criação de novos dispositivos de cuidado de base comunitária e do investimento para qualificação da rede como um todo.

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal - Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

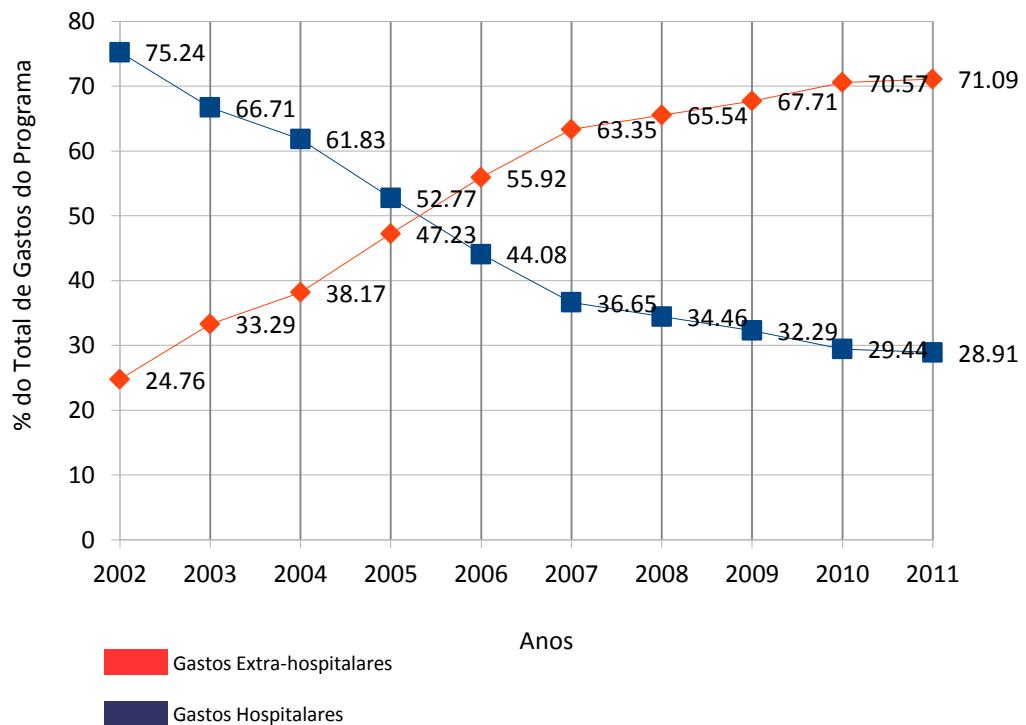
Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

29

Gastos da Política

Gastos da Política II

Gráfico 7 - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra hospitalares entre 2002 e 2011



O Gráfico ao lado apresenta o comportamento dos gastos em saúde mental com serviços e ações extra hospitalares e com a rede hospitalar entre os anos de 2002 e 2011..

Até o ano de 2005 os gastos com a rede hospitalar superavam o investimento na rede de atenção de base comunitária e territorial. A partir do ano seguinte houve uma inversão dos investimentos em saúde mental, com importante incentivo à rede extra hospitalar, cujos investimentos seguem crescendo.

Esta tendência deve se confirmar para o ano de 2012 tendo em vista o volume de novos serviços implantados e a já mencionada instituição do custeio mensal para diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial

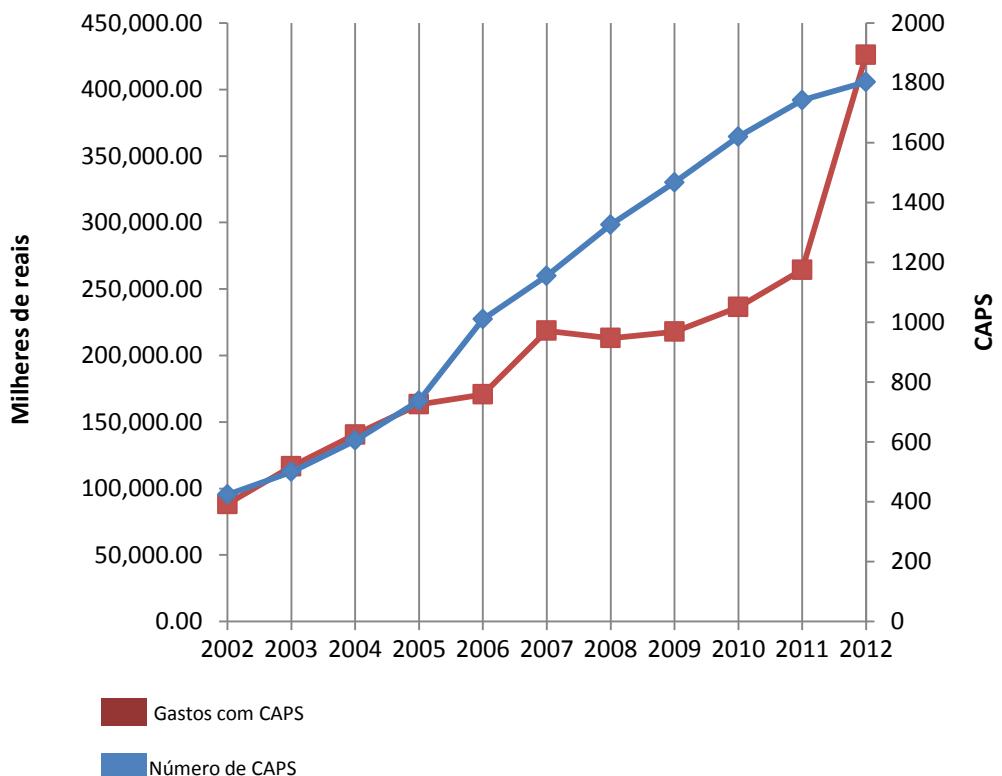
O significativo aporte de recursos RAPS reafirma o compromisso da gestão federal com uma oferta de cuidado diversificada e qualificada, que proporcione o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Gastos da Política

Gastos com CAPS

Gráfico 8 - Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2002-jul/2012)



O Gráfico 8 apresenta o aumento de recursos financeiros federais aplicados no custeio dos CAPS, em função do aumento do número de serviços.

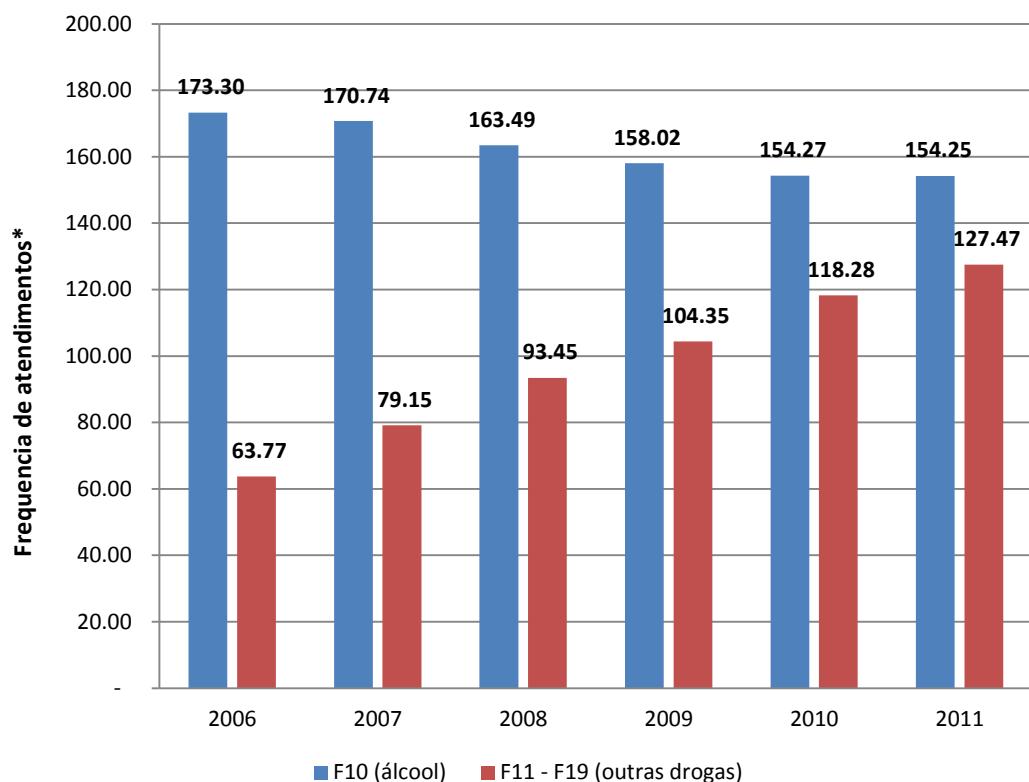
Ao lado podemos observar que entre os anos de 2002 e 2005 o valor pago aos CAPS acompanhou o crescimento desses serviços no país, sem grandes variações. Nos anos seguintes, porém, este valor permaneceu aquém da expansão dos serviços, com expressiva queda partir do ano de 2007, que coincide tanto com a alteração dos códigos dos procedimentos dos CAPS na nova tabela unificada de procedimentos do SUS, quanto com o novo modelo de financiamento proposto pela Portaria GM nº 2.867, de 27 de novembro de 2008, que fixou o custeio dos CAPS com base na série histórica de procedimentos.

No ano de 2012 é nítido o aumento do aporte de recursos federais para custeio dos CAPS, sendo possível que a média de recursos destinados a estes serviços seja maior do que o valor apurado, desde 2002. Isto se deve às Portarias GM nº 3089 de 23 de dezembro de 2011 - que estabelece novos valores de financiamento para os CAPS - e nº 3099, de 23 de dezembro de 2011 - que repassa novos recursos aos CAPS já existentes para que atinjam os valores da PT nº 3089.

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Álcool e Outras Drogas - Evolução do Atendimento em Álcool e Outras Drogas no Brasil

Gráfico 9: Evolução anual dos atendimentos em álcool e outras drogas pelo SUS
(Brasil, 2006 a 2011)



*Em milhares

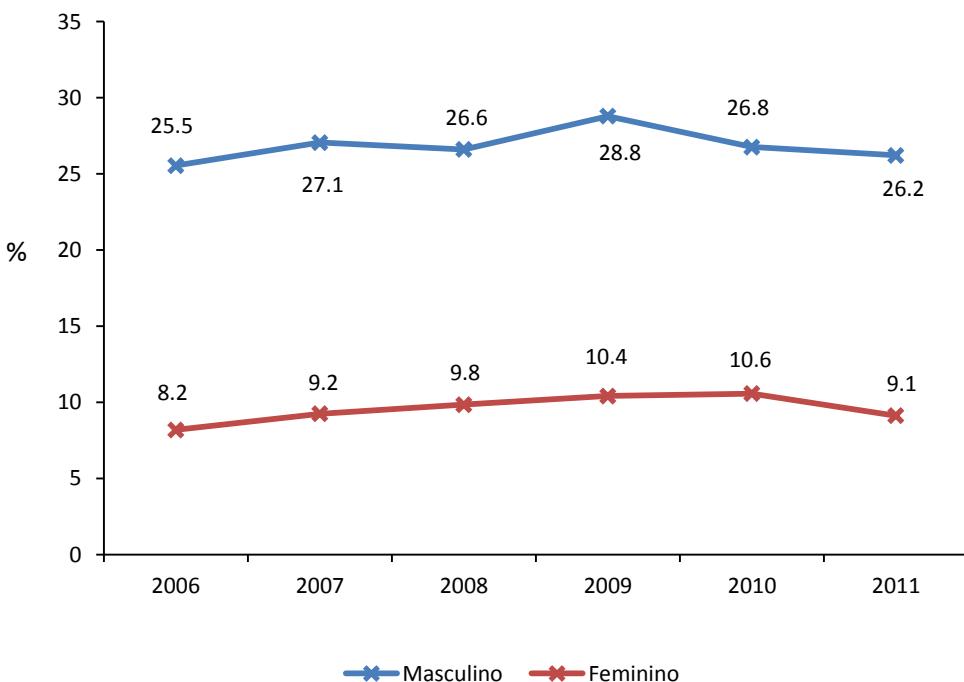
Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e DATASUS

O gráfico ao lado apresenta a evolução dos atendimentos a usuários de álcool e outras drogas no SUS, de 2006 a 2011.

Pelos dados apresentados, pode-se observar que o álcool ainda é a droga com o maior número atendimentos pelo SUS no país, mesmo apresentando pequena queda durante o período analisado. O expressivo número de usuários de álcool impacta na maior procura por atendimento de saúde em comparação a usuários de todos os outros tipos drogas.

Nos últimos anos, com o destaque dado ao abuso de outras drogas, em especial o crack, e com a definição deste tema como uma das prioridades na agenda do governo federal, houve importante ampliação da rede de cuidados às pessoas que fazem uso destas substâncias, repercutindo diretamente no aumento do número de atendimentos.

Gráfico 10: Evolução do consumo de bebidas alcoólicas* nos últimos 30 dias por adultos (≥ 18 anos) por sexo



*Prevalência do consumo episódico de 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais para homens

Fonte: Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/SVS/MS

O Vigitel compõe o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT do Ministério da Saúde e, junto a outros inquéritos - como os domiciliares e em populações escolares - vem ampliado o conhecimento sobre as DCNT no país. Além de atualizar a frequência e distribuição dos principais indicadores do sistema, o Vigitel 2011 descreve a evolução anual desses indicadores desde 2006.

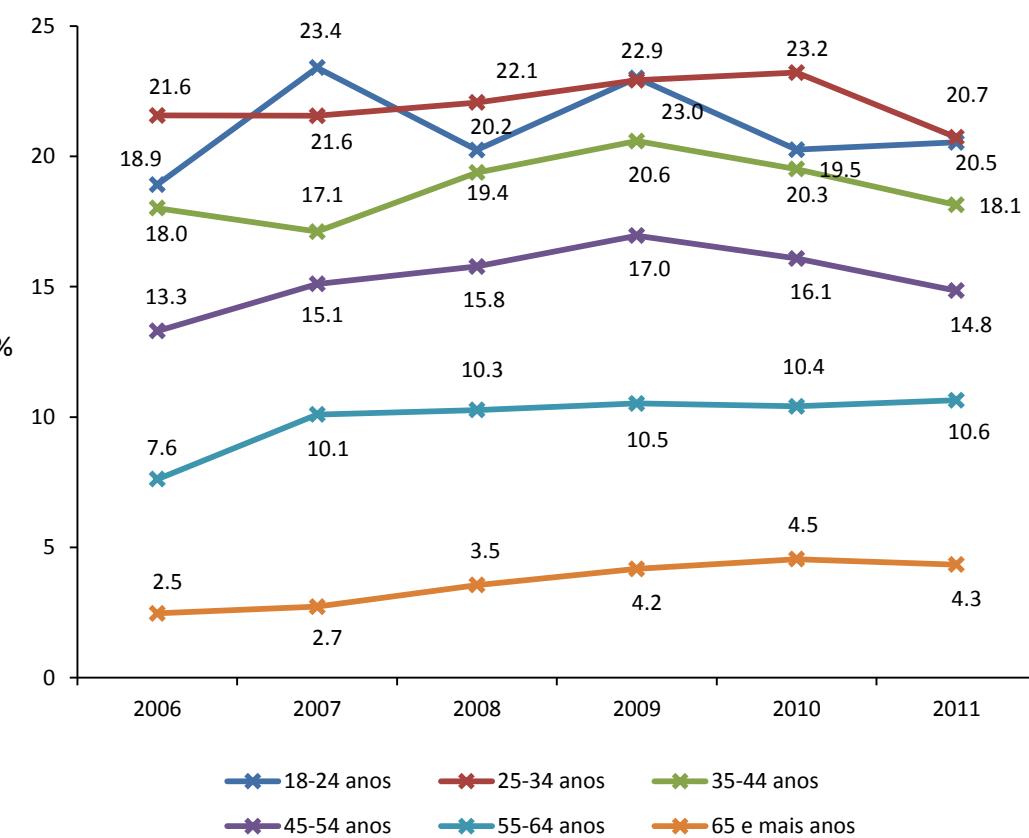
O Gráfico 10 apresenta dados que indicam a porcentagem de pessoas que informaram consumo de bebidas alcoólicas (4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais doses para homens) nos últimos 30 dias. Este padrão de consumo, denominado pela OMS como “beber pesado episódico” (ou *binge drinking*), pode acarretar em situações de risco, como dirigir sob efeito de álcool, ter relações sexuais desprotegidas, situações de violência, além dos danos à sua saúde física e psíquica.

Embora apresente certa estabilidade ao longo dos anos, o consumo apresenta um percentual expressivo de pessoas, em especial entre os homens.

Álcool e Outras Drogas

Dados da SVS – Vigitel II

Gráfico 11: Evolução da frequência de consumo de bebidas alcoólicas* nos últimos 30 dias por adultos (≥ 18 anos) por grupos de idade



* Prevalência do consumo episódico de 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais para homens
 Fonte: Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/SVS/MS

O gráfico ao lado apresenta uma tendência observada em diversos estudos sobre o consumo de bebidas alcoólicas: quando se relaciona o uso de álcool e a faixa etária, o consumo entre os jovens adultos é maior do que entre os mais velhos. Não por acaso as propagandas de bebidas alcoólicas tem como seu principal alvo o público jovem.

A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em parceria com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem vem fomentando, no âmbito do Ministério da Saúde, a discussão sobre o tema, para a formulação de políticas específicas voltadas ao cuidado de adolescentes e jovens que fazem uso de álcool e outras drogas.

As parcerias do Ministério da Saúde com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS/OMS e com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime no Brasil – UNODC/ONU, também trabalham na direção do aprofundamento neste tema.

Pactuação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS: Grupos Condutores da RAPS

Tabela 18 – Estados com Grupos Condutores da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS formalizados

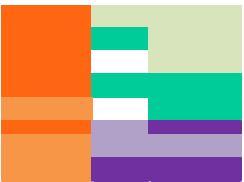
Região/UF	Grupo Condutor da RAPS
Norte	
Acre	SIM
Amazonas	SIM
Pará	SIM
Tocantins	SIM
Rondônia	SIM
Nordeste	
Alagoas	SIM
Bahia	SIM
Ceará	SIM
Maranhão	SIM
Pernambuco	SIM
Piauí	SIM
Rio Grande do Norte	SIM
Sergipe	SIM
Centro-oeste	
Goiás	SIM
Mato Grosso	SIM
Mato Grosso do Sul	SIM
Sudeste	
Espírito Santo	SIM
Minas Gerais	SIM
Rio de Janeiro	SIM
São Paulo	SIM
Sul	
Paraná	SIM
Santa Catarina	SIM

O Grupo Condutor é uma instância coletiva instituída no Estado e/ou município, que tem como proposta a operacionalização da implantação/implementação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS municipal, regional e/ou estadual, conforme diretrizes da Portaria GM nº 3.088/2011.

O Grupo Condutor da RAPS Estadual é constituído por representantes da Secretaria Estadual de Saúde – SES e representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS com o apoio institucional do Ministério da Saúde. A constituição do Grupo Condutor Municipal segue as mesmas diretrizes, com representatividade da Gestão do SUS municipal e apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde - SES.

As principais atribuições de um Grupo Condutor são: mobilizar os dirigentes políticos do SUS; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para implantação/implementação da rede; monitorar e avaliar a implantação/implementação da Rede em cada fase (adesão e diagnóstico, desenho regional da rede, pactuação e contratualização dos pontos de atenção e qualificação) e identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase.

Através de portarias ou resoluções, 22 (vinte) Grupos Condutores estaduais foram instituídos. A organização dos Grupos Condutores nas 5 Unidades Federativas restantes depende da tomada de decisão e definições políticas locais. Os apoiadores da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de mobilizar os atores políticos locais para a implementação destes Grupos.



Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Setor Administrativo Federal Sul (SAF Sul)
Trecho 2, Bloco F, Edifício Premium, Torre II, SALA 13
CEP 70.070-600
Brasília/DF
Fone (61) 3315.9144 Geral 3315-9143/9140/9141/9142
3315-6230/6231/6232
3315-6227/6228/6229
Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br

Arte/diagramação e editoria: June Scafuto
Coleta de Dados: Gabriela Hayashida e June Scafuto
Redação: Equipe da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS
Disponível nos portais: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

