

Saúde Mental em Dados 7

Edição Especial



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

Ano V, nº 7, junho de 2010

A Logo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, reproduzida totalmente ou em detalhe nesta publicação, foi inspirada em trabalho coletivo (colagem), realizado por usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro), exposto na 4ª Mostra de Artes Visuais "No Centro da Vida", Instituto Franco Basaglia, patrocínio Programa Petrobras Cultural.



Detalhe colagem coletiva – Usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro)



Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 7, Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010*. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Como referir: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010 (acesso em .../.../...).



Sumário

	Apresentação	4		Centros de Convivência	15
	CAPS por UF	5		PEAD	16
	CAPS – mapas de cobertura	6		Rede hospitalar	17
	CAPS – série histórica expansão anual	7		Redução de leitos	18
	CAPS – Série histórica cobertura por UF	8		Mudança do Perfil dos Hospitais Psiquiátricos	19
	Série Histórica CAPS por tipo	9		Leitos de Atenção Integral HG	20
	CAPS e grupos de municípios	10			
	SRT – Expansão anual	11		Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho	21
	Programa de Volta para Casa	12		Gastos do Programa	22
	Saúde Mental nos NASF	13		Gastos Medicamentos Excepcionais	23
	Ambulatórios	14		IV CNSM-I	24



Apresentação

A sétima edição do Saúde Mental em Dados é especial. Lançada às vésperas da fase nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I), ela busca apresentar grandes séries históricas de dados, que cobrem o período entre a III Conferência Nacional de Saúde Mental (realizada em dezembro de 2001) e a IV CNSM-I. O objetivo da IV CNSM-I é reunir de forma democrática usuários, representantes de órgãos públicos, entidades de classe, conselhos profissionais de saúde, entidades e organizações da sociedade civil, para que decidam o que recomendar aos gestores municipais, estaduais e federal do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o tema da saúde mental. Desta vez, a Conferência tem o caráter Intersetorial. Mais do que nunca, os dados do campo devem estar disponíveis para subsidiar a identificação de avanços e entraves ao processo de mudança do modelo de atenção.

Como nas outras edições, as três seções usuais de dados estão presentes: Rede de atenção psicossocial, Assistência psiquiátrica hospitalar e Outros dados. Nestas seções, estão disponíveis sobretudo séries históricas nacionais sobre os CAPS, as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa, os Hospitais Psiquiátricos, gastos do Programa de Saúde Mental e outros. As Fontes dos Dados são a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e o DATASUS.

Em destaque, alguns avanços do período:

O acesso à atenção em saúde mental aumentou. Chegamos a 63% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos.

Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. O ano de 2009 fechou com 35.426 leitos.

Os hospitais psiquiátricos restantes ficaram menores. Hoje 44% dos leitos em hospitais psiquiátricos estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas.

Os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares. Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares é maior do que os gastos hospitalares. No ano de 2009, 67,7 % do recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias.

Apesar desses avanços estruturais, há ainda muito a ser feito. Precisamos enfrentar neste momento novos desafios, desafios do novo modelo, em fase avançada de consolidação. Que a IV CNSM-I seja um espaço rico e plural de debate, para que contribua decisivamente para delinear novas estratégias intersetoriais para os avanços necessários.



A rede de atenção psicossocial

CAPS por UF

Tabela 1 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF
(Brasil – 25 de junho de 2010)

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Norte	15,359,603	39	22	2	3	11	77	0.38
Acre	691,132	0	1	0	0	1	2	0.29
Amapá	626,609	0	0	0	1	2	3	0.48
Amazonas	3,393,369	1	3	1	0	0	5	0.15
Pará	7,431,020	20	11	1	2	5	39	0.40
Rondônia	1,503,928	10	5	0	0	1	16	0.73
Roraima	421,499	1	0	0	0	1	2	0.36
Tocantins	1,292,051	7	2	0	0	1	10	0.50
Nordeste	53,591,197	334	120	13	34	70	526	0.77
Alagoas	3,156,108	36	6	0	1	2	45	0.86
Bahia	14,637,364	109	30	3	7	14	163	0.75
Ceará	8,547,809	43	27	3	6	17	96	0.89
Maranhão	6,367,138	36	13	1	3	6	59	0.65
Paraíba	3,769,977	36	9	2	7	8	62	1.19
Pernambuco	8,810,256	19	17	1	6	10	53	0.50
Piauí	3,145,325	23	5	0	1	4	33	0.68
Rio Grande do Norte	3,137,541	12	10	0	2	5	29	0.73
Sergipe	2,019,679	20	3	3	1	4	31	1.11
Centro-Oeste	13,895,375	43	24	1	5	15	88	0.48
Distrito Federal	2,606,885	1	2	0	1	2	6	0.21
Goiás	5,926,300	9	14	0	2	4	29	0.41
Mato Grosso	3,001,692	25	2	0	1	5	33	0.68
Mato Grosso do Sul	2,360,498	8	6	1	1	4	20	0.70
Sudeste	80,915,332	169	165	27	53	96	510	0.54
Espírito Santo	3,487,199	7	8	0	1	3	19	0.44
Minas Gerais	20,033,665	74	44	8	11	18	155	0.61
Rio de Janeiro	16,010,429	33	38	0	13	16	100	0.52
São Paulo	41,384,039	55	75	19	28	59	236	0.53
Sul	27,719,118	140	75	3	27	50	295	0.82
Paraná	10,686,247	34	26	2	7	20	89	0.68
Rio Grande do Sul	10,914,128	63	36	0	14	22	135	0.95
Santa Catarina	6,118,743	43	13	1	6	8	71	0.82
Brasil	191,480,630	725	406	46	122	242	1541	0.63

A tabela ao lado mostra o número de CAPS, de todos os tipos, existentes nos estados em 25 de junho de 2010. Além disso, mostra o indicador CAPS/100.000 hab. para cada estado e região. Pode-se dizer que temos hoje 63% de cobertura, se considerarmos o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 hab.

Nota: O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab. considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

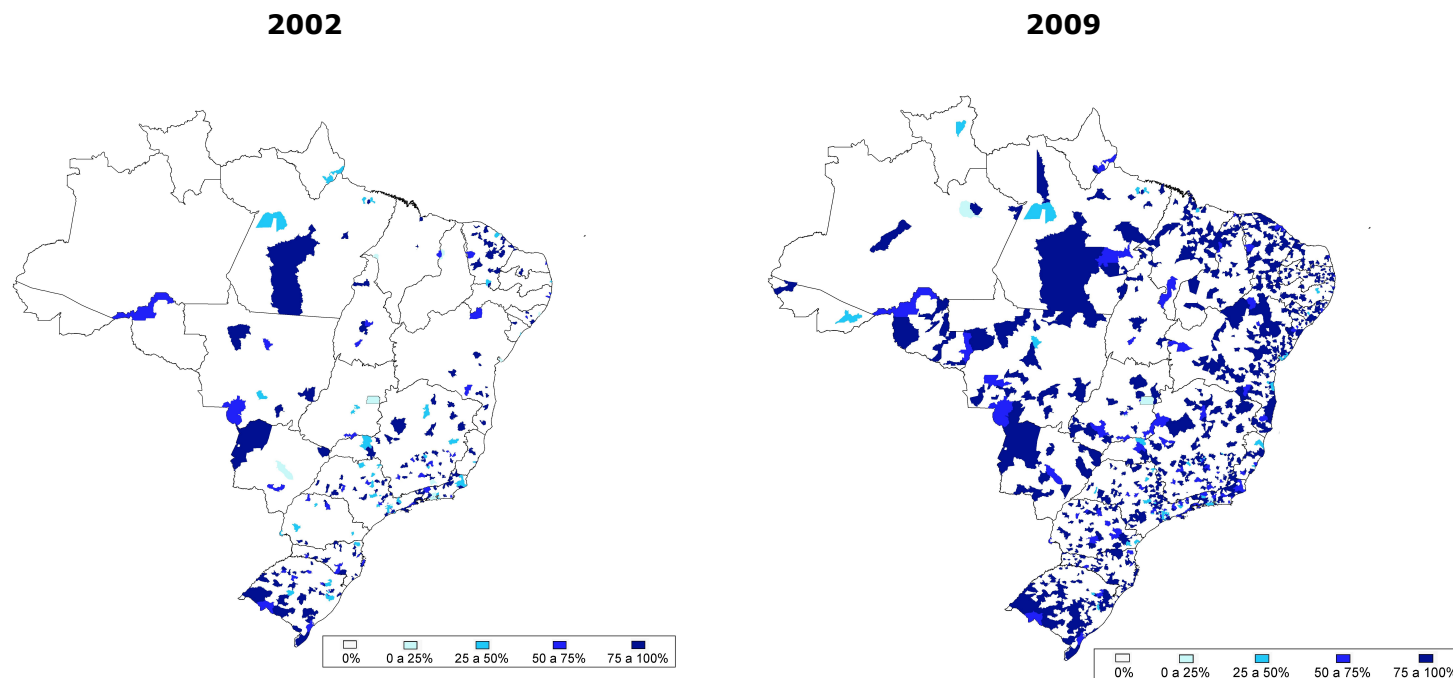
Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.



A rede de atenção psicossocial

CAPS – mapas de cobertura

Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002 e 2009
(parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)

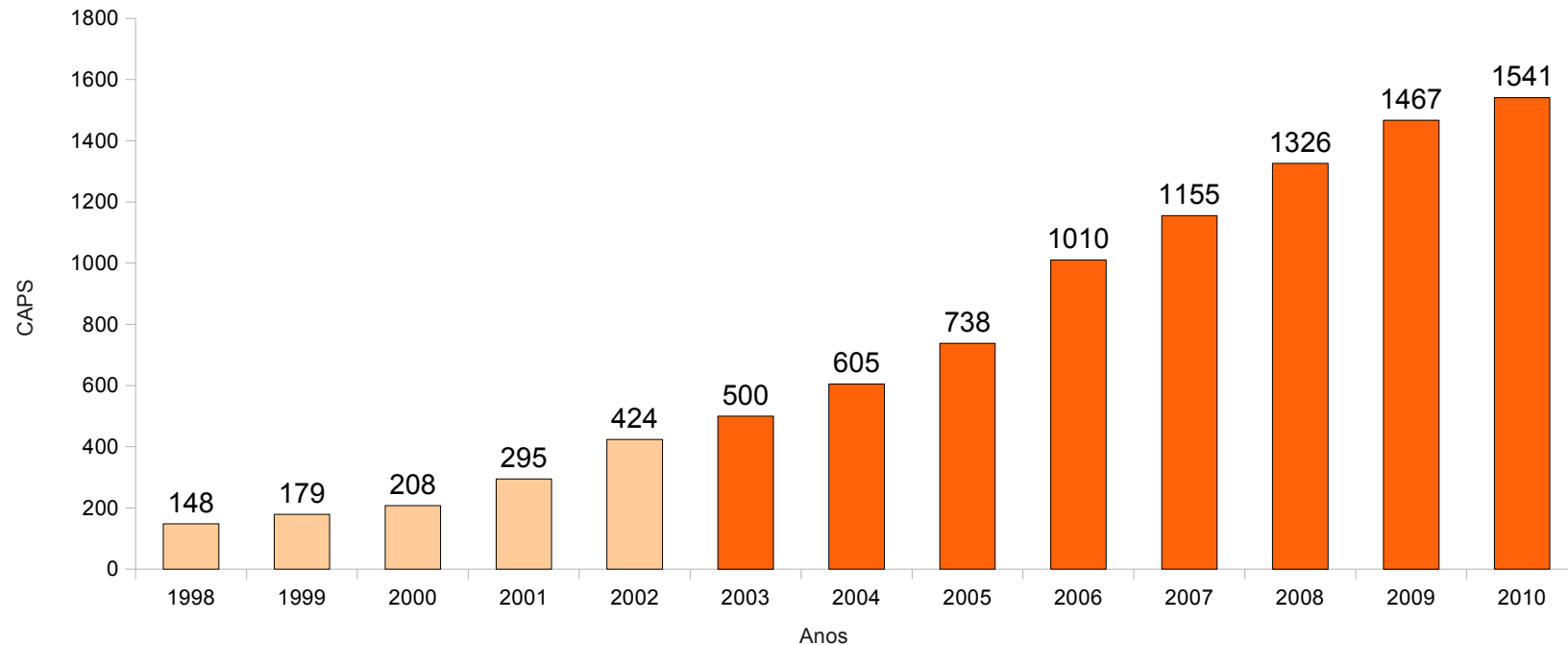


Estes mapas ajudam na visualização da expansão da cobertura em saúde mental de 2002 a 2009. A escala indica, em tons de azul, a cobertura dos municípios. Quanto mais escuro o azul, melhor a cobertura.

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



Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a 25 de junho de 2010)



Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001.

O gráfico acima mostra a expansão absoluta dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura Brasil em 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em 25 de junho de 2010, temos 1541 CAPS e 63% de cobertura.



A rede de atenção psicossocial

CAPS – Série histórica Cobertura por UF

Tabela 2 - Série Histórica Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil. 2002 - 2010*)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Norte	0.12	0.16	0.19	0.21	0.25	0.29	0.31	0.37	0.38
Acre	0.00	0.17	0.16	0.30	0.29	0.31	0.29	0.29	0.29
Amapá	0.19	0.19	0.36	0.34	0.32	0.34	0.33	0.49	0.48
Amazonas	0.00	0.00	0.00	0.03	0.11	0.11	0.10	0.12	0.15
Pará	0.16	0.21	0.24	0.24	0.27	0.32	0.33	0.40	0.40
Rondônia	0.14	0.17	0.20	0.36	0.42	0.55	0.67	0.67	0.73
Roraima	0.00	0.28	0.27	0.26	0.25	0.25	0.24	0.24	0.36
Tocantins	0.25	0.28	0.28	0.27	0.26	0.28	0.35	0.51	0.50
Nordeste	0.12	0.18	0.23	0.30	0.50	0.58	0.66	0.73	0.77
Alagoas	0.17	0.21	0.20	0.31	0.69	0.77	0.82	0.82	0.86
Bahia	0.08	0.19	0.23	0.25	0.45	0.52	0.60	0.72	0.75
Ceará	0.25	0.27	0.30	0.35	0.57	0.69	0.79	0.86	0.89
Maranhão	0.04	0.05	0.07	0.23	0.43	0.48	0.59	0.63	0.65
Paraíba	0.06	0.13	0.27	0.36	0.73	0.87	0.99	1.12	1.19
Pernambuco	0.14	0.20	0.24	0.27	0.32	0.36	0.45	0.46	0.50
Piauí	0.03	0.03	0.08	0.22	0.49	0.56	0.58	0.66	0.68
Rio Grande do Norte	0.19	0.23	0.27	0.37	0.56	0.63	0.69	0.71	0.73
Sergipe	0.11	0.32	0.55	0.66	0.75	0.88	0.90	1.03	1.11
Centro-oeste	0.14	0.19	0.23	0.30	0.34	0.36	0.43	0.46	0.48
Distrito Federal	0.07	0.07	0.07	0.11	0.10	0.10	0.22	0.22	0.21
Goiás	0.10	0.18	0.21	0.24	0.28	0.29	0.38	0.38	0.41
Mato Grosso	0.25	0.32	0.41	0.54	0.60	0.63	0.66	0.69	0.68
Mato Grosso do Sul	0.16	0.16	0.20	0.35	0.44	0.49	0.51	0.64	0.70
Sudeste	0.26	0.28	0.32	0.34	0.39	0.44	0.47	0.53	0.54
Espírito Santo	0.17	0.18	0.23	0.28	0.36	0.37	0.39	0.45	0.44
Minas Gerais	0.26	0.30	0.35	0.38	0.43	0.48	0.51	0.57	0.61
Rio de Janeiro	0.28	0.29	0.33	0.34	0.39	0.45	0.50	0.50	0.52
São Paulo	0.26	0.27	0.30	0.33	0.38	0.41	0.45	0.52	0.53
Sul	0.29	0.32	0.38	0.45	0.58	0.69	0.73	0.80	0.82
Paraná	0.15	0.16	0.21	0.28	0.45	0.60	0.65	0.68	0.68
Rio Grande do Sul	0.39	0.44	0.52	0.56	0.68	0.77	0.80	0.91	0.95
Santa Catarina	0.35	0.35	0.43	0.53	0.60	0.68	0.73	0.80	0.82
Brasil	0.21	0.24	0.29	0.33	0.43	0.50	0.55	0.60	0.63

*Até 25 de junho

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, IBGE
(Estimativas populacionais 2002 a 2006, 2008 e 2009. Em 2007, Contagem Populacional)

É importante notar o especial desempenho da região nordeste durante estes anos, que passou de uma cobertura considerada crítica, em 2002, para uma cobertura muito boa em 2009.

Já os estados da região norte são aqueles com maior dificuldade na expansão e consolidação da rede, também porque têm características muito peculiares. Para estes estados, precisamos instituir estratégias específicas de expansão, além de outros critérios para avaliação da cobertura da rede.

Parâmetros:

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)



Tabela 3 – Número de CAPS por tipo de ano (Brasil. 2002-2010*)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
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*	725	406	46	122	242	1541
%Crescimento o 2002-2010	400.00	118.28	142.11	281.25	476.19	263.44

* Até 25 de junho.

A tabela ao lado permite acompanhar a evolução do número de CAPS por tipo ao longo dos anos. O dado do crescimento percentual dos serviços oferece uma imagem do ritmo de crescimento de cada um dos tipos. Este dado pode levar a enganos, no entanto. O crescimento dos CAPS III, que foi de 142% no período, por exemplo, não é comparável ao crescimento dos CAPS II, que foi de 118 %. Para entendermos esta situação, basta pensarmos que para os CAPS III crescerem 100%, desde 2002, era necessário implantar mais 19 CAPS. Para crescer 100%, os CAPS II, por sua vez, precisaram de mais 186 CAPS novos.

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



Tabela 4 – Número de CAPS por faixa populacional (Brasil. 2002-2009).

Faixa populacional	2002		2009	
	% população	CAPS	% população	CAPS
Até 5.000	2.63%	0	2.26%	3
De 5.001 a 10.000	5.40%	3	4.86%	12
De 10.001 a 20.000	11.07%	14	10.50%	119
De 20.001 a 50.000	16.86%	59	16.59%	443
De 50.001 a 100.000	12.47%	90	11.83%	277
De 100.001 a 500.000	23.46%	136	24.80%	362
A partir de 500.001	28.13%	122	29.16%	251
Total	100.00%	424	100.00%	1467

A tabela acima distribui o número de CAPS dos anos de 2002 e 2009 por faixas populacionais. É interessante notar o aumento do número de serviços em municípios entre 20 e 50 mil habitantes ao longo dos anos (cerca de 30% dos CAPS estão hoje nestes municípios). Isto aponta para um processo de interiorização dos serviços (que também pode ser visto no mapa de cobertura 2009, na página 5).

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



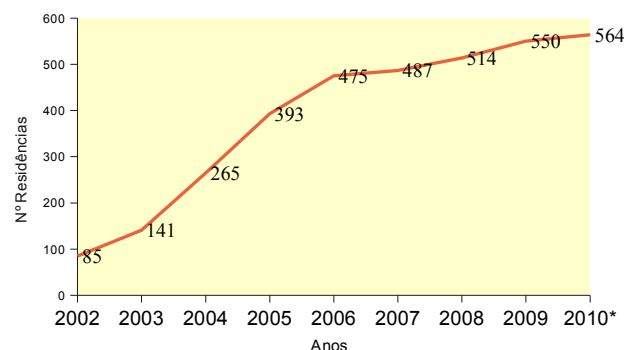
A rede de atenção psicossocial

Tabela 5 – Residências Terapêuticas por UF. (Brasil. Maio de 2010)

UF	Módulos Em funcionamento	Módulos Em implantação	Total de módulos	Total de moradores
AC	0	0	0	0
AL	0	0	0	0
AP	0	0	0	0
AM	0	0	0	0
BA	20	1	21	114
CE	5	4	9	29
DF	0	0	0	0
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	54
MA	3	0	3	18
MG	73	25	98	517
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	16	4	20	103
PE	14	54	68	89
PI	3	1	4	18
PR	22	2	24	138
RJ	102	7	109	570
RN	3	0	3	20
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	38	7	45	131
SC	3	2	5	23
SE	20	0	20	102
SP	215	40	255	1021
TO	0	0	0	0
Total	564	152	716	3062

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

Gráfico 2 – Incremento do número de Residências Terapêuticas (2003 – *maio de 2010)



A cobertura de SRTs ainda é baixa. Entre os fatores que dificultam a expansão desses serviços, estão os mecanismos insuficientes de financiamento do custeio, as dificuldades políticas na desinstitucionalização, a baixa articulação entre o programa de SRTs e a política habitacional dos estados e do país, as resistências locais ao processo de reintegração social e familiar de pacientes de longa permanência e a fragilidade de programas de formação continuada de equipes para serviços de moradia. Uma forma de financiamento intersetorial das SRTs ainda está por ser construída. Há demanda de SRTs para população com transtorno mental em situação de rua, não egressos de internações e para egressos de HCTPs* – para estes casos, o gestor não pode contar com os recursos de AIHs desativadas para custear as residências.

* Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

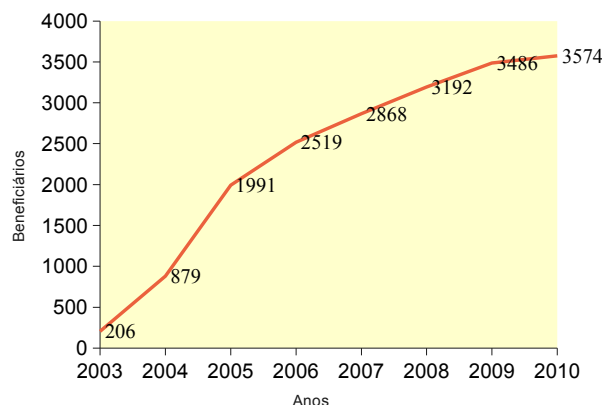


A rede de atenção psicossocial

Tabela 6 -Beneficiários do Programa por UF (Brasil. Junho de 2010)

Regiões/UF	Beneficiários
REGIÃO NORTE	4
Rondônia	0
Acre	0
Amazonas	0
Roraima	0
Pará	3
Amapá	0
Tocantins	1
REGIÃO NORDESTE	517
Maranhão	63
Piauí	19
Ceará	23
Rio Grande do Norte	5
Paraíba	78
Pernambuco	115
Alagoas	22
Sergipe	92
Bahia	100
REGIÃO SUDESTE	2347
Minas Gerais	532
Espírito Santo	34
Rio de Janeiro	710
São Paulo	1071
REGIÃO SUL	452
Paraná	185
Santa Catarina	31
Rio Grande do Sul	236
REGIÃO CENTRO-OESTE	254
Mato Grosso do Sul	0
Mato Grosso	54
Goiás	18
Distrito Federal	182
BRASIL	3574

Gráfico 3 - Incremento do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa (2003 - junho de 2010)



Apesar dos avanços alcançados, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é muito baixo – apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício. Muitos obstáculos ainda precisam ser enfrentados pelo processo de desinstitucionalização: problemas de documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Existe ainda grande dificuldade para a desinstitucionalização da população mais cronicada dos Hospitais Psiquiátricos - fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades demandam SRTs adaptados e adequados a essa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos.

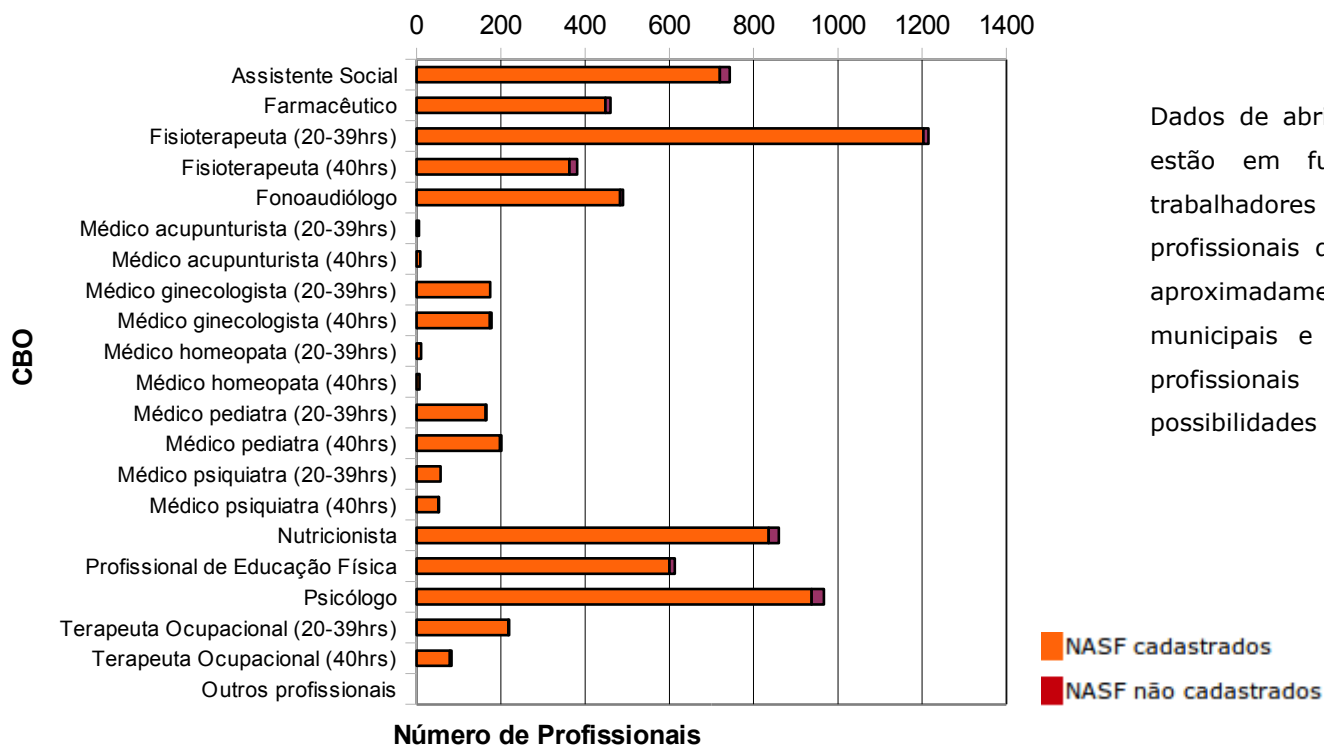
Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datusus



A rede de atenção psicossocial

Saúde mental nos NASF

Gráfico 4 – Nº de profissionais NASF por categoria ocupacional e carga horária (Brasil. Abril de 2010)



Dados de abril de 2010 informam que 1165 NASF estão em funcionamento no país. Dos 6.895 trabalhadores desses Núcleos, 2.123 são profissionais do campo da saúde mental, ou seja, aproximadamente 30%. Isto indica que os gestores municipais e estaduais continuam priorizando os profissionais de saúde mental dentre as possibilidades de contratações nos NASF.



A rede de atenção psicossocial

Ambulatórios

Tabela 7 – Ambulatórios Públicos de Saúde Mental por UF (Brasil, 2007)

Unidade Federativa	Ambulatórios de Saúde Mental
Região Norte	16
Acre	4
Amapá	1
Amazonas	2
Pará	-
Rondônia	-
Roraima	2
Tocantins	7
Região Nordeste	148
Alagoas	8
Bahia	37
Ceará	4
Maranhão	4
Paraíba	3
Pernambuco	62
Piauí	17
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	12
Região Centro-Oeste	22
Distrito Federal	1
Goiás	9
Mato Grosso	6
Mato Grosso do Sul	6
Região Sudeste	394
Espírito Santo	31
Minas Gerais	89
Rio de Janeiro	68
São Paulo	206
Região Sul	280
Paraná	54
Rio Grande do Sul	104
Santa Catarina	122
Brasil	860

Na tabela ao lado, temos uma relação ainda muito precária dos ambulatórios públicos de saúde mental do país. Estes ambulatórios têm em geral baixa resolutividade e um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde mental. É preciso discutir com mais profundidade no campo da reforma psiquiátrica o papel destes dispositivos.

Nota: "ambulatório de saúde mental", no levantamento ao lado, é o serviço constituído por ao menos quatro profissionais de saúde mental. Não é considerado "ambulatório de saúde mental" centro de saúde ou serviço em hospital geral.

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



A rede de atenção psicossocial

Centros de Convivência

Tabela 8 – Centros de Convivência e Cultura implantados (Brasil. 2008)

UF	Município	Centros de Convivência Implantados
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: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Levantamento realizado em 2008.

Os Centros de Convivência e Cultura são importantes equipamentos intersetoriais de inclusão social. Poucos estão consolidados, no entanto. É preciso construir alternativas para a expansão e custeio destes espaços, fundamentais para a consolidação do processo de mudança de modelo de atenção à saúde mental.



Quadro 1 – Equipamentos/Estratégias implantados pelo Plano Emergencial para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS (PEAD).
Brasil (Junho de 2009 a maio de 2010)

Equipamento/Estratégia	Implantados
CAPSad	26
CAPSi	11
CAPS III	5
Consultórios de Rua	34
Escola de Redutores de Danos	10
Projetos de Redução de Danos	24

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

O Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) foi lançado em junho de 2009, com o objetivo de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas. Para que tenhamos respostas adequadas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da complexa clínica no âmbito de AD, é preciso que diferentes equipamentos e estratégias estejam presentes no território. O quadro ao lado, que mostra o número de equipamentos implantados pelo PEAD deste junho de 2009, aponta para o investimento em Consultórios de Rua, que oferece cuidados básicos de saúde para população vulnerável no próprio contexto de rua, em ação conjunta com outros setores como Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte e outros, e na estratégia de Redução de Danos, para além da implantação de novos CAPS.

O PEAD também busca qualificar os Hospitais Gerais na atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e necessitam eventualmente de atenção hospitalar – o Plano aumentou as diárias em psiquiatria nesses hospitais, pela primeira vez maiores que as dos Hospitais Psiquiátricos. O Plano também investe em pesquisas para investigar o perfil do consumo de crack, os riscos associados e as intervenções clínicas que são eficazes na saúde pública.



Atenção Psiquiátrica Hospitalar

Rede hospitalar

Tabela 9 – Concentração de Leitos Psiquiátricos e Leitos/1000 hab. por UF
(Brasil. 2009)

Ranking Leitos /1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15,872,362	38	6,722	0.42
2º	PE	8,734,194	14	2,727	0.31
3º	AL	3,127,557	5	880	0.28
4º	PR	10,590,169	15	2,803	0.26
5º	SP	41,011,635	53	10,801	0.26
6º	RN	3,106,430	5	747	0.24
7º	GO	5,844,996	10	1,222	0.21
8º	PB	3,742,606	5	691	0.18
9º	ES	3,453,648	3	565	0.16
10º	SE	1,999,374	2	320	0.16
11º	MG	19,850,072	20	2,702	0.14
12º	TO	1,280,509	1	160	0.12
13º	SC	6,052,587	4	738	0.12
14º	PI	3,119,697	2	360	0.12
15º	CE	8,450,527	7	955	0.11
16º	MA	6,305,539	3	662	0.10
17º	MS	2,336,058	2	200	0.09
18º	RS	10,855,214	6	810	0.07
19º	MT	2,957,732	2	202	0.07
20º	BA	14,502,575	7	888	0.06
21º	AC	680,073	1	35	0.05
22º	DF	2,557,158	1	125	0.05
23º	AM	3,341,096	1	55	0.02
24º	PA	7,321,493	1	56	0.01
Total		187,093,301	208	35,426	0.189
Total Brasil		189,612,814			0.187

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./CNES-PRH/

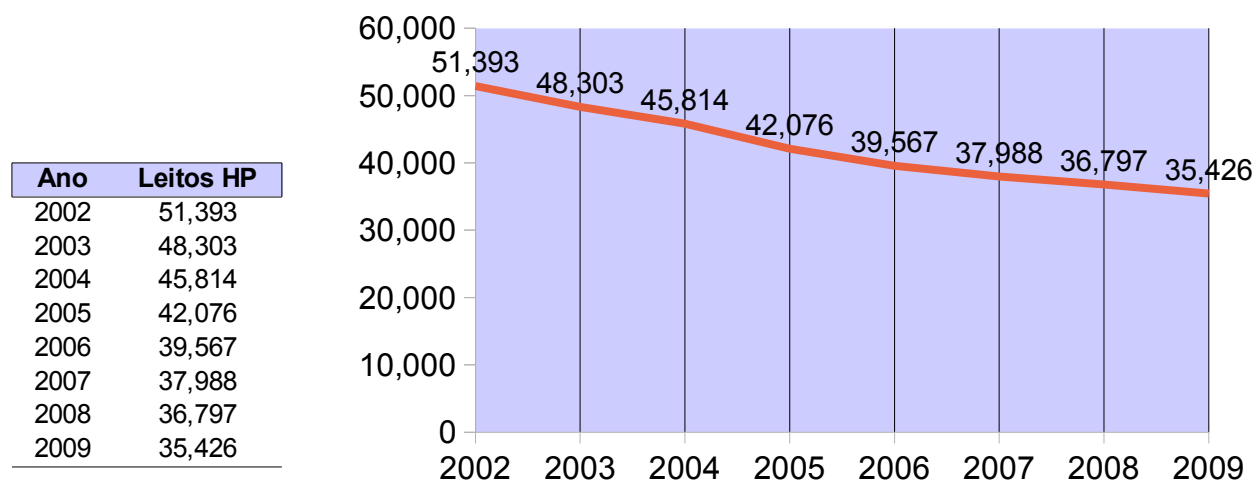
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O dados ao lado mostram a concentração atual de leitos em hospitais psiquiátricos nas unidades federativas. O estado do Rio de Janeiro segue apresentando a maior concentração de leitos por habitante.

Nota: para avaliar a concentração de leitos, é preciso considerar, além do número absoluto de leitos nos estados, o indicador leitos/1000 habitantes – que leva em conta a população dos estados. É somente através do indicador Leitos/1000 habitantes que podemos comparar os estados.



Gráfico 5 – Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 –2009)



O processo de redução planejada e programada de leitos ao longo dos anos foi acompanhado por significativa expansão da rede de atenção comunitária.

Cerca de 16.000 leitos em Hospitais Psiquiátricos foram fechados neste período através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica).

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



Tabela 10 – Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (2002 a 2009)

Faixas/Portes Hospitalares	Leitos Psiquiátricos			
	2002		2009	
	N	%	N	%
Até 160 leitos	12,390	24.11	15,583	43.99
De 161 a 240 leitos	11,314	22.01	6,948	19.61
De 241a 400 leitos	12,564	24.45	6,616	18.68
Acima de 400 leitos	15,125	29.43	6,279	17.72
Total	51,393	100	35,426	100

Fontes: Em 2002, SIH/SUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. Em 2008, PRH/CNES.

Desde 2002 os hospitais psiquiátricos vem ficando menores. Hoje 44% dos leitos em hospitais psiquiátricos estão situados em hospitais de pequenos porte, enquanto em 2002, apenas 24% dos leitos estavam nesses hospitais. Esta mudança – consequência desejada pelo Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH) - gerou a necessidade de atualizar as classes de remuneração dos hospitais psiquiátricos (que levam em conta o porte dos hospitais). Com a publicação da Portaria GM 2.644/09, de 28 de outubro de 2009, houve reagrupamento dos hospitais psiquiátricos em 4 classes. Os hospitais de menor porte (como sempre, desde a instituição do PRH) são melhor remunerados.



Atenção Psiquiátrica Hospitalar

Leitos de atenção integral HG

Tabela 11 – Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais por UF (julho de 2008)

UF	Nº hospitais Gerais com Leitos Psiquiátricos	Nº de Leitos Psiquiátricos SUS em Hospitais Gerais
AC	16	16
AL	-	-
AM	-	-
AP	1	16
BA	6	106
CE	8	31
DF	2	34
ES	5	28
GO	8	73
MA	-	-
MG	25	183
MS	20	98
MT	2	2
PA	3	54
PB	2	3
PE	3	52
PI	2	19
PR	11	152
RJ	60	172
RN	2	4
RO	1	35
RR	-	-
RS	129	637
SC	51	330
SE	2	24
SP	51	482
TO	5	17
Total	415	2568

Fontes: SIH/CNES (Dados preliminares e sujeitos a alterações)

A tabela ao lado mostra o número estimado de leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais. A expansão e qualificação de leitos de atenção integral à saúde mental nos Hospitais Gerais ainda é um grande desafio para a rede de saúde mental. Estes leitos, articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas devem oferecer acolhimento integral ao paciente em crise, em diálogo com outros dispositivos de referência para o usuário. A regulação desses leitos de atenção integral é fundamental para garantir acessibilidade e resolutividade, especialmente nas grandes metrópoles.

Para estimular a qualificação destes leitos, como parte do Plano Emergencial para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS (PEAD), houve reajuste dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais ao final de 2009 (PT GM 2.629/09). A partir desta portaria, pela primeira vez, os procedimentos de psiquiatria em HG passam a ser melhor remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos.



Outros Dados

Iniciativas de Inclusão Social pelo trabalho

Tabela 12 – Iniciativas de Inclusão Social pelo trabalho (Brasil - maio de 2010)

Regiões/UF	Iniciativas CIST
REGIÃO NORTE	20
Rondônia	0
Acre	0
Amazonas	5
Roraima	0
Pará	3
Amapá	0
Tocantins	12
REGIÃO NORDESTE	89
Maranhão	6
Piauí	6
Ceará	10
Rio Grande do Norte	7
Paraíba	18
Pernambuco	13
Alagoas	8
Sergipe	2
Bahia	19
REGIÃO SUDESTE	214
Minas Gerais	35
Espírito Santo	3
Rio de Janeiro	98
São Paulo	78
REGIÃO SUL	41
Paraná	17
Santa Catarina	8
Rio Grande do Sul	16
REGIÃO CENTRO-OESTE	29
Mato Grosso do Sul	2
Mato Grosso	12
Goiás	6
Distrito Federal	9
BRASIL	393

A parceria entre os ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego (Secretaria Nacional de Economia Solidária) permitiu a criação de uma política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inclusão social pelo trabalho. A Coordenação Nacional de Saúde Mental utiliza o Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) para mapear as experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental, que já são 393. Este cadastro é um importante instrumento para a construção de uma rede de apoio às iniciativas.

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental.



Outros Dados

Gastos do Programa

Tabela 13 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1,200.37	1329.24	1495,18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
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
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
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
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

*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/SE/MS, DATASUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

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

Os recursos federais empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares a partir do ano de 2006.

Se calcularmos o per capita investido em saúde mental em cada ano e corrigirmos estes valores considerando a inflação, veremos que de 2002 a 2009, **os gastos da União com o programa cresceram cerca de 37%.**

Veremos ainda, que os investimentos são indutores do novo modelo: **enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu cerca de 269%, o investimento hospitalar decresceu cerca de 40% (1)**

(1): O "Saúde Mental em Dados" contou com a luxuosa assessoria de Gilson Carvalho para a apresentação dos dados descritos acima, ainda preliminares. A correção dos dados foi feita através do IGP-DM (Índice Geral de Preços do Mercado)



Outros Dados

Gastos Medicamentos Excepcionais

Tabela 14 – Recursos federais*, em reais, destinados ao pagamento de medicamentos excepcionais/saúde mental

Medicamentos Excepcionais	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CLOZAPINA 100 MG	6.142	7.145	7.855	10.137	11.736	11.289	13.871	14.561
CLOZAPINA 25 MG	0.023	0.018	0.037	0.047	0.067	0.071	0.101	0.113
OLANZAPINA (G) 10 MG	23.041	33.392	39.573	56.203	73.898	124.058	144.076	147.505
OLANZAPINA (G) 5 MG	2.791	3.820	4.858	6.374	8.308	13.791	15.698	15.967
QUETIAPINA (G) 100 MG	0.003	0.234	1.417	3.174	5.503	10.954	16.080	18.157
QUETIAPINA (G) 25 MG	0.000	0.028	0.173	0.480	0.820	1.884	2.737	3.402
QUETIAPINA (G) 200 MG	0.001	0.143	1.106	3.233	6.114	16.361	29.125	37.389
RISPERIDONA 1 MG	0.271	0.295	0.399	0.692	0.909	0.302	0.410	0.453
RISPERIDONA 2 MG	3.430	3.474	4.115	5.377	6.003	1.175	1.427	1.477
ZIPRASIDONA (G) 80 MG	0.012	1.036	3.941	9.809	16.336	20.711	21.960	17.493
ZIPRASIDONA (G) 40 MG	0.102	1.666	4.632	7.043	8.116	9.521	9.100	6.932
Total	35.817	51.250	68.105	102.570	137.810	210.117	254.586	263.449

* Em milhões

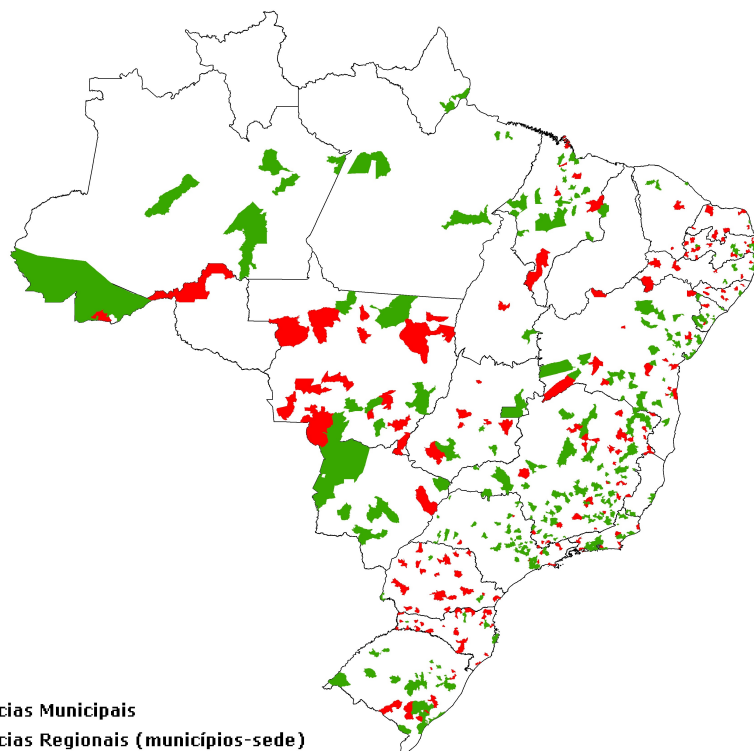
Uma análise preliminar da tabela acima aponta para grande aumento do custeio federal das medicações antipsicóticas atípicas. Este aumento absoluto de recursos aponta para diferentes fenômenos. Em primeiro lugar, sugere que medicações mais seguras e com menos efeitos colaterais vêm sendo utilizadas com maior frequência, o que implica na melhora da qualidade da assistência no âmbito do SUS. Os valores, no entanto, são excessivamente altos, se aproximando do custeio federal de toda a rede CAPS. O custo atual é desproporcional à indicação de uso no programa de medicação de alto custo (pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária), indicando a necessidade de reavaliação do protocolo, possivelmente ampliando as indicações e implantando protocolos clínicos de controle dos usuários. É necessário, por exemplo, criar protocolos de acompanhamento de dislipidemias em usuários de olanzapina, controle raramente feito.

Fonte: DATASUS



Outros Dados

IV CNSM - I



Fonte: Comissão Organizadora Nacional da IV CNSM-I.

O mapa ao lado mostra os municípios nos quais foram realizadas Conferências Municipais e Regionais, na etapa municipal da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (IV CNSM-I)

Ao todo, foram realizadas 359 Conferências Municipais e 204 Conferências Regionais. Todos os estados realizaram Conferências Estaduais. No Estado de São Paulo o Conselho Estadual de Saúde convocou Plenária, na ausência de convocação da Conferência pelo Estado.

A etapa Nacional da IV CNSM-I será realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho e 1º de julho, com 1520 participantes, entre delegados, observadores e convidados.



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) 3306-8140/8141/8142/8143/8144

Fax (61) 33068122

Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br

Coleta de Dados, redação e editoria: Renata Weber, Pedro Gabriel Delgado, Marcelo Kimati, Ana Lúcia Ferraz Amstalden, Mayara Soares dos Santos, Miriam Di Giovanni e 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

Edição fechada em 25 de junho de 2010.