



Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

Diretoria da ABP

João Alberto Carvalho

Luiz Alberto Hetem

Paulo Roberto Zimmermann

Rosa Garcia

João Carlos Dias

Helio Lauer - **Relator**

Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001

- A falta de tratamento em saúde mental ainda é um dos mais graves problemas de hoje, considerando-se a magnitude e ônus causado pelos transtornos mentais e comportamentais que afetam 20 a 25% da população, em um dado momento durante a sua vida
- Os transtorno mentais são universais e afetam todos os países, todos os indivíduos e em todas as idades
- Estes transtornos tem um pronunciado impacto econômico direto e indireto nas sociedades, incluído o custo dos serviços

Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001

- Os transtornos mentais são responsáveis pelo impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, causando 12 % do total dos anos de vida ajustados por incapacitação (2000) com previsão de chegar a 15% em 2020, indicando que pequena minoria recebe tratamento
- Os fatores que determinam a prevalência são: pobreza, sexo, idade, conflitos e catástrofes, doenças físicas graves e ambiente familiar e social
- Os transtornos poderão se apresentar de modo combinados

Os Dez princípios da OMS

Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001

- **Proporcionar tratamento em cuidados primários** (ampliar acesso)
- **Disponibilizar medicamentos psicotrópicos** (medicamentos de saúde mental devem estar incluídos na lista de medicamentos essenciais)
- **Proporcionar tratamento na comunidade** (melhora a qualidade de vida de portadores de transtornos crônicos, reduz custos e respeita direitos de cidadania, permite intervenções precoces, limita o estigma associado ao tratamento)
 - Apoio com leitos em hospitais gerais
 - Acolhimento nos momentos de crise
 - Cuidados residenciais
 - Reabilitação
 - Proteção na habitação e emprego
- **Educar o público** (campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental)

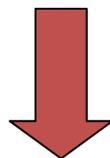
Os Dez princípios da OMS

Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001

- **Envolver comunidades, familiares e pacientes na formulação, tomadas de decisões sobre políticas, programas e serviços** (levar em consideração idade, sexo, cultura e condições sociais)
- **Estabelecer políticas, programas e legislações nacionais** (a reforma em saúde mental deve estar no contexto amplo da reforma do sistema de saúde, os planos de saúde não devem discriminar os portadores de saúde mental)
- **Preparar recursos humanos** (aumentar e aperfeiçoar de profissionais para a saúde mental que prestarão cuidados especializados e apoiarão programas de cuidado primário em saúde mental)
- **Estabelecer vínculos com outros setores** (trabalho, educação, previdência social, direito, e ONGs com papéis bem definidos)
- **Monitorar a saúde mental na comunidade** (incluir indicadores de SM nos sistemas de informação e notificação de saúde, monitorando catástrofes)
- **Apoiar mais pesquisa** (biológica e psicossocial com ampla base de dados internacional)

Como deve funcionar a rede de saúde mental no município segundo o MS

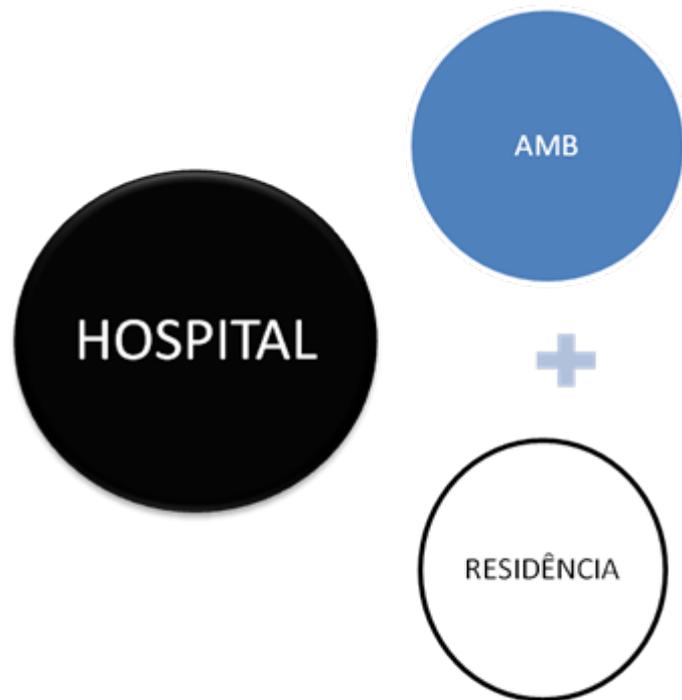
*“A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a **atenção psicossocial** aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demanda dos municípios. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os **CAPS** como serviços estratégicos na **organização de sua porta de entrada e de sua regulação**”*



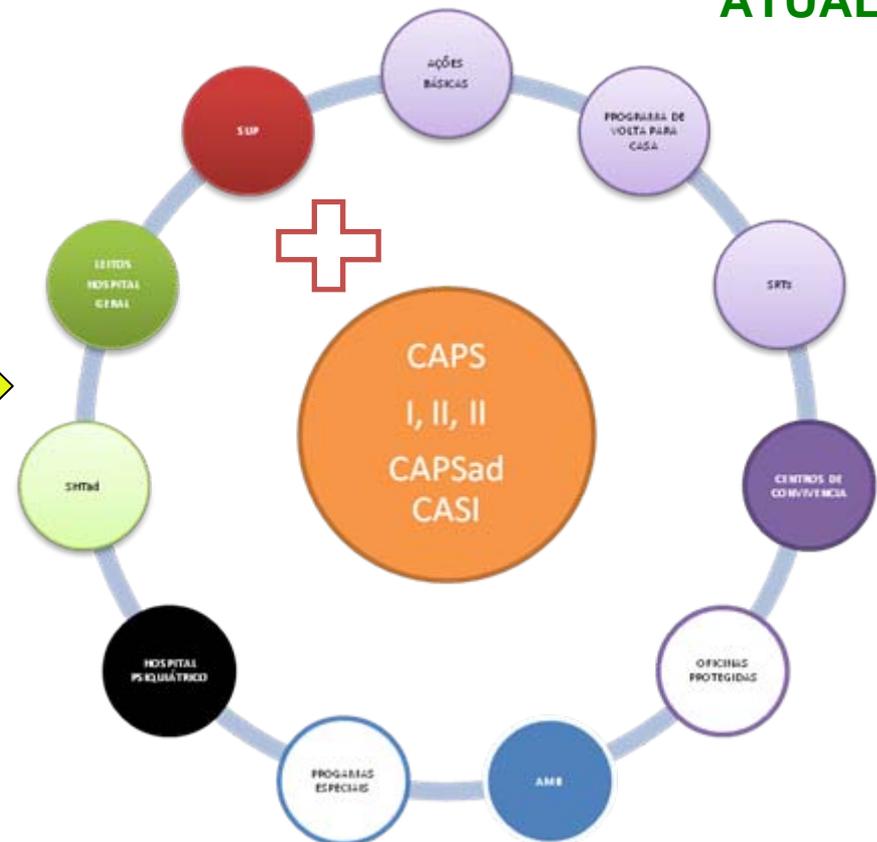
A mudança do dispositivo assistencial e seus benefícios e problemas de implantação

Política de Saúde Mental no Brasil

ANTERIOR



ATUAL



LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. (CONTINUIDADE)

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. (CONTINUIDADE)

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. (CONTINUIDADE)

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. (CONTINUIDADE)

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (*Jose Gregori, José Serra, Roberto Brant*)

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

- 1- atende em linhas gerais e formalmente aos documentos internacionais
- 2- regida pela LEI 10216 de 06 de abril de 2001, mas se norteia através de diretrizes e portarias ministeriais que atendem às premissas do Projeto de Lei Paulo Delgado
- 3- organizada como um projeto psicossocial, tende regularmente a excluir o discurso médico culpabilizando-o pelos desacertos da política anterior, ao em vez de trabalhar pela inclusão deste discurso num contexto de saúde integral
- 4- A rede de saúde mental depois de 20 anos de implantação ainda não esta constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção médica e psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

- 6- A Proposta de um critério populacional articulado ao de demanda dos municípios para implantação de serviços de SM, apontado pelo MS ideologiza o parâmetro técnico de planejamento
- 7- O fechamento de leitos para internação psiquiátrica não consideram as necessidades clínicas, gravidade e ou complexidade, apesar da insuficiência de CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSI sob o ponto de vista de proporcionalidade populacional
- 8- A intenção doutrinária de fechar hospitais psiquiátricos, considerados genericamente asilares, se recusa a considerar as refratariedades terapêuticas, falta de insumos disponíveis, e insuficiência de rede de suporte social, entre outros, culpando a instituição e não a política assistencial pelo insucesso terapêutico

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

9- Não existem leitos psiquiátricos suficientes e disponíveis em Hospitais Gerais, e os Serviços Hospitalares de Referência estão previstos somente para Dependentes de Álcool e Drogas (mas também não criados)

10- Ações de saúde mental na atenção básica não estão implementadas, e não existem políticas que incentivam a fixação de profissionais de saúde mental em áreas e ou regiões mais necessitadas

11- Os CAPS não atendem as demandas populacionais nem nos grandes centros e nas regiões mais desenvolvidas e ricas do país

12- Os Ambulatórios estão previstos, mas estão sendo impedidos de serem criados pelos gestores e quando existem, mesmo para ensino ou pesquisa são limitados, não entram na lógica de regulação dos CAPS, não possuem agendamento e fluxo como os demais serviços)

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

- 13- Estratégias psicossociais produzem um borramento nas diferenças clínicas e se afastam da exigência de criar programas e protocolos para abordagem e tratamentos diferenciados dos vários transtornos mentais e em atenção a sua especificidade
- 14- Insuficiência de programas terapêuticos para tratar a Dependência Química, outros transtornos que exigem Protocolos e ou Programas Especiais (ex: Retardo Mental, Autismo, Transtornos Alimentares, Transtornos Anti-sociais, Transtornos Sexuais, Tratamentos Compulsórios, etc...)
- 15- Faltam programas psiquiátricos para populações especiais (infância e adolescência, índios, DST AIDS, população carcerária, idosos, população de rua, vítimas de catástrofes, etc.)
- 16- Redefinição de critérios para alto-custo (medicações especiais, TC, RM, RMF, SPECT, PET, EEG, avaliações NP) e tratamentos biológicos (ECT, ETC)

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

16- Os programas de reabilitação, quando existem, privilegiam centros de convivência e estimulação para produção de artesanato, sem construir oficinas protegidas e cooperativas de trabalho, estrutura necessárias e preparadas para competir no mercado formal com trabalho e economia solidários

17- Os SRTs não estão implantados em numero suficiente para abrigar pacientes que perderam vínculos sociais, nem para funcionar como retaguarda para acolhimento de paciente em tratamento que necessitam de afastamento temporário dos vínculos familiares)

18- Programas de Volta para Casa tem valores insuficiente para custear a efetiva volta para casa, ou mesmo o custo da autonomia

19- A crescente “judicialização” da assistência e a freqüente confusão do MP entre direitos de cidadania e indicações terapêuticas dificultam o trabalho



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

Considerando

- 1- que a saúde mental e o bem-estar estão no centro da qualidade de vida do indivíduo e da sociedade
- 2- que a prevenção, o diagnóstico precoce, a intervenção e o tratamento das perturbações mentais reduzem significativamente as suas conseqüências pessoais, econômicas e sociais
- 3- que o valor acrescentado da estratégia comunitária em matéria de saúde mental se baseia principalmente no setor da prevenção e da promoção dos direitos humanos e civis das pessoas afetadas por distúrbios mentais
- 4- que os problemas de saúde mental existem em média em uma em cada quatro pessoas pelo menos um vez na vida e muitas mais são indiretamente afetadas, e ainda que o nível de cuidados de saúde mental varia consideravelmente entre os vários estados da federação
- 5- que as especificidades dos homens e das mulheres devem ser tomadas em conta ao abordar a questão da saúde mental

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

Considerando

6- que o suicídio continua a ser uma causa importante da morte prematura e que é antecedido de perturbações mentais, com freqüência de depressão, e considerando igualmente que a taxa de suicídios e de tentativas de suicídio entre as pessoas encarceradas ou detidas é superior à da população geral

7- que a elaboração de políticas destinadas a prevenir a depressão e o suicídio está intimamente ligada à proteção da dignidade humana

8- que, se a depressão é uma das perturbações mais freqüentes e graves, em muitos casos é insuficientemente tratada e que existem poucos programas de prevenção,

9- que ainda há falta de compreensão e de investimento para promover a saúde mental e a prevenção das perturbações mentais e que falta apoio às pessoas com problemas de saúde mental

10- que o custo econômico da falta de investimento na saúde mental gera ausência sistemática ao trabalho, incapacidade para o trabalho e aposentadoria antecipada e que estes custos estimados costumam ser menores que o encargo financeiro com problemas de saúde mental

Política Nacional de Saúde Mental: observações críticas da Associação Brasileira de Psiquiatria

Considerando

11- que as desigualdades socio-econômicas agravam os problemas de saúde mental e que as taxas de má saúde mental são mais elevadas nos grupos vulneráveis, e marginalizados tais como os desempregados, os imigrantes os (ex) prisioneiros, os consumidores de substâncias psicotrópicas, as pessoas com deficiência e as pessoas com doenças prolongadas e considerando que são necessárias ações de específicas e políticas apropriadas para ajudar à sua integração e inclusão social

12- que as pessoas com problemas de saúde mental apresentam um risco maior em relação à restante população de apresentar uma doença física e que têm menos possibilidades de ser tratados para essa doença física

13- que se a saúde física e mental são igualmente importantes e interagem entre si, que a saúde mental permanece com frequência não diagnosticada ou subestimada e é inadequadamente tratada

Política Nacional de Saúde Mental: propostas ABP

Propõe

- 1- promover a conscientização para a importância da boa saúde mental, em particular entre os profissionais do sector da saúde, bem como grupos alvo tais como os pais, os professores, os prestadores de serviços sociais e judiciais, o patronato, os prestadores de cuidados e, principalmente, o público em geral
- 2-melhorarem os conhecimentos sobre a saúde mental, bem como sobre a sua relação com hábitos de vida saudável, através da adopção de mecanismos de intercâmbio e divulgação de informações claras, facilmente acessíveis e compreensíveis
- 3-propor indicadores comuns para melhorar a comparabilidade dos dados, facilitar o intercâmbio de melhores práticas e a cooperação entre os Estados-Membros para a promoção da saúde mental

Política Nacional de Saúde Mental: propostas ABP

Propõe

4- que deve ser dada ênfase à prevenção da má saúde mental através de intervenções sociais, incidindo particularmente nos grupos vulneráveis; salienta que, nos casos em que a prevenção não é suficiente, é necessário incentivar e facilitar o acesso ao tratamento médico e que as pessoas com problemas de saúde mental deveriam ter pleno acesso à informação sobre formas inovadoras de tratamento

5- fazerem o melhor uso possível dos meios comunitários e nacionais disponíveis para a promoção das questões de saúde mental e a organização de programas de sensibilização e formação para todas as pessoas em postos chave para promoção do diagnóstico precoce, da intervenção imediata e da boa gestão dos problemas de saúde mental

6- dar às pessoas que sofrem de problemas de saúde mental acesso à educação, à formação e emprego apropriado, de acordo com os princípios da aprendizagem ao longo da vida, e a assegurar que recebam apoio adaptado às suas necessidades

Política Nacional de Saúde Mental: propostas ABP

Propõe

7- que é necessária uma programação clara e a longo prazo para a prestação de serviços universais de saúde mental, comunitários e em regime de internamento, de elevada qualidade, eficazes e acessíveis bem como a adoção de critérios de controle por entidades independentes; com uma melhor cooperação e comunicação entre os profissionais dos cuidados de saúde primários e os profissionais de saúde mental para a gestão eficaz dos problemas de saúde mental e física, encorajando uma abordagem integrada que tenha em conta o perfil completo dos indivíduos sob o ponto de vista da saúde física e mental

8-Prevenção da depressão e do suicídio e da dependência química

9-Saúde mental dos jovens e educação

10-Saúde mental no local de trabalho

11-Saúde mental dos idosos

12-Luta contra a estigmatização e a exclusão social



ABP

Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Rede de atenção psicossocial de acordo com o porte dos municípios: propostas e realidade

- 20.000 hab. – rede básica com ações de saúde mental
- 20.000 a 70.000 hab. - rede básica com ações de SM e CAPS I
- 70.000 a 200.000 hab. - rede básica com ações de SM e CAPS II e CAPSad
- Mais de 200.000 hab. - rede básica com ações de SM e CAPS II, CAPS III, CAPSad e capacitação do SAMU

Como devem ser organizadas as ações de saúde mental na atenção básica: proposta e realidade

- Devem ser organizadas através de núcleos de atenção integral na saúde da família
 - Supervisão
 - Atendimento em conjunto
 - Atendimento específico
 - Capacitação (PSF e ACF)
- Critérios
 - Mais de 40.000 hab. – 1 núcleo para 9 a 11 equipes SF
 - Amazônia (mais de 30.000 hab. - 1 núcleo para 7 a 9 equipes SF
 - Equipe SM constituída por psicólogo ou psiquiatra, necessariamente, e um terapeuta ocupacional e /ou um assistente social
 - Referencia em Serviços de SM

Os Serviços Residenciais Terapêuticos: propostas e realidade

- Casas no espaço urbano para responder necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia, e tratamento psiquiátrico, que perderam vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais graves, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS ou ambulatórios
- Ocupação máxima 8 pessoas, três refeições diárias, e com suporte profissional

Programa de Volta para Casa: propostas e realidade

- Tem o objetivo de garantir o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica
- Auxílio-reabilitação no valor de R\$ 240,00, pagos ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário
- Pode beneficiária qualquer pessoa que tenha permanecido dois ou mais anos internada ininterruptamente em instituições psiquiátricas ou de custódia, ou moradores de SRTs

Programas de atenção ao dependente químico (álcool e outras drogas): propostas e realidade

- Prevê articulação de CAPSad e leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos)
- Os serviços devem trabalhar com a lógica da redução de dano (baseado na realidade de cada caso não na abstinência para todos os casos)
- Serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas (SHRad) para municípios acima de 200.000 hab. (fase final de regulamentação pelo MS)
 - Atendimento urgência/emergência (abstinência e overdose)
 - Redução de internação de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos
 - Localizados somente em HG e com no máximo 14 leitos

Atendimento em hospitais psiquiátricos: propostas e realidade

- Redução contínua e programada de leitos psiquiátricos
 - Garantia de assistência em rede de atenção extra-hospitalar
 - Reinserção dos pacientes em no convívio social
- Pactuar redução de leitos com o prestador, por meio de assinatura de termo de compromisso
- Enviar compromisso assinado para o MS e efetivar a alteração do número de leitos junto ao CNES

Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica

- MS possui diretrizes para a construção de projetos de formação permanente em SM
- Implementação baseada em pactuação nos Polos de Educação permanente de cada loco-região

- Fomentar a criação de associações de usuários que possam ser parceiros da ABP na denuncia da desassistência.