

# DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

---

2006

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS - FENAM

**DIRETRIZES PARA UM MODELO DE  
ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM  
SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

---

---

# DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

---

---

2006



# ÍNDICE

- I. **INTRODUÇÃO**
- II. **HISTÓRIA**
- III. **A LEI 10.216/2001**
- IV. **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL**
- V. **PARAMETROS ASSISTENCIAIS**
- VI. **MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL PELO MUNDO**
  - **CANADÁ**
  - **INGLATERRA**
  - **ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA**
- VII. **PROPOSTAS DE DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL**
  - **NÍVEL PRIMÁRIO**
    - *PROMOÇÃO E PREVENÇÃO*
    - *UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE*
  - **NÍVEL SECUNDÁRIO**
    - *CENTRO DE ATENÇÃO MÉDICA, PSICOLÓGICA E SOCIAL (CAMPS)*
    - *AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO GERAL E ESPECIALIZADO*
  - **NÍVEL TERCIÁRIO**
    - *HOSPITAL DIA E HOSPITAL NOITE*
    - *CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL (CAISM)*
    - *UNIDADE PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL (UPHG)*
    - *HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPECIALIZADO*
    - *UNIDADE DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA*
  - **PROTEÇÃO SOCIAL**
    - *SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I*
    - *SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II*
    - *CENTRO DE CONVIVÊNCIA*
  - **PROGRAMAS ESPECÍFICOS**
    - *PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS TRÊS NÍVEIS*
    - *PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA IDOSOS NOS TRÊS NÍVEIS*
    - *PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA A ÁREA DE ÁLCOOL E DROGAS*

*NOS TRÊS NÍVEIS*

*- SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA DOENTES MENTAIS CUMPRINDO  
MEDIDA DE SEGURANÇA E POPULAÇÃO PRISIONAL COM  
TRANSTORNOS MENTAIS*

**• DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**• REABILITAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL**

**VIII. FINANCIAMENTO**

**IX. AVALIAÇÃO E CONTROLE**

**X. CONCLUSÕES**

**XI. CRÉDITOS**

**XII. BIBLIOGRAFIA**

# I - INTRODUÇÃO

Ao longo de seus 40 anos de existência a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) sempre lutou por um atendimento eficiente, de qualidade e digno para os doentes mentais, contribuindo assim para a elaboração da Lei 10.216/2001 que ***dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.***

A ABP, como representante dos psiquiatras brasileiros, congregando mais de 5.000 associados em 58 instituições federadas pelo Brasil, vem defendendo, desde os anos 60, a reformulação do modelo da assistência em Saúde Mental no Brasil. Por isso, não pode se furtar ao dever histórico de registrar que após 5 anos da promulgação da Lei 10.216 ainda não ocorreu a criação de um modelo assistencial que atenda as reais necessidades das pessoas que padecem de transtornos mentais. Esperávamos que, com a promulgação da referida lei, ocorresse um grande impulso em direção a um modelo assistencial integral, de boa qualidade e que acolhesse a todos aqueles acometidos por transtornos mentais em seus mais diversos graus de complexidade, o que efetivamente não ocorreu.

A ABP, após ampla discussão e aprovação do presente documento pelos Delegados de suas federadas em Assembléia Geral iniciada no Pré-Congresso, em Curitiba, PR, em 24 de outubro de 2006 e concluída em São Paulo, no dia 9 de dezembro do mesmo ano, vem apresentar ao país as diretrizes para um modelo de assistência em saúde mental no Brasil. Respeitamos neste trabalho as necessidades e características da população brasileira, a regionalização, assim como os aspectos éticos e científicos que devem nortear qualquer modelo de assistência em saúde mental.

Elencam-se aqui alguns dos princípios que fundamentam a existência da ABP, sobre os quais repousam seus compromissos com a saúde humana. Saúde entendida em suas dimensões física, mental e social dos indivíduos, seus grupos familiares e sociais, que em seu conjunto compõem a população brasileira, cuja elevação do nível deve ser o objetivo maior da existência da Associação Brasileira de Psiquiatria.

**OS PRINCÍPIOS A QUE NOS REFERIMOS INCLUEM UMA SÉRIE DE PONTOS JÁ DEFINIDOS E ACEITOS, E QUE SÃO OS SEGUINTEs:**

1. A Psiquiatria é um ramo da medicina;
2. A prática psiquiátrica deriva de resultados de conhecimentos científicos que foram se construindo na base de estudos científicos rigorosos;
3. Estes estudos científicos rigorosos contrastam e se opõem a interpretações discursivas e impressionistas dos fenômenos psíquicos e dos problemas do funcionamento mental;
4. Existe uma fronteira entre a saúde e a doença, e esta fronteira pode ser traçada com confiabilidade científica em um número muito grande de situações clínicas;
5. A diferença entre o normal e o patológico não é necessariamente uma questão de grau, de quantidade maior ou menor de atributos mentais ou comportamentais apresentados por todos os seres humanos;
6. A diferença entre a saúde e a enfermidade psiquiátrica é antes de tudo uma questão da qualidade das manifestações mentais e comportamentais apresentadas pelos indivíduos e pelos seres humanos grupalmente, que definem sua clara patologia;
7. Dentro do domínio da doença, inclusive psiquiátrica, existem formas clínicas leves e tanto estas como as mais graves, não são mitos e sim realidades;
8. As doenças mentais e comportamentais são um conjunto de transtornos qualitativamente diferentes do ponto de vista nosológico e não um fenômeno unitário. Portanto, é tarefa da Psiquiatria Científica e da sua pesquisa, bem como de outras especialidades médicas e de outras ciências da saúde e do homem, investigar suas causas, diagnósticos e tratamentos mais efetivos e seguros;
9. É tarefa principal da Psiquiatria diagnosticar, prevenir, tratar, e reabilitar indivíduos e grupos humanos que necessitam de cuidados ou tratamentos devidos a estes transtornos mentais e comportamentais;
10. Esta obrigação contrasta e se opõe ao atendimento apenas daqueles que necessitam cuidados por problemas de desajustamento na vida ou infelicidades pessoais ou sociais;
11. A pesquisa e ensino de todos os ramos da medicina devem enfatizar o diagnóstico, a classificação e a terapêutica das enfermidades dos transtornos mentais e comportamentais explicitamente e intencionalmente, seja qual for sua qualidade;
12. A diferença entre os transtornos mentais, comportamentais e os problemas de vida deve ser reconhecida e a pesquisa deve validar os critérios desta diferenciação;
13. Os serviços de Psiquiatria e os locais de pesquisa devem ensinar estes princípios e não depreciá-los, ridicularizá-los e estigmatizá-los e zelar pelo seu cultivo e aperfeiçoamento;

**14.** Os serviços de Psiquiatria e os locais de pesquisa devem buscar a melhora da validade e da fidedignidade destes diagnósticos e outros procedimentos, empregando meios e métodos cientificamente reconhecidos;

**15.** Os serviços de Psiquiatria e os locais de pesquisa devem partir para a busca e investigar a cura dos transtornos mentais e comportamentais e não apenas de a remissão e recuperação;

**16.** A pesquisa em psiquiatria deve usar metodologia científica reconhecida e comprovada;

**17.** O Hospital Psiquiátrico num sistema descentralizado e hierarquizado de Saúde Geral e Mental deve ser local de atendimento, ensino e pesquisa. É um local necessário para o investigar e fazer progredir o conhecimento sobre as doenças psiquiátricas. Deve estar articulado com Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Médica e Psicossocial, Ambulatórios, Unidades de Emergência, Residências Terapêuticas e outros recursos necessários para assegurar o cuidado mais adequado para a necessidade de cada paciente.



## II - HISTÓRIA

*“Aqueles que não conseguem se lembrar do passado estão condenados a repeti-lo”.*

*Santayana*

O primeiro momento de preocupação efetiva com o doente mental no Brasil foi em 1841, quando se autorizou, por decreto, a construção do hospício. O motivo de tal decisão “foi a perturbação do funcionamento do Cais do Rio de Janeiro pelos inúmeros loucos que por ali perambulavam”. Em 1852, 11 anos depois foi inaugurado o Hospício Pedro II, o qual recebeu, de imediato, 144 pacientes oriundos dos porões da Santa Casa e de uma instalação provisória que existia na Praia Vermelha.

Com a Proclamação da República, o Asilo, controlado pela Igreja e ligado a Monarquia, passa para a responsabilidade do novo Governo. O Hospício Nacional de Alienados, superlotado e oneroso, entrou em crise agravada pela crescente demanda, fazendo-se necessárias enérgicas medidas com a finalidade de solucionar problema tão grave. Foi então proposto por Teixeira Brandão a criação das colônias agrícolas, as quais seriam produtivas, com receita própria complementar, atenuando assim os elevados custos, bem como seriam mais terapêuticas, pois além da ocupação produtiva do doente, propiciariam maior contato com a natureza.

Surgiram, então, as duas primeiras colônias, o **Hospital de Juqueri**, em Franco da Rocha, São Paulo e o **Hospital São Bento** na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, este desativado pela epidemia da febre amarela e pela malária.

Em 1903, Juliano Moreira assumiu a Diretoria de Assistência ao Psicopata do Distrito Federal e começou a atuar conjuntamente com Osvaldo Cruz, desenvolvendo campanha de saneamento, saúde e higiene mental, criando, nessa época, duas colônias no Rio de Janeiro. A primeira, a do Engenho de Dentro – **Hospital Pedro II**, em 1911 e a segunda, a de Jacarepaguá – **Colônia Juliano Moreira**, em 1923. Em função destes frenocômios, surgiu o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que teve como primeiro diretor o Professor Aduino Botelho, e que mais tarde se constituiu na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM e hoje é a Coordenadoria Geral de Saúde Mental do MS.

Na época em que surgiram as Colônias, elas eram o que de melhor se podia oferecer à população, mas a partir da década de 1950, com a superlotação, o sistema entra em falência, principalmente pelo seu gigantismo e elevados custos operacionais, gerando a incontrolável crise da assistência psiquiátrica estatal, a qual se prolonga até os dias de hoje.

Em paralelo, com o início da Previdência Social no Brasil em 1923, pelo Decreto nº 4.682, de 24 de Janeiro – Lei Eloi Chaves – surgiu o sistema de Caixas o qual chegou a 183 instituições. Na década de 1930, iniciou-se o processo de fusão das caixas surgindo os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e, concomitantemente, são criados os sistemas assistenciais dos funcionários públicos civis e militares. Cabe ressaltar que o Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado (IPASE), através de sua Divisão de Saúde Mental, na época dirigida pelo Professor Neves Manta, instituiu a assistência psiquiátrica previdenciária e foi, sem dúvida, o Instituto que mais

avançou nesta assistência, executando política de integração dos serviços próprios com os contratados de forma eficaz, buscando o melhor atendimento aos segurados.

Dentro desta pluralidade de instituições, domina o interesse pelo aperfeiçoamento da assistência médica. O Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), por exemplo, considerou a Previdência Social um problema de equacionamento técnico, impondo-se soluções não-políticas. Consultou seus segurados e desta pesquisa surgiu a preferência pela assistência médica contratada, dentro da filosofia da qual o Instituto não deveria dar diretamente assistência médica, mas sim ser normativo e fiscalizador.

Nesta conjuntura, na década de 1940 os segurados exigem assistência psiquiátrica mais individualizada e os Institutos, de forma lenta e gradual, começaram a estabelecer contratos e convênios com as casas de saúde particulares por todo o Brasil, evitando assim o envio de pacientes previdenciários para as colônias, ainda que gratuitas.

As colônias ficaram, então, responsáveis pela assistência, predominantemente, a pacientes não protegidos pela Previdência Social, uma verdadeira legião de desamparados e necessitados.

Originalmente o sistema era tripartite e a gestão das agências previdenciárias de saúde era exercida por representantes do governo, dos empregadores e dos empregados, sendo que cada um dos partícipes arcava com um terço do financiamento do sistema. Com a alegação de que deveria arcar com os déficits que porventura adviessem, o governo federal assumiu sozinho a gestão do sistema. Foi quando se iniciou o tão falado déficit da previdência.

Em 1966, com a fusão dos IAPs, surge o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e, em 1978, com o advento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), desapareceu o remanescente IPASE e o INAMPS constituiu-se no único Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Deste processo resultou um crescimento que chegou a um total de aproximadamente 350 hospitais psiquiátricos particulares no início da década de 1980, sendo que cerca de 70% dos mais de 80.000 leitos da iniciativa privada eram custeados pelo INAMPS.

O INAMPS, ao surgir assumiu modelo assistencial que buscou a substituição dos grandes asilos por hospitais psiquiátricos particulares de pequeno e médio porte, cujos serviços contratou porque eram mais eficientes e econômicos, de fácil acesso para a população e simples de fiscalizar.

Faltou o Estado dar condições para o surgimento de serviços que pudessem completar o sistema com as demais modalidades de ação terapêutica. Assim, foram construídos ambulatórios e serviços de emergência, mas não em número suficiente.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e com a sanção das Leis 8.080/ 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/1990 foi criado e regulamentado o Sistema único de Saúde (SUS), que significou grande avanço na assistência à saúde em nosso país, cujas ações devem obedecer aos seguintes princípios e diretrizes:

- **Universalidade:** a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar esse direito;
- **Equidade:** princípio de justiça social que procura tratar desigualmente os desiguais e investir onde há mais necessidade;
- **Integralidade:** considera a pessoa como um todo. Pressupõe a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e a integração entre as demais políticas públicas;
- **Descentralização e Comando Único:** descentralização de poder e de responsabilidades entre as esferas de governo.
- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em uma área geográfica por níveis de complexidade crescente;
- **Participação Popular:** por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O modelo de assistência em saúde mental deve obedecer a estes princípios e diretrizes.

Lamentavelmente, mesmo com o advento do SUS, não foram criados serviços de atenção primária e secundária em saúde mental de acordo com as necessidades e os serviços hospitalares existentes se deterioraram progressivamente, em razão da asfixia financeira sofrida.

A ABP sempre criticou e combateu os maus serviços, assim como sempre enalteceu e estimulou os bons serviços, em todos os níveis de assistência.

Para formar melhor juízo sobre a Assistência Psiquiátrica no Brasil, também é necessário destacar alguns pontos da História Geral da Psiquiatria.

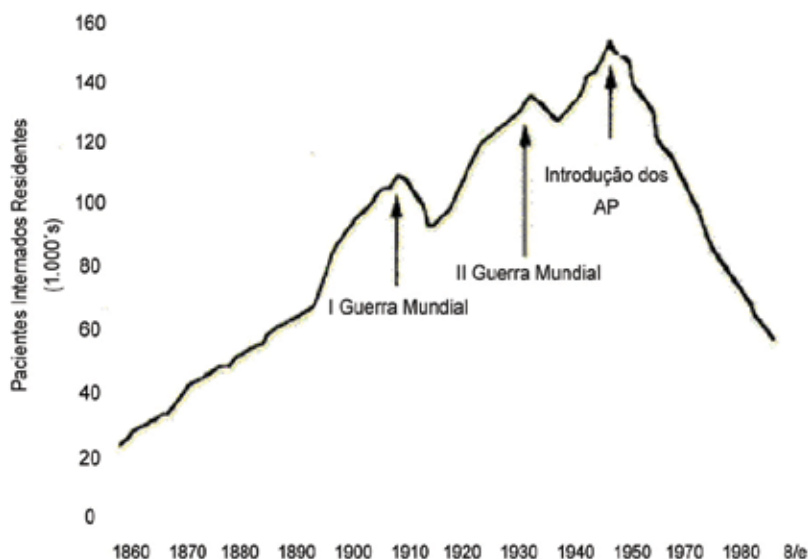
A partir do início do século XX, uma profunda modificação marcou a Psiquiatria. A essência desta modificação foi a vinculação da nosologia com a terapêutica, colocando-a mais e mais como um ramo da medicina, como ciência. e tem seu marco inicial em 1917, com Julius Wagner von Jauregg que, observando os efeitos benéficos da hipertemia em um paralisado geral, põe em evidência a malarioterapia para o tratamento desta doença. Até então as terapêuticas existentes não guardavam esta vinculação. A partir de Jauregg o avanço foi rápido, passando pela Insulinoterapia de Manfred Sakel (1932), pelo Choque Cardiazólico de Ladislav von Meduna (1936) e pela Eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti (1938) e chegando aos psicofármacos na década de 50, uma verdadeira revolução na assistência ao doente mental. Com estes avanços, a atenção religiosa e policial dedicada ao doente mental começou a ceder lugar para a atenção médica. No Brasil, isto é mais claramente percebido a partir de meados do século XX.

Com o advento da psicofarmacoterapia a partir dos anos 50, em todo o mundo, reduziu-se o tempo de permanência hospitalar, diminuindo assim drasticamente a população de pacientes residentes. A clássica figura do asilado, morador permanente do hospital, perdeu sua prevalência numérica. Infelizmente, entretanto, não se

conseguiu obter a cura dos doentes mentais. Mesmo assim, em razão da facilidade da administração oral dos psicofármacos, uma parte do tempo de permanência em tratamento foi transferida para o domicílio do paciente. Por motivos vinculados à natureza da própria doença, por dificuldades sociais, pela não adesão ao tratamento, pelas dificuldades de acesso ao tratamento ambulatorial ou pela não dispensação gratuita de medicamentos, parte dos pacientes não consegue permanecer em casa pelo tempo que poderia. O Estado sempre investiu pouco em atualização, levando o sistema assistencial a enfrentar dificuldades e a alimentar tratamentos ultrapassados ou retrógrados.

Outro efeito importante da revolução psicofarmacológica foi a criação de possibilidades concretas para o tratamento eficaz de pessoas com enfermidades mentais chamadas “menores”, as doenças neuróticas. Situação que tem sido negligenciada e que necessita ser encarada com a mesma prioridade dos quadros psicóticos.

O gráfico a seguir mostra a evolução da população de pacientes internados, residentes, nos Estados Unidos, deixando muito claro que a significativa redução desta população ocorreu, principalmente, em razão do surgimento dos psicofármacos. Este fenômeno ocorreu também nos demais países desenvolvidos e em desenvolvimento.



Nas últimas duas décadas os conhecimentos alcançados pela Engenharia Genética e pela Biologia Molecular vêm confirmando a importância das bases biológicas das doenças psiquiátricas e juntamente com os métodos de obtenção de imagens estruturais e funcionais do cérebro in vivo, têm proporcionado conhecimento cada vez maior do cérebro e desvendado segredos que resultarão em benefícios para os enfermos.

Para se promover à necessária reorientação da Assistência em Saúde Mental no Brasil é necessário abandonar preconceitos, abrir mão de objetivos políticos-ideológicos, superar questões econômico-financeiras e voltar toda a nossa atenção para os doentes mentais e seus familiares, dentro de princípios éticos e científicos.

### III - A LEI 10.216/2001

A Lei 2.312 de 03 de setembro de 1954, que estabeleceu **Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde** e o Decreto nº 49.974A, de 21 de janeiro de 1961, que se constituiu no **Código Nacional de Saúde**, que regulamentou a referida Lei, davam ênfase ao atendimento psiquiátrico extra-hospitalar.

Destacamos o Artigo 22 da Lei 2.312/1954:

***“Art. 22 - O tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata”.***

Destacamos também os Artigos 75, 76 e 85 do Decreto nº 49.974A/1961:

***“Art. 75. A política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais”.***

***“Art. 76. O Ministério da Saúde estimulará o desenvolvimento de programas de psico-higiene através das organizações sanitárias das unidades da Federação, visando a prevenção das doenças mentais, para o que dará ampla assistência técnica e material”.***

***“Art. 85. O Ministério da Saúde organizará e estimulará a criação de serviços psiquiátrico-sociais de assistência tanto aos pacientes egressos de nosocômios, como as famílias, no próprio meio social ou familiar”.***

Nos anos 60, os psiquiatras brasileiros já propunham a mudança de um modelo de assistência psiquiátrica centrado ou reduzido ao hospital para um modelo de assistência integral, que dispusesse de recursos capazes de atender às necessidades dos pacientes. Impossível e inadequado pensar em atender milhões de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos somente ou principalmente em hospitais. A maioria da população a ser assistida necessitava, e ainda necessita, de atendimento em ambulatórios gerais e especializados com a dispensação dos medicamentos prescritos, assim como em outras agências sanitárias.

As Novas formas de atenção em Saúde Mental de eficácia comprovada, aliadas ao avanço do conhecimento, vêm possibilitando maior permanência das pessoas enfermas em seu meio social, maior intervalo entre crises e maior sucesso em procedimentos de reabilitação psicossocial.

Os psiquiatras brasileiros sempre tiveram como referência maior o paciente, ao qual dedicam todos os seus esforços, formação técnico-científica e pessoal. Sempre objetivaram tratamentos e cuidados específicos para atender as necessidades

individualizadas daqueles que padecem de transtornos psiquiátricos na medida de suas necessidades.

A ABP sempre defendeu enfaticamente a priorização do atendimento extra-hospitalar, se não a obteve a responsabilidade não cabe a ela como entidade médica nem os psiquiatras como profissionais de saúde. Neste sentido, o Jornal Psiquiatria Hoje, órgão oficial da ABP, edição de maio / junho de 1985, publicou documento que se conserva bastante atual em suas recomendações, apesar de passados dois decênios.

### **SOBRE ESTE DOCUMENTO, UM DE SEUS SIGNATÁRIOS MANIFESTOU-SE DA SEGUINTE FORMA:**

*“Naquela ocasião, há mais de 20 anos, a ABP já apontava com segurança para a necessidade de superação de um modelo monoinstitucional e para a criação de uma rede de serviços adequados para atender às necessidades de saúde mental da população brasileira. Rede cuja construção e manutenção era perfeitamente viável graças ao notável avanço havido na terapêutica psiquiátrica em todo o mundo, aliada à nova consciência da assistência à saúde como direito do cidadão. Apontava-se para a necessidade de superar a alienação das agências de saúde pública da saúde geral, para o caráter multiprofissional do cuidado prestado e para a participação da comunidade em sua operação. Ao invés, optou-se por modelo uni-nucleado, monovalente e também excludente, porque alienado e alienante, na medida que isolado do sistema geral de saúde, hesitante entre a negação da doença mental e a persistência nos antigos e superados conceitos de louco e loucura. Além de inepto para atender a um número muito grande de casos cujo eixo do atendimento há de ser a assistência médica. A preocupação com a economia de custos salta aos olhos do observador mais desatento, bastando que não seja cego, apaixonado, interessado ou inteiramente desinformado. Veja-se a atualidade daquela proposta. Proposta que, na minha opinião, deveria ser tomada como reinício do planejamento da assistência psiquiátrica nacional no momento atual da vida brasileira. Se não, veja-se aí a velha-nova proposta como estímulo à discussão e como testemunho vivo de um momento importante na vida institucional da ABP”.*

O documento, que resume a trajetória da ABP no período de 1977 a 1985, tem um viés político oportuno para àquela época, quando se dava em nosso país a transição para a democracia. Refere-se às cartas de Camboriú, Goiânia, Tambaú, Salvador, Belém, Natal, Brasília e Campo Grande. Critica o modelo hospitalocêntrico atuando de forma custodial e asilar. Critica a quase inexistência de ambulatórios públicos de saúde mental. Propõe desenvolver programas de saúde mental regionalizados e hierarquizados, a partir da capacidade instalada pública e privada estabelecendo mecanismos eficientes de referências e contra-referências entre os centros de saúde, ambulatórios e leitos psiquiátricos.

Matéria do Jornal Medicina do CFM, edição de julho / agosto de 2000, revela que em meados da década de 80 a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde passaram a desenvolver uma ação conjunta objetivando mudanças na legislação. O trabalho desenvolvia-se bem e as articulações políticas eram processadas, quando foram surpreendidos pela apresentação do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, antimédico e especificamente antipsiquiátrico.

De fato, No ano de 1989 foi apresentado na Câmara Federal o Projeto de Lei nº 3.657 de autoria do Deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos hospitais psiquiátricos e a subordinação dos atos médicos à equipe multiprofissional e à promotoria pública. O projeto sequer foi debatido no âmbito das Comissões ou no Plenário da Câmara, sendo aprovado em 14 de dezembro de 1990 por voto de liderança. Somente a partir de seu encaminhamento ao Senado Federal o projeto de lei passou a ser efetivamente discutido. Participaram desta discussão professores de psiquiatria, psiquiatras, familiares de doentes mentais e representantes de instituições que em defesa dos pacientes posicionaram-se pela rejeição do Projeto de Lei e pressionaram os senadores. Outros, por diversos motivos, preferiram apoiar o projeto.

Na justificativa do projeto de lei, rejeitado no Senado, misturavam-se conceitos e observações equivocadas, com graves ofensas e acusações descabidas e levianas aos psiquiatras e aos hospitais, equiparando-os a torturadores e seqüestradores.

O então presidente da Associação Mundial de Psiquiatria encaminhou a todos os senadores carta denunciando os equívocos do projeto e sugerindo que se elaborasse uma lei com diretrizes baseadas na moderna política da assistência psiquiátrica, com fundamentos técnicos e científicos. Transcrevemos a carta:

***Excelentíssimo Senhor Senador,***

***Gostaria de expor as razões pelas quais me posiciono contra o texto do Projeto de Lei 0008/91.***

***Considerando que a situação da assistência psiquiátrica brasileira é bastante precária e que poderá se tornar caótica com a implantação inadequada para a assistência aos enfermos mentais.***

***Considerando que a assistência psiquiátrica esta necessitando de uma revisão, mas baseada em fundamentos exclusivamente científicos, técnicos, e não políticos partidários ou de interesse de grupos particulares.***

***Considerando que o projeto de lei em pauta irá inibir e tutelar a ação do psiquiatra e da psiquiatria.***

***Considerando que o psiquiatra não é o carcereiro do doente mental (Henry Ey), e sim como afirmou o mestre brasileiro, Ulysses Pernambucano, o Curador natural do doente mental.***

***Considerando que este projeto contraria os princípios técnicos e científicos que norteiam a prática psiquiátrica observados no mundo.***

***Considerando que o direito a ser tratado de uma doença mental deve ser garantido a todos que dela sofram.***

***Considerando a necessidade de um programa educacional para os profissionais de saúde mental, melhor se preparem para tratar os doentes mentais.***

***Considerando que o grande inimigo dos doentes mentais não são os psiquiatras, os profissionais de saúde mental, e as instituições psiquiátricas, mas sim a doença mental.***

***Considerando que devemos ter as necessárias garantias para que o psiquiatra, a psiquiatria, os profissionais de saúde mental, e os doentes mentais tenham assegurado o acesso a todas as alternativas para o tratamento***

***das doenças mentais.***

***Respeitosamente sugiro que seja elaborada uma lei que respeite as diretrizes da moderna política da assistência psiquiátrica, com fundamentos técnicos e científicos.***

*Rio de Janeiro, 30 de agosto de 1991.*

*Atenciosamente,*

*Prof. Dr. Jorge Alberto Costa e Silva*

*Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria.*

A proposta de interrupção da construção de hospitais psiquiátricos pareceu estranha porque nenhum hospital psiquiátrico público digno de nota fora construído neste país desde a década de 50.

Em dezembro de 1995, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, o Projeto de Lei nº 3657/1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado foi rejeitado, sendo aprovado o substitutivo do Senador Lucídio Portela, por 23 votos a 4. No plenário do Senado, foi aprovado o substitutivo Sebastião Rocha que fez pequenas modificações ao texto de Lucídio Portela, sem contudo modificar sua essência.

Com o retorno do Projeto de Lei para a Câmara dos Deputados, em 19/10/2000, na Comissão de Seguridade Social e Família, a ABP representada pelo Dr. Josimar França, defendeu um modelo de assistência integral em saúde mental.

A comparação do PL Paulo Delgado e do Substitutivo Lucídio Portela, contemplado quase na integralidade na Lei 10.216 de 2001, permite facilmente constatar-se a diferença entre eles. Após grandes embates entre o científico e o ideológico, prevaleceram os aspectos científicos e o Substitutivo do Senado Federal transformou-se na Lei 10.216/ 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Prevaleceu no ato legislativo aprovado uma redação realística e contemporânea, que dá ao doente mental as garantias de cidadão, inclusive quando preserva seu direito a todos os tipos de atendimento, nos mais diversos graus de complexidade e não exclui a internação psiquiátrica. A Lei 10.216/ 2001 é abrangente e moderna em todos os aspectos. Infelizmente, hoje, 5 anos depois da promulgação, o governo federal através de sucessivas portarias, continua a aplicar como diretriz o projeto rejeitado no Congresso Nacional o que gera insegurança nos pacientes, familiares, operadores do sistema e principalmente naqueles que realmente prestam atendimento. Mas é, principalmente, um desafio ao Poder Legislativo e aos interesses sociais interessados naquela legislação. A Lei 10.216 até agora não foi efetivamente aplicada para a finalidade a que foi destinada, a melhoria da assistência em Saúde Mental.

A ABP apóia e luta pela reforma do modelo de assistência em saúde mental, bem como pela implementação da Lei 10.216/2001 que infelizmente até hoje não foi efetivada. Pois, no Brasil, há leis que não colam e não se pode admitir que esta seja uma delas. Há muitos anos luta por mudanças, que deveriam ter sido feitas de forma responsável, sem demagogia, sem preconceitos e inseridas numa Política de Saúde mais ampla e que deve ser feita com fundamentação científica, com enfoque interdisciplinar e humanístico e com compromisso ético e social.



## **EIS O TEXTO DA LEI:**

**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:**

**O Presidente da República Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:**

**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;**

**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.**

**§ 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;*

*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 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.*

*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. 10 - Evasão, transferência, acidente, intercorrências 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. 11 - 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. 12 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.**

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

**Brasília, 6 de abril de 2001.**

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

**Jose Gregori**

**José Serra**

## IV - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL

Desde 1995, o Ministério da Saúde adota como premissa para a construção do seu modelo de assistência, a exclusão do médico da equipe que assiste o doente mental e vem fazendo isto progressivamente. A alegação da falta de médicos especializados não procede, o que acontece é o abuso da informalidade e dos baixos valores com que o trabalho do psiquiatra tem sido remunerado. O médico psiquiatra vem sendo colocado mais e mais como profissional secundário e prescindível e a ele têm sido atribuídas as mazelas do sistema. Este movimento ganhou suficiente espaço na mídia para estigmatizar os psiquiatras, numa orquestração bem engendrada que não dá espaço para as manifestações e opiniões contrárias.

Atualmente a assistência à Saúde Mental implementada pelo Ministério da Saúde está cada vez mais reduzida aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estabelecimentos aos quais foi delegado o papel de articuladores estratégicos, com a responsabilidade de regular a porta de entrada da rede de atenção em Saúde Mental em sua área de atuação e distribuir a demanda para os outros recursos de assistência à saúde, porventura existentes. Ao menos em tese, cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Assim, os CAPS estão substituindo a anterior atuação dos hospitais psiquiátricos e não sendo um equipamento a mais a integrar o sistema, ferindo frontalmente a Lei 10.216/2001 que preconiza o redirecionamento do modelo assistencial, garantindo ao paciente o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades. Sem considerar sua inadequação para tratar pacientes com transtornos neuróticos, como os da alimentação, de ansiedade, do desenvolvimento e tantos outros, cuja assistência se fará melhor em ambulatórios especializados ou policlínicos.

Trocou-se um modelo hospitalocêntrico obsoleto por um modelo Capscêntrico ineficiente e ineficaz para atender às necessidades de todos os pacientes psiquiátricos. Um dos motivos disso é próprio da natureza dos CAPS. O padecimento do paciente psiquiátrico, entendido simplesmente como situação social e não como enfermidade, aliada à excessiva ênfase atribuída à instituição onde o paciente é tratado, tem tido relevo em detrimento da qualidade e da eficiência do tratamento oferecido.

Embora a ABP discorde do modelo anterior, centrado no hospital ou reduzido a ele, também não concorda com o modelo atual centrado no CAPS e, praticamente reduzido a ele. Porque ambas as reduções são insuficientes para atender às necessidades dos doentes. Deve-se criar uma rede integral de atenção em Saúde Mental, não se resumindo a um único tipo de serviço. As formas que os serviços adotarem devem ser determinadas pela necessidade e as possibilidades dos pacientes. Os doentes devem ter garantia de acesso a todos os tipos de atendimento de acordo com a suas necessidades e com a demanda real de cada coletividade.

Na prática, o governo tem investido na desospitalização a qualquer preço, sem considerar o destino das pessoas desospitalizadas. Ao invés de criar novos serviços

extra-hospitalares e investir na melhoria dos serviços hospitalares e extra-hospitalares existentes, o que iria desembocar numa diminuição natural das internações psiquiátricas e possibilitar o encaminhamento dos desospitalizados, a Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde passou a digladiar-se com os psiquiatras e com os hospitais psiquiátricos em busca do fechamento incondicional dos hospitais.

Além de desospitalizar, o governo parece pretender despsiquiatrizar. Passou-se a proclamar, de forma falsa, que, com a sanção da Lei 10.216/2001, fora decretada a extinção dos hospitais psiquiátricos e a proibição de internação de doentes mentais. Promoveram uma diminuição artificial da demanda através da diminuição da oferta dos serviços hospitalares pelo fechamento indiscriminado de leitos psiquiátricos. Prevaleram os interesses ideológico e econômico sobre os interesses dos pacientes e de seus familiares. Pode-se comprovar esta distorção comparando a economia resultante do fechamento dos leitos com a despesa realizada com os pacientes psiquiátricos.

Há cerca de 15 anos o Ministério da Saúde vem implementando o projeto de lei rejeitado e através de uma bem organizada campanha institucional oficial difunde que foi aprovada a “Reforma Psiquiátrica do Movimento da Luta Antimanicomial”, falseando a verdade. De forma deturpada a Lei 10.216/2001 tem sido citada para justificar portarias nitidamente contraditórias com o texto legal aprovado e, curiosamente, congruente com as propostas rejeitadas pelo Poder Legislativo, constantes do projeto apresentado pelo deputado Paulo Delgado.

Por conta de sua divergência com a legislação em vigor, o modelo que vem sendo implantado não é claro e não tem definido o seu perfil assistencial e ignora suas possibilidades de cobertura real. Tende-se a estruturação de um modelo “Capscêntrico”, onde consideram o médico psiquiatra prescindível. Tal modelo tem se mostrado de custo elevado e não tem sido avaliado em seu custo-benefício.

Criou-se e fez-se funcionar uma estrutura dispendiosa caracterizada pela desmedicalização, estrutura especialmente criada para a reabilitação psicossocial de psicóticos crônicos, uma minoria de casos no universo dos pacientes psiquiátricos, promovendo assim a desassistência e o retorno a uma fase equivalente à fase policial e religiosa da assistência ao doente mental. Na verdade, vem sendo promovida a exclusão sem muros e sem tratamentos de muitas pessoas dependentes ou incapacitadas. Principalmente porque qualquer programa de assistência psiquiátrica que seja desvinculada da rede geral de assistência médica finda por se fazer estigmatizante e excludente.



Mas que não pode ignorar a valoração ética de suas condutas.

Não se pode gerar desassistência por preconceitos de qualquer tipo, nem deixar de realizar procedimentos técnicos necessitados pelos doentes para fazer economia de recursos. Vedar o emprego de antipsicóticos modernos a doentes que necessitam deles, com base em protocolos indefensáveis do ponto de vista técnico e ético, como faz o Ministério da Saúde é um exemplo disto. Não se pode gerar desassistência a pretexto de modernizar o atendimento.

Exemplo flagrante das condutas técnicas preconceituosas é a questão da eletroconvulsoterapia (ECT). A é um procedimento terapêutico internacionalmente reconhecido eficaz e seguro, cada vez mais utilizado nos países desenvolvidos, devidamente regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução 1640/2002, não está incluída na lista de procedimentos do SUS. Ao contrário, seu uso implica em perda de pontos na avaliação, e conseqüentemente na remuneração, do serviço médico em que é empregado.

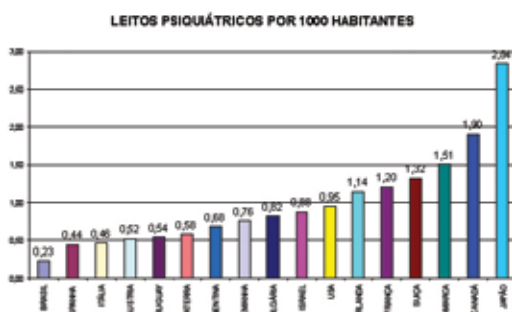
No Congresso da **World Psychiatric Association** de 2006, foi aprovado na Assembléia de Delegados, o documento intitulado “Declaração de Consenso Sobre o Uso e Segurança da Eletroconvulsoterapia”, produzido pela Seção de Psiquiatria Biológica da WPA e que deverá pautar todos os **guidelines** das Associações afiliadas pelo mundo. O objetivo desta Declaração é evidenciar a eficácia e segurança da ECT e prover elementos e recomendações para otimizar sua prática.

Outra incongruência gritante da política do Ministério da Saúde é a negligência em criar e fazer funcionar unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Sobre Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), a seguinte afirmação encontra-se no Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – do Tribunal de Contas da União (TCU): **“O número de unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais em todos os estados visitados é ainda baixo, havendo pouca disponibilidade desses leitos, mesmo nos hospitais universitários...”**. Recentemente o Coordenador Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde afirmou existirem atualmente no país cerca de 2.500 leitos em UPHG. O número que encontramos é menor que 2.000.

Os parâmetros assistências têm sido elaborados com base num sistema de idéias que refletem os próprios interesses e nas disponibilidades orçamentárias. Carecem de base científica.

**VEJAM-SE ALGUNS DADOS COMPARATIVOS DE LEITOS  
PSIQUIÁTRICOS POR MIL HABITANTES ENTRE VÁRIOS PAÍSES DO MUNDO:**



**OS LEITOS PSIQUIÁTRICOS SUS,  
REMANESCENTES NO BRASIL, ESTÃO DISTRIBUÍDOS DA SEGUINTE FORMA:**

|                            | Hospitais  | Leitos        | Leitos por mil habitantes |
|----------------------------|------------|---------------|---------------------------|
| Amazonas                   | 1          | 126           | 0,04                      |
| Acre                       | 1          | 53            | 0,08                      |
| Amapá                      | 0          | 0             | 0                         |
| Pará                       | 1          | 56            | 0,01                      |
| Tocantins                  | 1          | 160           | 0,02                      |
| Roraima                    | 0          | 0             | 0                         |
| Rondônia                   | 0          | 0             | 0                         |
| <b>Região Norte</b>        | <b>4</b>   | <b>396</b>    | <b>0,03</b>               |
| Alagoas                    | 5          | 880           | 0,29                      |
| Bahia                      | 9          | 1.633         | 0,12                      |
| Ceara                      | 8          | 1.120         | 0,14                      |
| Maranhão                   | 4          | 822           | 0,13                      |
| Paraíba                    | 6          | 801           | 0,22                      |
| Pernambuco                 | 16         | 3.293         | 0,39                      |
| Piauí                      | 2          | 400           | 0,13                      |
| Rio Grande do Norte        | 5          | 819           | 0,27                      |
| Sergipe                    | 3          | 380           | 0,19                      |
| <b>Região Nordeste</b>     | <b>58</b>  | <b>10.148</b> | <b>0,2</b>                |
| Distrito Federal           | 1          | 74            | 0,03                      |
| Goiás                      | 11         | 1.303         | 0,23                      |
| Mato Grosso                | 2          | 117           | 0,04                      |
| Mato Grosso do Sul         | 2          | 200           | 0,09                      |
| <b>Região Centro-Oeste</b> | <b>16</b>  | <b>1.694</b>  | <b>0,13</b>               |
| Espírito Santo             | 3          | 620           | 0,18                      |
| Minas gerais               | 21         | 3.052         | 0,16                      |
| Rio de Janeiro             | 41         | 8.134         | 0,53                      |
| São Paulo                  | 58         | 13.594        | 0,34                      |
| <b>Região Sudeste</b>      | <b>123</b> | <b>25.400</b> | <b>0,32</b>               |
| Paraná                     | 17         | 2.688         | 0,26                      |
| Santa Catarina             | 4          | 800           | 0,14                      |
| Rio Grande do Sul          | 6          | 911           | 0,08                      |
| <b>Região Sul</b>          | <b>27</b>  | <b>4.399</b>  | <b>0,16</b>               |
| <b>NO BRASIL</b>           | <b>228</b> | <b>42.036</b> | <b>0,23</b>               |



Observa-se na tabela a seguir a distribuição dos leitos psiquiátricos SUS, remanescentes no Brasil. Além do baixo índice de leitos por 1000 habitantes existe má distribuição destes leitos entre os diversos estados da federação, o que obriga o paciente a deslocar-se, as mais das vezes, de longas distâncias para receber assistência, o que dificulta muito o acompanhamento após a alta.

Sobre a distribuição de leitos psiquiátricos, encontra-se no Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – do Tribunal de Contas da União (TCU) a seguinte afirmação: ***“Atualmente o número de leitos por 1000 habitantes está abaixo do padrão definido pelo Ministério da Saúde de 0,45 leitos por 1000 habitantes, oferta que, na realidade, ainda é mais reduzida quando se considera a ocupação de leitos por pacientes crônicos (asilares). Parte dos pacientes asilares permanece internada nos Hospitais Psiquiátricos porque a rede extra-hospitalar de atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais ainda é incipiente, dificultando a desinstitucionalização dos pacientes crônicos”***.

Evidência da denúncia de que o Ministério da Saúde fez opção pelo cuidar em lugar do tratar, pela desmedicalização ao invés da integralidade, promovendo assim a desassistência e o retorno a uma fase equivalente à fase policial e religiosa da assistência ao doente mental. Na verdade promoveram a exclusão sem muros, sem tratamentos e sem cuidados. Vejam os doentes mentais moradores de rua.

Outro fato de que os psiquiatras se queixam é a imagem caluniosa que os ideólogos do Ministério da Saúde fazem de sua especialidade. Muitos agentes do Ministério da Saúde têm promovido a associação da imagem do médico psiquiatra à de agente do sistema antidireitos de cidadania. Promoveram, também a vinculação da imagem do hospital psiquiátrico, pejorativamente chamado de manicômio, a de uma câmara de torturas, com supressão da liberdade de expressão individual de pessoas por eles consideradas originais. Baseiam-se nas péssimas condições dos hospitais públicos ou insuficientemente patrocinados pelo poder público para criticar a qualidade da assistência e, o que é pior, atribuí-la à psiquiatria e aos psiquiatras. Que tipo de assistência pode ser dada com a atual remuneração? Os psiquiatras vivem o seguinte dilema: deixam de tratar e respondem pelos crimes de omissão de socorro e abandono de incapaz ou fazem o que podem com valores insignificantes e respondem ante a opinião pública por mau cuidado.

## **DOENTES MENTAIS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA E POPULAÇÃO PRISIONAL COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Eis um grupo de doentes mentais que não tem recebido qualquer atenção do atual sistema de assistência em saúde mental, nem sequer do SUS.

Existem duas situações de pessoas com doenças mentais nos cárceres:

1. Pessoas que cometeram crimes em decorrência de sua doença mental e foram considerados inimputáveis. Em função disso, foram absolvidos e receberam Medida

de Segurança de tratamento compulsório.

2. Pessoas que estão presas em cumprimento de pena, ou seja, foram consideradas imputáveis e culpadas e foram condenadas, ou pessoas presas provisoriamente (prisão preventiva, por flagrante, etc) e ficaram doentes. Qualquer uma delas pode apresentar doença mental a qualquer momento, até porque as condições carcerárias são estressantes.

A lei determina que o tratamento relacionado à Medida de Segurança seja realizado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). De onde advém o primeiro problema. Muitos estados não possuem HCTP e os que contam com esse recurso, à exceção de São Paulo e Rio de Janeiro, têm apenas um, o que implica em centralização excessiva. Nos estados em que não há HCTP, essas pessoas realizam o tratamento em hospitais comuns, cuja equipe não é suficientemente treinada para trabalhar com estes pacientes. Ou, o que ainda é pior, estão em penitenciárias ou cadeias comuns em condições geralmente péssimas. A falta de recursos financeiros e de pessoal especializado tem se constituído em grande dificuldade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e em outras unidades com pessoas necessitadas de tratamento psiquiátrico.

Foi revogada a Portaria Interministerial nº 628/2002, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que incluía ações de saúde mental nas penitenciárias e manicômios judiciários da seguinte forma:

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:**

- Ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;
- Diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde mental dos internos;
- Atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos;
- Desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

A Portaria Interministerial nº 1777/GM, de 9 de setembro de 2003, que revogou a Portaria Interministerial 628/2002, aprovou novo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, definindo que a partir desta portaria, os estados que aderirem ao Plano devem estruturar ações de redução de danos e atenção à saúde mental, no nível de atenção básica, nos estabelecimentos prisionais, da seguinte forma:

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:**

- Ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;
- Atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

Assim, estas pessoas que já estavam excluídas da assistência proporcionada pelo SUS pela impossibilidade do acesso, passaram a não contar com a obrigação dos estabelecimentos prisionais de prestar assistência integral em saúde mental.

# V - PARÂMETROS ASSISTENCIAIS

Segundo o IBGE, em 07/03/2006 a população brasileira era de 185.770.630 de habitantes.

Para o Ministério da Saúde, 21% da população brasileira (39 milhões de pessoas) necessita ou vai necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental.

## **O MINISTÉRIO DA SAÚDE SEPARA TRÊS GRUPOS DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS:**

**Grupo 1:** 3% da população geral que sofre com transtornos mentais graves e persistentes. Este grupo necessita de atenção e atendimento mais intenso e contínuo em Saúde Mental. Seriam em torno de 5,5 milhões de pessoas que necessitariam de atenção e atendimento mais intenso em serviços de maior complexidade.

**Grupo 2:** 6% da população que apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Este grupo também necessita de atenção específica e atendimentos constantes. Seriam algo em torno de 11 milhões de pessoas no Brasil.

**Grupo 3:** 12% da população que necessita de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual. Este grupo, no qual estão incluídos os inadequadamente denominados “males menores”, é o que mais cresce atualmente. Nele estão inseridos os paciente com transtornos depressivos e ansiosos. É o grupo que lota os serviços extra-hospitalares e constitui-se numa das maiores causas de afastamento no trabalho. Necessitam de acompanhamento ambulatorial específico. Seria um total de 22 milhões de pessoas no Brasil.

Pesquisa realizada no Brasil no ano de 2000 indicava que 23% dos moradores de rua apresentavam problemas mentais graves. Pesquisas semelhantes realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) apontavam que entre 30 à 70% da população de “homeless” tinha doenças mentais graves. Pergunta-se: O Brasil tem melhores condições sociais e econômicas que os EUA? Temos uma infra-estrutura básica de saúde mais eficiente que a americana?

A Portaria nº 32, de 22/01/1974, preconizava 1 leito para cada mil habitantes na zona urbana e 0,5 por mil habitantes na zona rural (média de 0,75 leitos por mil habitantes) e a Portaria nº 1.101, de 12/06/2002, do Ministério da Saúde, preconiza 0,45 leitos psiquiátricos por mil habitantes. Não existem portarias do Ministério da Saúde estabelecendo os parâmetros atuais para consultas psiquiátricas e para outras formas de atendimento em saúde mental.

# VI - MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL PELO MUNDO

Escolheram-se para comparação alguns países que já passaram por reformas em seus Modelos Assistenciais em Saúde Mental e ainda os estão aprimorando, nos quais reconhecidamente a assistência em Saúde tem qualidade, embasamento científico, capacidade e reconhecimento internacional.

## **CANADÁ**

O Canadá gasta em média 11% do orçamento total da assistência à Saúde com a Saúde Mental. Tem uma rede de atenção integral em Saúde Mental, onde os mais diversos serviços não concorrem entre si, mas trabalham de forma harmônica e integrada.

**Atenção Primária:** A Saúde Mental é parte integrante do Sistema Básico de Saúde tendo psiquiatras em parte da rede e médicos treinados para detectar transtornos mentais dos pacientes com transtornos mais leves. Têm na rede básica, além do médico, pessoal técnico de apoio (enfermeiros, assistentes sociais e outros) treinado em saúde mental, tratando e resolvendo cerca de 50% dos problemas de saúde mental já na rede básica.

**Atenção Secundária:** Os serviços de Saúde Mental no nível secundário representam um estágio intermediário de complexidade da assistência, atendendo a demanda que os serviços de nível primário não conseguiram tratar ou entenderam que, devido ao grau de gravidade ou a complicações deveriam ser encaminhados para serviços com maior resolutividade.

Os serviços são compostos por:

- Ambulatórios Psiquiátricos de Especialidades;
- Centros Comunitários com atenção e atendimento especializado em Saúde Mental;
- Atendimento domiciliar em Saúde Mental (quando necessário);
- Internações parciais e observações diárias em Centros Especializados.

**Atenção Terciária:** Quando os dois tipos de atenção, em menor grau de complexidade, não solucionaram os casos, os pacientes são encaminhados para internação em serviços especializados em psiquiatria. Embora este seja o último recurso usado, devido à sua complexidade e ao seu elevado custo, note-se que, mesmo tendo reduzido seus leitos psiquiátricos nos últimos anos, ainda assim o Canadá conta com um índice de 1,93 leitos psiquiátricos para cada mil habitantes, divididos da seguinte forma:

- 0,91 leitos em Hospitais Psiquiátricos especializados;
- 0,50 leitos psiquiátricos em enfermarias de Hospitais Gerais para internações de curtíssima permanência e/ou pacientes psiquiátricos com problemas clínicos;
- 0,52 leitos psiquiátricos para “outros tipos de internações” (asilares, longa permanência, fora de possibilidade terapêutica, etc).

## INGLATERRA

Atualmente a Inglaterra destina cerca de 10% do total do orçamento da área da Saúde em Saúde Mental. Conta com uma rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade.

Seus principais esforços sanitários concentram-se na prevenção, na atenção primária diretamente ligada as unidades básicas e comunidades e um forte investimento na atenção secundária com inúmeros tipos de serviços oferecidos a seus cidadãos. Entretanto, mesmo com estes serviços em pleno funcionamento conta com 0,58 leitos psiquiátricos por mil habitantes, considerados insuficientes para a demanda. Entendem que o baixo número de leitos tem gerado um efeito cascata superlotando serviços de menor complexidade limitando sua eficácia.

Segundo Dratku, os serviços de Saúde Mental no Reino Unido sempre se orgulharam de estar entre os melhores do mundo, introduzindo inovações e padrões de assistência adotados como modelo em outros países. Em 1990 o Governo Inglês determinou a desativação dos grandes hospitais Psiquiátricos e promulgou o *“Community Care Act 1990”*, um pacote legislativo estabelecendo que o tratamento e reabilitação dos pacientes psiquiátricos deveriam ocorrer na comunidade. Dos cerca de 150.000 leitos psiquiátricos existentes no país ficaram pouco mais de 40.000. Tal processo que deveria ter ocorrido concomitante à implementação de serviços de Saúde Mental na comunidade. Tais serviços iriam não somente substituir o tratamento hospitalar, mas, sobretudo oferecer aos pacientes desospitalizados uma alternativa radicalmente melhor de assistência médica e social, além de promover a sua reintegração no meio comunitário. O programa Conservador de redução do número de leitos psiquiátricos provou ser, na verdade, parte de um programa mais abrangente de redução de todos os leitos hospitalares no país com conseqüente redução dos gastos com saúde.

Uma das grandes premissas era que a “comunidade” representaria um espaço mais benéfico, acolhedor e humano para os doentes mentais que a vida intramuros do hospital e, portanto, ofereceria oportunidade para reabilitação e reintegração social não disponível ao paciente hospitalizado. A premissa seria a de que o ambiente hospitalar restringe, oprime e “institucionaliza” os seus desafortunados usuários. Contudo, nunca houve uma preocupação em definir melhor o que entendiam por “comunidade”, e muito menos em se certificar que tipo de acolhida estaria à espera dos pacientes “desinstitucionalizados”.

Infelizmente o número de doentes mentais desabrigados (*“homeless”*) se multiplicou. Afastados ou abandonados por suas famílias, sem trabalho ou qualquer outro vínculo social, fora do alcance dos serviços públicos e, sobretudo, sem qualquer cuidado ou tratamento (psiquiátrico, médico geral ou de outra ordem) esse grupo começou gradativamente a ocupar os leitos psiquiátricos reservados a pacientes agudos. Dirigindo-se por iniciativa própria aos hospitais, trazidos pela polícia ou assistentes sociais e sem ter para onde ir, passaram a permanecer meses a fio nas enfermarias, que chegavam a ter até 120% de ocupação e, desprovidas dos recursos necessários para o desempenho de suas funções, estas unidades hospitalares deterioraram a ponto de serem descritas como ineficazes, ineficientes e desorganizadas.

Essa população carente e, com transtornos mentais, passou a enfrentar obstáculos à internação, principalmente de casos agudos. Ao invés de oferecer tratamento para casos agudos em regime de internação breve, tarefa que lhes competia desempenhar, as enfermarias se tornaram “depósitos” de pacientes graves desabrigados, embora ainda fossem obrigadas a oferecer assistência aos casos agudos que continuavam a chegar.

No lugar da “comunidade idealizada”, onde teriam vidas livres, dignas e plenas, os pacientes “desinstitucionalizados” viram-se envolvidos no abandono ou no aparato semipolicial da “comunidade real”. Para aqueles sem alternativas, especialmente entre os pacientes “desinstitucionalizados”, as oportunidades eram aquelas oferecidas pelos abrigos supervisionados, albergues de curta permanência (“*bed-and-breakfast*”), instituições de caridade e centros comunitários, onde transitavam sob o olhar alerta e desconfiado da comunidade que, a contragosto, os acolhera.

Em 1990, John Wing, Professor Emérito de Psiquiatria Social e Diretor da Unidade de Pesquisa do Royal College of Psychiatrists refletiu sobre as supostas virtudes atribuídas à comunidade: ***“No uso cotidiano, algumas palavras tendem a adquirir uma conotação que deve mais à emoção que à razão. Asilo é uma delas. Popularmente, o seu significado tende a ser restrito à casa de loucos do século XVIII. A comunidade, por outro lado, tende a ser vista como uma vizinhança coesa e prestativa, embora haja muito poucas do gênero nas sociedades industrializadas. Desse modo, ‘Asilo’ se torna uma tia perversa e inconveniente, ao passo que viver na comunidade torna-se um objetivo de louvor e administrativo em si mesmo”***. Quanto à pregação entusiasmada da “psiquiatria na comunidade” como o antídoto para os males do tratamento hospitalar, explicitou: ***“Muitas das funções dos grandes hospitais psiquiátricos eram funções de asilo. Na medida em que a estrutura dos serviços mudou e o papel do grande hospital diminuiu, tendeu-se a se esquecer da necessidade de cobrir essas funções, em parte porque se pensou que, quando muito, estas não iam além da simples proteção. Esse ponto de vista não pode ser sustentado. As funções de asilo sempre envolveram tanto refúgio como recuperação. ‘Community care’ virá a merecer o ódio hoje associado às piores práticas dos velhos tempos se a tradição de asilo praticada nos melhores dos grandes hospitais não for reconhecida, inserida nos recursos terapêuticos da psiquiatria e destacada como de alta prioridade no planejamento dos serviços”***.

Em fevereiro de 1994, uma Força Tarefa de Saúde Mental do governo inglês recomendou que o fechamento dos hospitais psiquiátricos de Londres fosse interrompido, até que as autoridades de saúde estivessem certas de que serviços alternativos efetivos estejam disponíveis. Eles salientaram os riscos para os pacientes e para a população resultantes das altas precoces, e o custo decorrente de ter que encaminhar esses pacientes para atendimento psiquiátrico conveniado fora de Londres, um milhão de libras esterlinas por ano. A ineficácia dessas propostas repercute na questão dos doentes mentais desabrigados. Ser pobre e sem-teto é muito pior se a pessoa estiver doente, estatísticas sugerem que até 50% dos desabrigados nas grandes cidades sejam doentes mentais. Cada vez mais, eles são casos novos que poderiam ser atendidos em uma ampla rede que incluísse bons hospitais psiquiátricos.

Devido a experiências desastrosas como essa, a Organização Mundial de Saúde recomendou que fossem mantidas as opções de residência hospitalar para pacientes que necessitem de cuidados intensivos de alta qualidade e sejam incapazes de levar vida mais independente, e sugere que não se fechem os hospitais enquanto as alternativas não estiverem implantadas na comunidade. Entretanto, nem sempre será possível atingir a meta ideal traçada pela OMS.

O tratamento hospitalar é necessário para uma proporção substancial dos pacientes psiquiátricos, uma realidade clínica que os entusiastas do projeto tentaram ignorar ou negar. Algumas constatações de ordem prática foram aprendidas pelo governo inglês:

- Em várias circunstâncias o atendimento na comunidade não representa uma alternativa viável ao atendimento hospitalar;
- Os serviços de saúde mental na comunidade se tornam inoperantes quando não podem contar com serviços hospitalares que sejam efetivos, bem estruturados e de fácil acesso;
- Que se superestimou a capacidade da sociedade e da comunidade em tratar dos pacientes com transtornos mentais sendo que os serviços hospitalares foram negligenciados ou no mínimo subestimados.

Tornou-se claro e incontestável que as ambições do tratamento em comunidade jamais poderiam ser satisfeitas na falta do ingrediente essencial para o funcionamento dos serviços, os leitos hospitalares. Apesar do privilégio do “Community care”, um terço dos pacientes tiveram que ser reinternados em hospitais.

## **ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA**

Nos Estados Unidos da América o financiamento da Saúde Mental consome cerca de 6% de todo o orçamento da área de Saúde, entretanto esta não é a única fonte de recursos pois estes provêm também de seguros saúde e de outras fontes não estatais elevando os gastos a níveis não mensurados mas bem superiores a este.

Existe uma rede de atenção em saúde mental em todos os níveis de complexidade do atendimento aos portadores de transtornos mentais.

No nível básico de atenção primária existe a detecção e o tratamento dos acometimentos menores; no nível secundário há um atendimento voltado ao paciente diretamente nas comunidades com serviços em centros comunitários, ambulatório especializado, internações similares aos hospitais dia, casas monitoradas e ligadas aos centros de atendimento, etc.

Mesmo com todo este aparato de atendimento ainda se faz necessário a manutenção de serviços no nível terciário sendo mantido um índice de 0,95 leitos psiquiátricos por mil habitantes, distribuídos da seguinte forma:

- 0,35 leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados,
- 0,20 leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais,
- 0,40 leitos psiquiátricos para outros tipos de internações (asilares, longa permanência, fora de possibilidades terapêuticas, etc).

As idéias de desospitalização e desinstitucionalização nos EUA surgiram por volta dos anos 60, no plano de Saúde Mental do governo Kennedy e, importante destacar, que se alinhavam aos fundamentos das políticas neoliberais de contenção de gastos e transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil, sem a devida contrapartida de serviços essenciais à população necessitada.

Na realidade a redução de leitos significou diminuição dos custos da assistência para os cofres públicos. Não se preocuparam e nem fizeram uma real transformação na assistência oferecida ao portador de doença mental. A mudança implicou na desassistência de milhares de pessoas que se encontravam internadas nos hospitais e passaram a perambular pelas ruas das grandes cidades. De forma artificial reprimiram a demanda aos serviços e, efetivamente, reduziram a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e seus familiares. Estudos realizados em diversos estados americanos apontam para um percentual entre 30% e 70% de doentes mentais graves entre a população de *"homeless"*.

O que realmente propiciou uma melhora dos pacientes e parte de sua ressocialização foi o advento dos medicamentos antipsicóticos, como a Clorpromazina que se tornou disponível em meados dos anos 50, mantendo os quadros psicóticos dos pacientes controlados o suficiente para serem tratados ambulatorialmente.

Entre a assinatura de Kennedy na lei de Saúde Mental em 1963 e a sua expiração em 1980, o número de pacientes em hospitais psiquiátricos caiu cerca de 70%. Os centros comunitários de Saúde Mental da nação não conseguiram lidar com os pacientes que foram *"liberados"* das instituições. Não havia suficientes psiquiatras e profissionais da área de Saúde Mental.

Leis civis liberais ganharam ímpeto nos anos 70 e tornaram, insensatamente, difícil para os juízes mandar recolher e internar pacientes que tinham uma recaída, mas que recusavam tratamento. Os que eram *"dispensados"* dos hospitais, em sua maioria, fracassavam na comunidade e voltavam rapidamente para as instituições, dando origem ao fenômeno chamado de *"porta-giratória"*. E estes eram os com sorte, pois muitos outros acabavam morando nas ruas ou, em pensões baratas e decadentes, ou nas prisões.

Um relatório feito em 2003 pela Comissão de Direitos Humanos de Nova York, mostrou que as prisões e cadeias continham três vezes mais pessoas com doenças mentais que os hospitais psiquiátricos daquele país. O estudo confirmou o que os institutos de saúde mental já sabiam: o *"encarceramento em prisões"* se tornou o tratamento padrão da nação em relação às doenças mentais. Uma questão ainda maior foi colocada: o que se pode fazer para evitar que outros doentes mentais acabassem atrás das grades?

Com 3.400 prisioneiros mentalmente enfermos a Prisão Municipal de Los Angeles funciona como a maior instituição para pacientes psiquiátricos dos Estados Unidos. A ilha de Rikers em Nova Iorque, com 3.000 prisioneiros doentes mentais é a segunda. A vida nestas instituições é um pesadelo para as pessoas com doenças mentais, que são alvo de manipulações cruéis e de abusos. Podem ter chegado a este ponto, na verdade, com a melhor das intenções, mas a realidade é bem diversa.



Em 1963 o presidente Kennedy assinou o “Ato dos Centros de Saúde Mental” através do qual os grandes hospitais estaduais de doenças mentais dariam espaço às pequenas clínicas comunitárias. A fria clemência do isolamento custodial seria suplantada pelo calor da capacidade e da preocupação da comunidade.

Colocar os doentes mentais prisioneiros em unidades de tratamento ajudaria, mas a solução seria manter as pessoas psicóticas, cujas infrações criminais são um produto de sua doença, fora das prisões. Isto requer a reparação de um sistema de tratamento em saúde mental fragmentado.

A mudança mais freqüentemente proposta é a liberação dos hospitais estaduais da camisa de força das regulamentações, pois, infelizmente, cerca de metade de todas as pessoas sem tratamento com transtornos psicóticos não reconhecem que há algo de errado com elas.

Procuram formas de ajudar pacientes que têm um padrão consistente de rejeitar cuidados voluntários, abandonando a medicação, engajando-se em sua autodestruição ou tornando-se um perigo para os outros.

Infelizmente, para milhares de pessoas com problemas mentais, principalmente as de mais baixa renda, a América falhou em “fazer o bem” com a promessa de John Kennedy: foram liberados dos grandes hospitais, mas acabaram sem assistência ou nas prisões.

Resumo comparativo:

|                           | <b>CANADÁ</b>  | <b>INGLATERRA</b>   | <b>USA</b>  | <b>BRASIL</b>   |
|---------------------------|--|---|---|---|
| <b>Atenção Primária</b>   | Muito bem estruturada, eficiente e eficaz. Suficiente.   | Bem estruturada, eficiente e sobrecarregada.  | Estruturada e Sobrecarregada.   | Praticamente inexistente.   |
| <b>Atenção Secundária</b> | Muito bem estruturada, eficiente e eficaz. Suficiente  | Muito bem estruturada, eficiente e sobrecarregada.  | Estruturada e sobrecarregada.   | Mal estruturada, insuficiente e sobrecarregada.                                   |
| <b>Atenção Terciária</b>  | Muito bem estruturada, eficiente e eficaz. Suficiente: (1,92 leitos psiquiátricos por mil habitantes). | Bem estruturada, insuficiente e sobrecarregada: (0,58 leitos psiquiátricos por mil habitantes). | Estruturada, insuficiente e sobrecarregada: (0,95 leitos por mil habitantes). | Mal estruturada, insuficiente e sobrecarregada: (0,23 leitos por mil habitantes). |

# VII - PROPOSTA DE DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Qualquer projeto que se deseje viável, deve contar com objetivos, recursos e outros parâmetros compatíveis com a realidade. O conhecimento da evolução do processo no qual se pretende intervir é fundamental, pois dele é que advêm os ensinamentos que não nos permitirão propor ações já malogradas e nos possibilitarão consagrar aquelas que não contrariem a boa experiência vivida. Também se deve ter clara noção dos objetivos e metas a serem atingidos, dos recursos existentes para fazê-lo e da possibilidade de assegurar continuidade ao processo pretendido.

Cientes das dimensões continentais do Brasil e de suas diferenças socioeconômicas e culturais locais e regionais, a ABP apresenta as diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental. Levamos em conta a realidade de nosso país, as necessidades da população e observamos fielmente o que preceitua a Lei 10.216/2001 que contempla a integralidade na assistência em saúde mental. Não propõe um modelo rígido, mas diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal. Não estamos propondo um modelo rígido, mas sim diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal.

Os diversos serviços devem contar com equipes multiprofissionais e seus componentes devem atuar interativa e integradamente, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida.

Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo um ao outro, não concorrendo e nem competindo entre si. Para isto é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contra-referência.

Seguindo-se a Lei 10.216/2001 é preciso contar com os seguintes parâmetros de atenção e serviços:

### **NÍVEL PRIMÁRIO:**

#### **• *Promoção e Prevenção***

Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais.

- Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares, religiosas, de grupos responsáveis por resgate atendimento pré e pós-hospitalar e outras.

- Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.

- Ampla divulgação dos serviços de saúde mental, assim como orientação da forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.

- Treinamento e supervisão contínuos e específicos para os integrantes das equipes multiprofissionais, orientando as competências e responsabilidades de cada um dos profissionais e de como executá-las.

Tais investimentos resultarão em economia na medida em que a detecção e o tratamento precoces contribuam para uma menor perda de capacidade do paciente.

#### **• *Unidades Básica de Saúde (UBS)***

- Treinamento de médicos do Programa de Saúde Mental de Família (PSF) e Unidades Básica de Saúde (UBS), de acordo com os critérios estabelecidos pelas diretrizes da ABP, AMB e CFM para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos de transtornos mentais que não consigam tratar, construindo um sistema de referência e contra-referência.

- Esse sistema de referência e contra-referência deve ser estruturado através da ação de equipes matriciais, ligados à rede de saúde mental (serviço de saúde mental de referência para uma determinada população) que será responsável por dar suporte técnico e de supervisão, através das técnicas de interconsulta e consulta conjunta para um determinado número do PSF e UBS.

- Criar programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a atenção primária, elaborando Diretrizes, a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de atenção primária com Equipes Matriciais.

## **NIVEL SECUNDÁRIO:**

### **• Centro de Atenção Médica, Psicológica e Social (CAMPS)**

Serviço que funcione de acordo com seus programas de atendimento e público alvo específico, contando com equipe multiprofissional completa necessária para desenvolver os programas da unidade. O CAMPS deverá ser estruturado seguindo os ditames da Lei 10.216 que prevê assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Deverá proporcionar atendimento mais intensivo que o ambulatório tanto em duração como em frequência de atendimento. Será um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação. Os CAMPS serão estruturados em três níveis de complexidade. No CAMPS I, em regiões do país em que haja carência de psiquiatras, aceitar-se-ia temporariamente que o médico não fosse especialista. Nos CAMPS II e III o médico será necessariamente um psiquiatra registrado como tal no Conselho Regional de Medicina.

### **• Ambulatório Psiquiátrico Geral e Especializado**

Serviço de atendimento essencialmente médico organizado de acordo com a demanda existente em cada local, inserido ou não em ambulatório médico geral, e que sempre faça a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos.

Deverão ser observadas a localização geográfica e a população a ser assistida.

O atendimento ambulatorial é eficaz no tratamento e controle das doenças mentais e quando combinado com a dispensação de medicamentos mostra uma elevada taxa de resposta terapêutica com baixo custo.

## **NIVEL TERCIÁRIO:**

### **• Hospital Dia e Hospital Noite**

Serviço destinado a hospitalização parcial para pacientes que não necessitem permanecer em tempo integral no hospital, mas apenas parte do dia. Muitos pacientes que seriam hospitalizados podem ser mais bem atendidos neste serviço e outros tantos poderiam ter o seu tempo de internação integral abreviado sendo referenciados para o hospital parcial antes de passar para o CAMPS ou ambulatório.

### **• Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental (CAISM)**

O Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental situa-se tanto na atenção primária, como na secundária e terciária, pois contemplaria um atendimento completo em todos os níveis de complexidade (promoção, prevenção, ambulatório, pronto socorro, CAMPES, hospital parcial e hospital para internação em tempo integral). O CAISM, preferencialmente uma instituição de ensino, seria ideal para algumas regiões e localidades. Hospitais já existentes poderiam ser transformados em CAISMs, constituindo-se em centros de excelência no atendimento psiquiátrico.

### **• Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral**

Serviços destinados a internações de pacientes agudos, em princípio de curta permanência para pacientes psiquiátricos sem intercorrências ou para pacientes psiquiátricos com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais. A possibilidade de autocuidado e o risco individual de conduta violenta e anti-social devem ser aferidos em função da possibilidade de atendimento de cada serviço.

### **• Hospital Psiquiátrico Especializado**

Serviços destinados a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível ser feito em serviços de menos complexidade. Deverá funcionar de acordo com seus programas de atendimento, contando com equipe multiprofissional completa necessária para desenvolver os programas terapêuticos da unidade.

### **• Unidade de Emergência Psiquiátrica**

Unidade de pronto socorro psiquiátrico, aberta em tempo integral (24 horas por dia), com leitos para acolher pacientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas). Teríamos unidades de emergências psiquiátricas específicas, em hospitais psiquiátricos, e unidades de emergências psiquiátricas em hospitais gerais.

As unidades de emergência deverão estar articuladas com o SAMU. Nas cidades maiores o SAMU deverá ter uma ambulância específica para o atendimento pré-hospitalar de pacientes psiquiátricos, a qual deverá contar com pessoal especializado e ser equipada adequadamente para estes atendimentos.

## **PROTEÇÃO SOCIAL:**

### **• Serviço de Residência Terapêutica I (Lar Abrigado)**

Serviço destinado a pacientes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

### **• Serviço de Residência Terapêutica II (Pensão Protegida)**

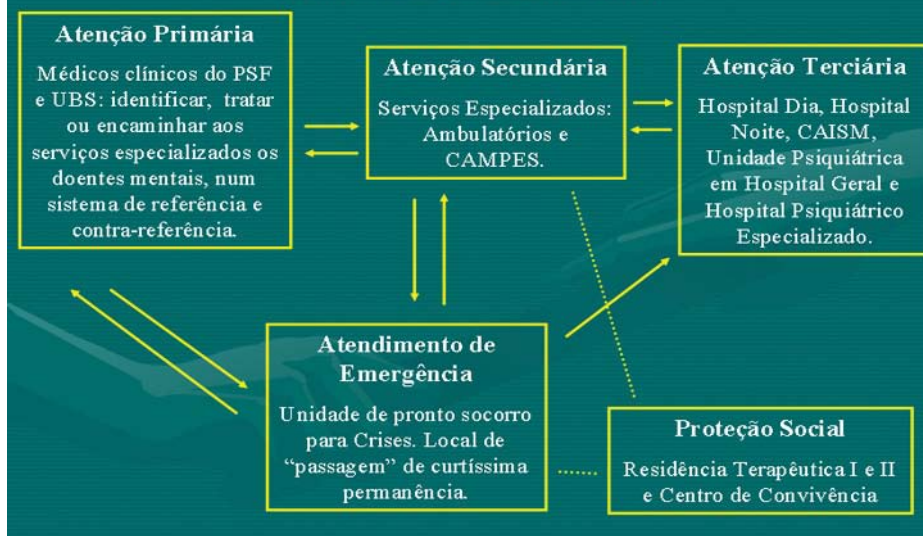
Serviços destinados a pacientes com a autonomia comprometida, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

### **• Centro de Convivência**

Serviço destinado à convivência de pessoas, com variados graus de comprometimento, para recreação e convívio. Nestes centros poderão utilizadas técnicas de reabilitação, com profissionais de nível superior, a exceção de médicos.

Os centros de convivência estariam referenciados a um serviço de assistência de nível secundário.

(Conforme Lei 10.216/2001)



## PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL:

### PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS TRÊS NÍVEIS

Os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência atingem entre 15 a 20% da população, com predomínio dos transtornos no comportamento disruptivo e transtornos emocionais (Lai, 2000). Seu cuidado depende da própria psicopatologia bem como das famílias envolvidas.

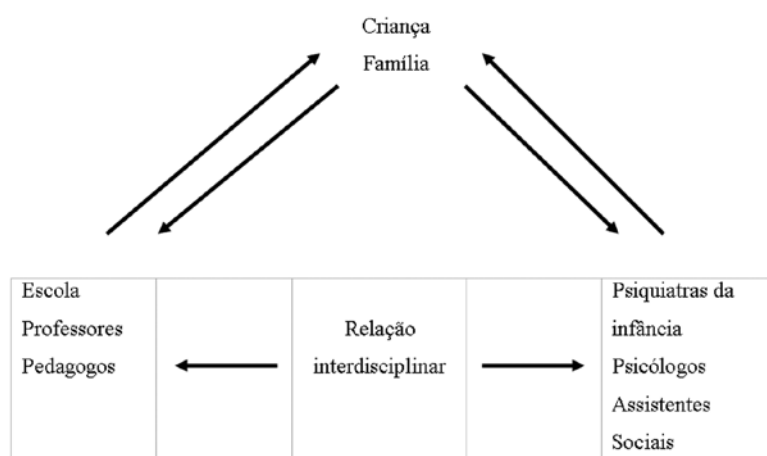
Fatores de risco podem ser considerados aqueles que alteram o desenvolvimento da criança incluindo-se entre eles prematuridade, problemas pré- e perinatais, atrasos no desenvolvimento, problemas comportamentais, doenças crônicas ou deficiências. Envolvem também patologias familiares e dificuldades sociais. Assim, a interação entre a vulnerabilidade individual e as adversidades ambientais estabelecem o fator de risco. Alguns desses casos podem ser considerados de extrema importância quando da sua inserção em um hospital geral, escola ou creche.

Levando-se em conta essas breves considerações, evidente que um projeto de Saúde Mental terá por meta, em primeiro lugar, pensar a criança e o adolescente enquanto populações características, com universos próprios e manifestações comportamentais típicas.

Entretanto, mais que a mera ausência de doença, a saúde comporta um, assim chamado estado de bem estar biopsicossocial, constituindo-se em um estado ativo para onde confluem elementos físicos, familiares, sociais, pessoais, administrativos, escolares e outros, todos desembocando de maneira geral, naquilo que, de maneira simplista, poderíamos agrupar sob a denominação genérica de qualidade de vida da criança.

Esse processo, quanto menor é a criança, mais dependente se torna do grupo familiar que, principalmente da mãe, quem habitualmente percebe todo e qualquer desvio nesse estado de bem estar.

Na medida em que a criança se desenvolve a escola passa também a desempenhar esse papel, constituindo-se, juntamente com a família, no universo da criança.



Visando-se a implantação de um projeto de Saúde Mental da Criança e do Adolescente podemos estabelecer os seguintes passos básicos:

### **ATENÇÃO PRIMÁRIA**

1. Inserção de módulo referente a Saúde Mental na formação de professores e nas programações escolares de primeiro e segundo graus, enfocando os principais problemas da área.

2. Sistematização da aplicação de diferentes escalas de “screening” para doença mental em sentido amplo bem como para diferentes quadros da infância e adolescência nas próprias escolas.

3. Sistematização de avaliação de “Qualidade de Vida” das crianças atendidas nos serviços escolares.

4. Avaliação dos eventuais distúrbios de aprendizado e de comportamento surgidos no ambiente escolar.

5. Revisão do ambiente escolar visando à minimização dos fatores de estresse.

6. Elaboração de Guia de Saúde Mental visando o esclarecimento de pais e professores quanto aos principais problemas da área bem como a uniformização de condutas a serem estabelecidas. Esses guias podem ser utilizados em escolas e creches (visando-se estimulação de bebês), com treinamento para uso e supervisão periódica das equipes de retaguarda.

### **ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

#### ***Ambulatório Infantil***

O Ambulatório é o ponto central do sistema, a partir do qual todos os pacientes são registrados e se iniciam os processos de diagnóstico e tratamento não passíveis de terem sido efetuados nos Serviços Básicos em função de sua complexidade ou gravidade. Atendem assim, preferencialmente: quadros de agitação, casos psicopatológicos específicos inacessíveis a abordagem em serviços básicos de saúde e psicoses em geral.

A partir desse atendimento, estabelece-se o diagnóstico e os encaminhamentos aos diferentes setores de atendimento uma vez que atendimento fonoaudiológico, psicológico, psicoterápico e de terapia ocupacional também são realizados.

Programas de psicoterapia breve, a maior parte das vezes dirigidos à adolescentes devem estar presentes.

#### ***Brinquedoteca Terapêutica***

Tem como objetivo favorecer a melhora da qualidade de vida de pacientes registrados em um Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, bem como de suas famílias. Seu objetivo é propiciar a interação grupal e a aceitação de regras e limites necessários ao convívio social através do brincar, orientando as famílias quanto à possibilidade de desenvolvimento psicossocial de suas crianças e/ou adolescentes. Para



tanto utiliza, enquanto metodologia, atividades lúdicas que usam o brinquedo como objeto intermediário e facilitador, e orienta pais individualmente ou em grupo. Atende assim crianças até 12 anos ou mais velhas se apresentarem dificuldades cognitivas e sociais acentuadas.

### ***Interconsulta***

Supre a demanda de atendimento clínico em enfermaria de Pediatria e fornece suportes adequados à família dos pacientes atendidos nesses serviços bem como às diferentes equipes visando à minimização dos efeitos da internação ou mesmo do atendimento ambulatorial bem, como a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Em um hospital geral esta atividade tem fundamental importância e por isso deve ser privilegiada. Na escola, o atendimento é predominantemente psicológico visando a detecção dos principais problemas de aprendizado ou comportamentais que dificultam o desempenho ou a inserção da criança, sendo essas questões discutidas com a equipe escolar e as sugestões de intervenção propostas e supervisionadas pelo profissional responsável.

## **ATENÇÃO TERCIÁRIA**

### ***Hospital-Dia Infantil***

Serviços onde se desenvolvem programas caracterizados pela flexibilidade, pela diminuição do trauma de separação da criança de suas famílias, pelo envolvimento dos serviços da comunidade e pela possibilidade, concomitante, de manipulação do ambiente infantil. Estes serviços são indicados para observação, manipulação das condutas, determinação dos níveis de desenvolvimento e propiciam ambiente terapêutico que possibilita a redução de transtornos comportamentais. Assim, destinam-se a crianças pré-escolares com transtornos comportamentais, abuso infantil e problemas familiares, psicoses na infância, transtornos de desenvolvimento e vítimas de abuso.

### ***Enfermaria Infantil***

Serviços que são utilizados em poucos casos, inabordáveis sob quaisquer outras formas, de caráter agudo e por pequeno período de tempo até que os problemas mais emergentes sejam minimizados e os pacientes possam ser inseridos em outros programas. As internações são realizadas quando não há condições médicas de tratamento ambulatorial sendo a indicação avaliada pela supervisão da enfermaria. Dessa maneira, a medida em que outros modelos terapêuticos mostram sua eficácia (ambulatório, brinquedoteca, hospital-dia e outros) o índice de internações diminui sem a necessidade de sua regulamentação.

Assim, as indicações para o tratamento hospitalar podem ser resumidas da seguinte maneira (Green, 1995): Distúrbios graves e persistentes que constituem ameaça à vida (depressão, suicídio, distúrbios alimentares, distúrbios obsessivos, encoprese intratável, psicoses, conversão histérica); Esclarecimento diagnóstico ou das indicações terapêuticas; Distúrbios emocionais graves; Avaliação dos cuidados maternos quando há risco para a criança (S. Munchausen); Estados de crise.

Os pacientes são internados juntamente com um familiar para que seja preservado o vínculo mãe-filho, importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostra-se de grande importância na diminuição do número de internações bem como no índice de reinternações.

Um programa assim, por sua abrangência, deve possuir uma equipe complexa, fato esse que nos defronta com nossa realidade, extremamente carente na formação de psiquiatras da infância e da adolescência pelo pequeno privilégio que a especialidade tem tido nos programas de formação em nível de graduação e pós-graduação. Isso fica visível se pensarmos que conforme o Children Act 1989 (Wallace, 1997) cerca de 20% das crianças necessitarão passar por serviços de Saúde Mental durante sua infância em função de problemas de desenvolvimento ou de saúde mental.

### **PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA IDOSOS NOS TRÊS NÍVEIS**

Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade, o impacto sobre gastos com saúde e previdenciários adquire capital importância, visto que idosos são responsáveis por uma ampla fatia dos custos envolvidos com oferecimento de serviços de saúde. No caso específico da psiquiatria geriátrica, é conhecido o aumento progressivo da prevalência de transtornos cognitivos, mais acentuadamente os transtornos demenciais, à medida que avança a idade. A prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos, apenas para citar um exemplo. Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer.

Outrossim, a depressão em idosos é o que se conhece como um dos quatro gigantes de geriatria, sendo os outros três a demência, quedas e infecções.

A dependência para atividades de vida diária nos idosos é, ao lado dos quadros de agitação e agressividade, a principal causa de institucionalização de idosos, contribuindo também para o aumento dos gastos públicos e da família com saúde e trazendo também sérias conseqüências para o cuidador, seja ele familiar ou profissional, em termos de estresse e qualidade de vida.

Todos esses fatores e, como já dito anteriormente, a demanda crescente por especialização na área específica, faz com que seja necessária estruturação de formação e atendimento especializado em psiquiatria geriátrica em todos os níveis no Brasil.

Os profissionais envolvidos, sempre em atividades integradas englobam a equipe de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e musicoterapeutas.

## **O ATENDIMENTO A IDOSOS COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM TRÊS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE NO SUS DEVE SEGUIR OS SEGUINTESS PASSOS:**

1. Reconhecimento de casos de depressão e demência, além de quadros de ansiedade e de psicoses pelas equipes de saúde no serviço primário. Treinamento dessas mesmas equipes em instrumentos básicos de rastreio e quantificação de transtornos, com escalas validadas em nosso meio.

2. Encaminhamento desses casos para os ambulatórios, onde os diagnósticos dos casos suspeitos podem ser refinados e o tratamento instituído. Estes casos serão contra-referidos para a rede primária, na qual o acompanhamento deverá se dar.

3. Organização de aulas e equipes de educação sobre temas referentes a idosos na comunidade, juntamente com associações de idosos e de parentes de pessoas com doenças psiquiátricas de idosos.

4. Estabelecimento de uma rede integrada de atendimento terciário e quaternário para casos que necessitem de internação.

5. Formação de centros de referências para idosos com demência e depressão por todo o país, não apenas para o tratamento multidisciplinar e o estabelecimento de Centros-Dia para reabilitação voltadas para atividades de vida diária, mas também para garantir a distribuição de medicamentos de alto custo para demência, psicose e depressão necessários aos usuários idosos.

## **PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA A ÁREA DE ÁLCOOL E DROGAS NOS TRÊS NÍVEIS**

Por todos os problemas sociais que o consumo de drogas causa, costuma-se considerar o uso de substância como um problema social e não como um problema de saúde em geral ou especificamente como um problema relacionado com a saúde mental.

Com o objetivo de discutir as melhores formas do tratamento da Dependência Química (DQ), é necessário firmar uma premissa que não tem sido suficientemente ressaltada: a DQ é uma doença que é crônica grave e não somente um problema social ou psicológico.

Ao firmar esta posição pode-se defender de uma forma mais organizada e eficaz que o modelo do sistema de tratamento da DQ deve assemelhar-se ao das outras doenças crônicas.

A DQ tem diagnóstico, explicação genética, etiologia e fisiopatologia próprias. Com relação ao diagnóstico, tanto o sistema americano do DSM quanto a CID da Organização Mundial de Saúde deixam claros os elementos para considerar alguém dependente de uma substância química. Quanto à genética os estudos recentes mostram a existência de um componente biológico na susceptibilidade de desenvolver a DQ. Com relação à fisiopatologia os estudos recentes são muito convincentes. Uma coisa é a ação aguda do álcool e de qualquer droga produtora de dependência. Outra coisa são as adaptações neurofisiológicas que ocorrem ao longo do processo de uso continuado. A ação dessas substâncias, nos processos cognitivos, motivacionais, e comportamentais tornam a dependência uma situação patológica da qual é muito difícil sair. Portanto existe uma interação entre a biologia da ação da droga e os processos

comportamentais patológicos que tornam a interrupção do uso mais difícil. Essa ação explica em grande parte as freqüentes recaídas que ocorrem no tratamento da DQ.

Apesar dessas dificuldades inerentes à etiologia da DQ o tratamento funciona. McLellan e colaboradores (2000) em revisão de mais de 100 ensaios clínicos de tratamento da DQ mostrou que a maioria dos tratamentos produz diminuição do uso de substâncias, melhora da qualidade de saúde física e mental, muito embora sem a necessária cura da doença. O importante é a continuidade dos cuidados pelo sistema de saúde. Nesse sentido DQ seria muito próxima de doenças como diabetes, hipertensão e asma.

Temos excelentes medicações e uma série de cuidados que poderiam ser utilizados em diferentes níveis de cuidados que fariam a diferença no controle ou na morte dos doentes. Têm-se tratamentos muito eficientes que deveriam estar disponíveis para a população.

Portanto no estabelecimento de uma política assistencial para a DQ deve-se ter em mente que o que está sendo tratado é uma enfermidade grave que embora crônica pode ser tratada adequadamente.

Há que diminuir os danos que as substâncias causam às pessoas e à sociedade como um todo e investir ao máximo para que as pessoas que estejam dependentes dessas substâncias possam ter todas as chances possíveis para interromper o consumo. Somente com a abstinência é que o dependente volta a um nível satisfatório de saúde física e mental. Isso não quer dizer que não se possa utilizar estratégias de redução de consumo sem abstinência, com resultados inferiores ao ideal. Mas não se pode oferecer à população exclusivamente uma política de redução de consumo, chamada de redução de danos, como se isso fosse o melhor para os pacientes. O tratamento visando a abstinência pode ser caro, longo e trabalhoso, mas ainda é o melhor que a medicina pode oferecer.

### **EM RELAÇÃO A ESTRUTURA DO TRATAMENTO DA DQ, VALE A PENA RESSALTAR:**

1. Não existe tratamento único e ideal para a dependência química. O ideal seria organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde física, saúde mental, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc), buscando a proporcional diversidade de soluções.

2. Devido a natureza da DQ alguns pacientes podem beneficiar-se de intervenções breves e outra parte, necessitar de tratamentos mais sistematizados e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recursos;

3. Um sistema de tratamento efetivo deveria ter vários tipos de locais onde as ações terapêuticas pudessem ocorrer:

- Tratamentos genéricos como relacionados a saúde física geral, assistência social adequada, orientação profissional,

- Tratamentos sistematizados ambulatoriais como Terapias Cognitivas, Motivacionais, Treinamentos de Habilidades Sociais, Grupos de Apoio Psicológico, Grupos de auto-ajuda como AA, NA, Amor Exigente,

- Tratamentos intensivos e especializados com internações em Hospital Geral, Clínicas Especializadas, Moradias Assistidas para Dependentes Químicos;

4. O objetivo do tratamento é emparelhar a natureza e a intensidade dos problemas com a melhor estratégia de tratamento bem como o melhor local e intensidade do tratamento. Deve-se buscar também um ecletismo esclarecido onde diferentes doutrinas e escolas de tratamento possam conviver harmonicamente, desde que baseadas nas melhores evidências científicas.

Como a tendência é de o tratamento ser feito por tempo prolongado, a sociedade não pode pagar intervenções que não tenham suficientes evidências de resultados satisfatórios.

5. Níveis de Serviços para a Dependência Química

Na tabela a seguir descrevemos níveis de serviços para a DQ e formas e tratamento que possam ser associados a esses níveis.

| <b>Nível</b>      | <b>Forma</b>                                      | <b>Serviço</b>  |
|-------------------|---|---|
| <b>Primário</b>   | Cuidados Primários de Saúde                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de acompanhamento médico por clínico geral</li> <li>- Serviço de cuidados psiquiátricos gerais</li> <li>- Tratamento das principais complicações somáticas</li> <li>- Prevenção de doenças transmissíveis pelo uso de substâncias causadoras de dependências</li> <li>- Emergências e acidentes</li> <li>- Desintoxicação ambulatorial</li> <li>- Orientação familiar</li> <li>- Intervenção/orientação breve</li> <li>- Encaminhamento para serviços mais complexos</li> </ul>                        |
| <b>Secundário</b> | Ambulatório com acesso facilitado (Comunitário)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações psicológicas baseadas em evidências (Terapias Cognitivo Comportamental, Motivacionais, Treinamentos de Habilidade Social)</li> <li>- Grupos terapêuticos para facilitar abstinência</li> <li>- Grupos de orientação profissional (reabilitação psicossocial)</li> <li>- Programa de facilitação de acesso ao tratamento</li> <li>- Avaliação e orientação de comorbidades psiquiátricas</li> <li>- Desintoxicação ambulatorial medicamentosa</li> <li>- Orientação familiar estruturada</li> </ul> |
|                   | Ambulatório Especializado em DQ                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento de comorbidades psiquiátricas complexas</li> <li>- Tratamentos psicológicos estruturados, associados com orientação familiar</li> <li>- Desintoxicação complexa</li> <li>- Hospital Dia</li> <li>- Intervenção estruturada em crise</li> </ul>  |
| <b>Terciário</b>  | Programa de Internação em Hospital Geral          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internação em unidade especializada</li> <li>- Desintoxicação complexa e com comorbidade somática e/ou psiquiátrica</li> <li>- Tratamento de intercorrências somáticas</li> <li>- Tratamento de comorbidades psiquiátricas</li> </ul>  |
|                   | Programa de Internação em Unidades Especializadas | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas estruturados para avaliação e tratamento de comorbidade psiquiátrica e DQ</li> <li>- Programas complexos de reabilitação psicossocial com longa duração (mais de 3 meses)</li> <li>- Moradias assistidas</li> </ul>  |

## **SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA DOENTES MENTAIS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA E POPULAÇÃO PRISIONAL COM TRANSTORNOS MENTAIS**

É necessária a criação de pelo menos um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por Estado, com pessoal qualificado, em número adequado e devidamente treinado para lidar com este tipo de paciente. Destaca-se a importância de equipes de saúde mental completas.

É indispensável que o SUS tenha participação no custeio das despesas decorrentes do atendimento desses pacientes, o que proporcionaria melhores condições de funcionamento dessas instituições.

Cada estabelecimento prisional deve contar com uma equipe de saúde mental. Assim, no próprio ambiente prisional poderia ser prestado atendimento a casos mais leves que não necessitassem remoção para o HCTPs. Isso tem dupla vantagem: o atendimento seria prestado mais rapidamente, pois os profissionais estariam mais próximos do apenado, diminuindo assim o risco do duplo estigma, ou seja, a condição de criminoso e de doente mental que acompanha todo aquele que tem passagens pelos HCTPs.

Os serviços penitenciários devem desenvolver programas específicos para a prevenção do suicídio e para o manejo do abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Considerando que não há evidências científicas da relação doença mental e periculosidade, desenvolver campanhas para quebrar este estigma e excluir, no Código Penal, o doente mental da condição de perigoso, pela simples condição de padecer de uma enfermidade psiquiátrica.

## **DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Sobre a distribuição de medicamentos essenciais e de alto custo, encontra-se no Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – do Tribunal de Contas da União (TCU) a seguinte afirmação: ***“Entrevistas com os gestores estaduais e municipais, com responsáveis pelos CAPS e SRT, além de relatos de familiares e pacientes, evidenciaram deficiências na distribuição dos medicamentos destinados aos portadores de transtornos mentais, traduzida pela descontinuidade na distribuição dos medicamentos essenciais e demora na distribuição dos medicamentos de alto custo. Nas respostas aos questionários dos CAPS, 41,3% dos respondentes informaram que os pacientes não obtêm os medicamentos sempre que solicitam”***.

A dispensação gratuita de medicamentos deve ser garantida a todos os pacientes necessitados deles, sem interrupção do fluxo. Nas unidades de atenção primária seriam dispensados medicamentos da cesta básica, composta por fármacos de baixo custo, que necessita ser ampliada e periodicamente atualizada, dando-se preferência aos genéricos. A escolha do fármaco é competência do médico assistente.

Nas unidades de atenção secundária além dos medicamentos da cesta básica devem ser dispensados medicamentos de alto custo. Neste caso, a ABP, respaldada

pela AMB e CFM fará as propostas dos protocolos para a prescrição, atualizando-os periodicamente, respeitando os princípios éticos do receituário médico estabelecidos pelo CFM.

Nas unidades de atenção terciária deve-se garantir a manutenção do acesso gratuito aos medicamentos de alto custo, inclusive em se tratando de serviços contratados, pois o direito à assistência farmacêutica é do paciente não do serviço onde ele é atendido.

## **REABILITAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL**

Hoje não existe uma política do Ministério da Saúde para combater o estigma ao doente psiquiátrico e comprometida com sua reabilitação e reinserção social.

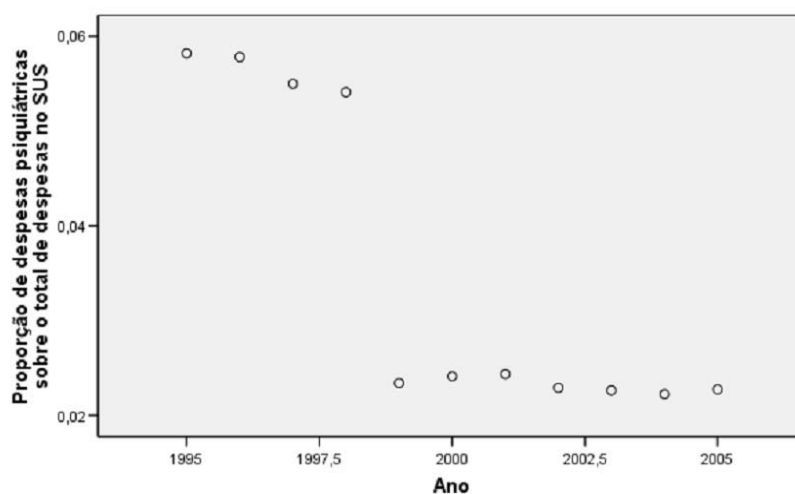
As limitações ou perdas de capacidades operativas para o desempenho social e laboral decorrentes do adoecer mental ou comportamental devem ser objeto de estratégias de reabilitação dirigidas aos recursos dos pacientes, aos talentos existentes e às possibilidades para lidar com a doença que minimizem a incapacidade. Reabilitação psiquiátrica é um conjunto de ações dirigidas a pessoas com doenças mentais, transtornos comportamentais e déficits funcionais graves.

A ajuda às pessoas com incapacidades decorrentes de um transtorno psiquiátrico para aumentar o nível de seu desempenho de tal forma que possam sentir-se bem sucedidas e satisfeitas deve ser feita através de: alternativas residenciais, facilitação do transporte, programas de suporte comunitário (centros de convivência), oficinas de trabalho protegidas, suporte à atividade escolar, grupos de auto-ajuda e defesa de direitos.

## VIII – FINANCIAMENTO

A situação atual da assistência em Saúde Mental no Brasil piorou demasiadamente nos últimos 15 anos. Com esta política o Ministério da Saúde retirou da Saúde Mental cerca de 2/3 dos recursos originariamente a ela destinados. Eram de aproximadamente 5,8% do orçamento total da área Saúde e hoje é de cerca de apenas 2,3%.

Evolução da proporção de gastos gerais em psiquiatria em relação ao total de gastos no SUS



Fonte: datasus

Fica evidente que a divulgação feita pela Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde de que os recursos antes gastos com internações seriam destinados aos serviços extra-hospitalares não corresponde à realidade. Os recursos oriundos do fechamento de aproximadamente 60% dos leitos psiquiátricos do país, foram retirados da Saúde Mental e não aplicados na construção de uma rede integrada e eficiente de serviços extra-hospitalares. Salientamos que a construção da rede deveria anteceder ao fechamento de leitos.

Observamos que vêm sendo fechados leitos psiquiátricos para atendimento à pacientes do SUS e abrindo-se leitos psiquiátricos para atendimento a pacientes do Sistema Suplementar, gerando desigualdade social.

O Ministério da Saúde informa que em Saúde Mental, hoje, são gastos cerca de 56% com internações e 44% com serviços extra-hospitalares.

A perda de fatia considerável do orçamento da área da Saúde associada à diminuição do número de leitos e a falta de estrutura extra-hospitalar vem gerando uma desassistência que não aparece nas estatísticas, mas pode ser observada nas longas filas para marcação de consulta psiquiátrica, na superlotação das emergências



psiquiátricas, na ocupação de mais de 100% dos leitos, no crescente número de doentes mentais nas prisões e no grande número de doentes mentais nas ruas.

Para que o Sistema de Assistência Integral em Saúde Mental funcione com eficiência e com qualidade é necessário um financiamento adequado. É o óbvio. Qualquer gestor com um mínimo de capacitação em administração sabe que não é possível implantar, implementar, executar e avaliar serviços se não houver um estudo adequado dos custos e a disponibilidade dos recursos necessários.

A Lei 8.080/1990 define em seu artigo 26 que os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde e que na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

O Ministério da Saúde, na área de saúde mental, não trabalha com planilhas de custos dos serviços que são executados diretamente pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ou pelos estabelecimentos assistenciais contratados. Faz exigências, mas não sabe os custos das mesmas. Não sabe se está exigindo pouco ou algo impossível de ser realizado com os valores pagos. Na verdade, remunera os serviços com preços incompatíveis com as exigências que faz e com a qualidade do serviço que deveria garantir.

Exemplo desta política de financiamento desordenado foi à publicação da Portaria nº 224/1992, incontestavelmente um grande avanço na melhoria da assistência psiquiátrica hospitalar, mas que entrou em vigência sem a contrapartida da remuneração necessária para o cumprimento das exigências. O valor foi fixado arbitrariamente ao equivalente a US\$ 8.00 (oito dólares). O Ministro da Saúde a época, Dr. Adib Jatene, interveio e compôs um Grupo de Trabalho, através da Portaria SNAS nº 321/1992 estabelecendo que os valores de remuneração fossem fixados com base em demonstrativo econômico-financeiro. Calculou-se, à época, que o valor deveria ser o equivalente a US\$ 20.00 (vinte dólares).

A remuneração da consulta do médico psiquiatra varia de R\$ 2,54 a R\$ 7,77. A do psicólogo é de R\$ 2,54.

As portarias do Ministério da Saúde que estabelecem os parâmetros mínimos para o funcionamento dos CAPS fazem exigências impossíveis de serem atendidas com os recursos que são a eles destinados. Por exemplo, um CAPS II trabalhando de acordo com a portaria que estabelece as exigências e a remuneração gera um déficit mínimo de R\$ 3.000,00 por mês. Isto se o cálculo for feito com os pisos salariais de cada categoria dos profissionais necessários e se a cobertura do médico psiquiatra for de apenas metade do tempo de funcionamento do CAPS e se não ocorrer nenhuma falta de paciente. Ainda, se não for incluído os custos da dispensação de medicamentos.

A Portaria GM/MS nº 251/2002, que estabeleceu o PNASH, versão psiquiatria, também está totalmente dissociada dos valores necessários para o atendimento das exigências. Por exemplo, a receita máxima mensal de um hospital com 240 leitos seria

de R\$ 206.496,00. Valor que não cobre sequer as despesas com os recursos humanos exigidos que seriam da ordem de R\$ 209.638,98, segundo cálculo realizado pela Fundação Getúlio Vargas.

Um gestor sério, minimamente competente, não pode formular portarias estabelecendo exigências e remunerar os serviços prestados com valores que não cobrem sequer os custos operacionais básicos. É impossível para o prestador oferecer qualidade em serviços sabidamente deficitários. Hoje, os municípios estão em dificuldade para manter os serviços assistências em todos os níveis.

Sobre aspectos orçamentários e financeiros, encontramos no Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – do Tribunal de Contas da União (TCU) as seguintes afirmações: **“Nos exercícios de 2000 a 2003, havia o Programa 0018 – Saúde Mental, cujos valores previstos e executados estão na Tabela 1. Destaca-se a baixa utilização dos créditos orçamentários, em especial nos exercícios de 2000 e 2001. Nestes anos nota-se também a pequena taxa de pagamentos efetuados, em relação ao crédito empenhado (valores pagos em relação à execução orçamentária), pelo que se conclui terem ocorrido elevados cancelamentos de restos a pagar. Em 2001, apenas 1,15% do valor empenhado foi pago, correspondendo a 0,57% do valor orçamentário previsto”.**

| <b>Tabela 1</b><br>Execução orçamentária e financeira do programa Saúde Mental nos exercícios de 2000 a 2003 | Ano  | Autorizado | Execução Orçamentária | Valores Pagos | % Execução Orçamentária |
|--|------|------------|-----------------------|---------------|-------------------------|
| Fonte: SIAFI/STN e Prodasen, Relatório 145 RelDespesas por ProjAtiv  | 2000 | 2.242.976  | 922.472               | 183.133       | 41,13                   |
|  | 2001 | 8.179.550  | 4.067.540             | 46.782        | 49,73                   |
|  | 2002 | 36.724.000 | 26.539.859            | 22.107.563    | 72,27                   |
|  | 2003 | 33.882.946 | 26.446.788            | 25.346.342    | 78,05                   |

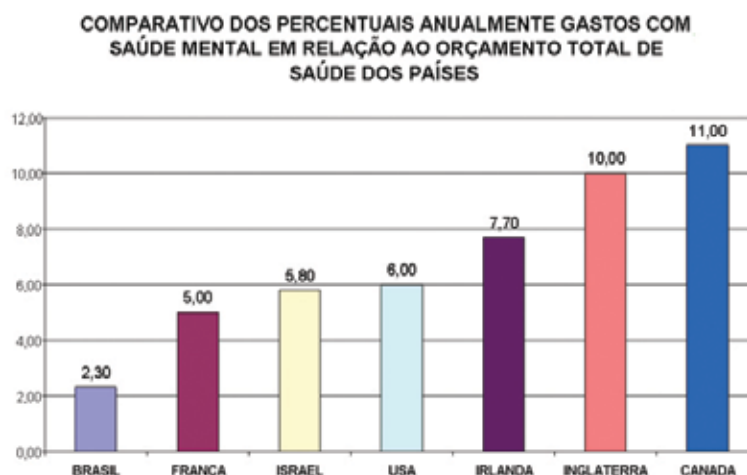
**“Os valores alocados no Programa Plurianual (PPA) 2204/2007 para as três ações diretamente relacionadas à atenção à saúde mental, inseridas no Programa 1312, estão indicadas na Tabela 2, que contém também os valores pagos até 15/01/2005”.**

| Previsão Orçamentária em 2004-2007 e valores pagos em 2004 nas ações de atenção à saúde mental  | Ação  | Previsão PPA 2004/2007 | Previsto Orçamento 2004 | Valores Pagos até 15/01/2005 | % Execução Financeira em 2004 |
|---|-------|------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Fonte: SIAFI/STN e Prodasen, Relatório 145 RelDespesas por ProjAtiv - Banco de Dados do sítio da Câmara dos Deputados (www.camara.gov.br) atualizado até 15/01/2005 | 0843  | 28.525.000             | 6.300.000               | 1.587.283                    | 25,19                         |
|   | 0844  | 55.601.191             | 10.316.000              | 776.846                      | 7,53                          |
|   | 6233  | 2.717.000              | 586.999                 | 111.700                      | 19,03                         |
|   | Total | 86.843.191             | 17.202.999              | 2.475.829                    | 14,39                         |

Necessário se faz corrigir as distorções existentes para que o sistema possa oferecer aos pacientes serviços com qualidade e em quantidade necessárias e para isto as metas a serem alcançadas são: recuperar rapidamente o percentual histórico de 6% do orçamento total da saúde destinados para a saúde mental e em seguida trabalhar pelo crescimento desse percentual, aumentando assim os recursos financeiros para a saúde mental para ampliação, fortalecimento e otimização da rede de atenção a saúde mental em todos os serviços de diferentes complexidade; utilizar plenamente os créditos orçamentários; criar garantias de que os recursos financeiros resultantes da redução do sistema hospitalar sejam efetivamente aplicados nos serviços extra-hospitalares; aumentar os recursos destinados à distribuição gratuita de medicamentos essenciais na área de saúde mental e equiparar a remuneração do psiquiatra àquela do médico do PSF.

Para se alcançar estas metas consideramos importante o maior aporte de recursos ao orçamento do SUS e para isso é fundamental a regulamentação da emenda constitucional número 29.

O quadro abaixo mostra comparativo dos percentuais gastos com saúde mental em diversos países:



FONTE: PROJETO ATLAS DA OMS.

# IX - AVALIAÇÃO E CONTROLE

O controle da qualidade e da eficiência dos diversos serviços deve ser feito por intermédio de fiscalizações periódicas em todos os serviços, nos diversos níveis de assistência, observando-se parâmetros iguais para todos.

Os parâmetros para avaliação devem ser estabelecidos com critérios científicos em todos os níveis de atenção. Devem ser claros e compatíveis com a remuneração. As modificações dos instrumentos de avaliação devem ter o objetivo do aperfeiçoamento da qualidade dos serviços, ser periódicas, em intervalos pré-definidos, oferecendo-se aos serviços tempo suficiente para as modificações.

As equipes de avaliação, nos níveis municipal, estadual ou federal, em suas composições necessariamente contarão com especialistas nas respectivas áreas, experientes em assistência, por representantes da ABP, do CRM, dos familiares e do Conselho de Saúde. A equipe de profissionais que trabalha no serviço avaliado deve acompanhar a avaliação para melhor esclarecer sobre o trabalho desenvolvido e suas peculiaridades. Ao final, a equipe avaliadora deve apresentar o relatório a todos os técnicos do serviço para que possam discutir e opinar, uma vez que o intuito deve ser o de preservar o bom atendimento sanando falhas e buscando sempre o aperfeiçoamento.

# X - CONCLUSÕES

1. A Associação Brasileira de Psiquiatria, como representante dos psiquiatras brasileiros, congregando mais de 5.000 associados em 58 instituições federadas pelo Brasil, vem defendendo, desde os anos 60, a reformulação do modelo da assistência em saúde mental no Brasil. Ao longo de seus 40 anos de existência a ABP sempre lutou por um atendimento eficaz, eficiente, de qualidade e digno para os doentes psiquiátricos, contribuindo assim para a elaboração da Lei 10.216/2001.

2. A criação do Sistema Único de Saúde com seus princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e controle social constituiu-se em extraordinário avanço para toda a população brasileira, significando muito para os doentes psiquiátricos. Mas, lamentavelmente, não foram criados serviços de nível primário e secundário em saúde mental de acordo com as necessidades. Os serviços de nível terciário criados são insuficientes em formato e número e os existentes se deterioram progressivamente, com grave comprometimento da qualidade da assistência.

3. A Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental é abrangente e moderna em todos os aspectos, acolhe as necessidades dos doentes mentais em seus mais diversos graus de complexidade e cria condições para que a burocracia governamental aperfeiçoe a assistência existente, o que não está sendo feito em tempo e forma adequados.

4. O modelo assistencial que vem sendo implantado e executado pelo Ministério da Saúde não respeita a Lei 10.216/2001 no seu todo, o que não pode nem deve prosseguir.

5. O modelo assistencial adotado pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde vem progressivamente excluindo o médico psiquiatra da assistência ao doente mental e a ele tem atribuído as mazelas do sistema. Por isso, a ABP reitera a importância da atuação efetiva do psiquiatra na atenção aos doentes mentais, ressaltando que seu trabalho é imprescindível.

6. Trocou-se um modelo obsoleto, centrado em um único serviço, o hospital, por outro, também centrado em um único serviço, o CAPS, incapaz de atender na totalidade as necessidades dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais.

7. É imperativa a criação de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental que efetivamente atenda as necessidades dos pacientes em todos os níveis de assistência, que conte com estabelecimentos e equipes de intervenção capazes de atuar na promoção, prevenção, atenção e reabilitação.

8. A desassistência aos pacientes psiquiátricos pode ser observada nas longas filas para marcação de consultas psiquiátricas, na superlotação das emergências psiquiátricas, na ocupação de leitos acima de 100% e no grande número de enfermos nos cárceres e nas ruas.

9. Recomenda-se a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do SUS considerando sua sólida base científica, eficácia e efetividade.

10. A exclusão do hospital psiquiátrico especializado da rede de assistência não se sustenta cientificamente e está gerando desassistência aos doentes mentais.

11. Urge instituir elenco de estímulos para a criação de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, uma vez que não houve crescimento destas para substituir os serviços hospitalares desativados.

12. A atual política de medicamentos do Ministério da Saúde precisa ser aperfeiçoada para garantir que na dispensação gratuita da cesta básica de medicamentos haja qualidade, seja periodicamente atualizada e mantenha a continuidade do fluxo de distribuição. Garantir também a dispensação gratuita de medicamentos de alto custo, deixando de privilegiar indicações para determinados diagnósticos e de promover reserva de mercado, revisando periodicamente seus critérios, dispensando os medicamentos para pacientes em qualquer serviço em que estejam sendo tratados, quer seja em nível ambulatorial ou de internação e garantindo a continuidade do fluxo de distribuição.

13. A atual política de saúde mental do Ministério da Saúde em execução há cerca de 15 anos, segundo dados do DATASUS, conseguiu reduzir o orçamento da área em 60% do valor anteriormente a ela destinado, caindo de 5,8% do orçamento anual da Saúde para 2,3%. Os recursos atuais são insuficientes e os economizados com a desativação de leitos hospitalares não foram aplicados na saúde mental.

14. É necessário utilizar os créditos orçamentários em sua plenitude.

15. Incentivar a migração de psiquiatras do setor privado para o público motivando-os com remuneração adequada e programas nos quais acredite, nos moldes do Programa de Saúde da Família.

16. A correção de rumo e a mudança da política de saúde mental do Governo Federal, através do Ministério da Saúde urgem, pois a desassistência já está instalada e poderá se tornar dramática por razão de política e de orçamento adequados.

17. A Associação Brasileira de Psiquiatria no âmbito de sua competência e objetivando contribuir efetivamente para a implantação, com êxito, do modelo ora proposto assume o compromisso de auxiliar a estabelecer parâmetros das necessidades para a adequada assistência em saúde mental no Brasil, de definir e atualizar critérios técnicos de indicação dos medicamentos de alto custo, assim como de participar de maneira efetiva na capacitação em saúde mental dos médicos generalistas e na educação continuada dos psiquiatras.

18. A Associação Brasileira de Psiquiatria continuará acompanhando, avaliando e exigindo a implantação e implementação de uma Política de Saúde Mental para o Brasil com bases em evidências científicas, em compromissos éticos e sociais, com a efetiva participação dos médicos e baseada na Lei 10.216/2001 e em Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

# XI - CRÉDITOS

## **DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA:**

**Josimar Mata de Farias França (DF)**

*Presidente*

**João Alberto Carvalho (PE)**

*Vice-Presidente*

**Miguel Abib Adad (RS)**

*Secretário Geral*

**Luiz Alberto Hetem (SP)**

*Tesoureiro Geral*

**João Carlos Dias (RJ)**

*Tesoureiro Adjunto*

## **GRUPO DE AVALIAÇÃO DA REFORMA DO MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL:**

Aglaré Amaral Sousa (BA)

Antônio Geraldo da Silva (DF)

Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias (SP) - **Relator**

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (AL)

Geder Evandro Motta Grohs (SC)

João Alberto Carvalho (PE)

Josimar Mata de Farias França (DF)

Juberty Antônio de Souza (MS)

Salomão Rodrigues Filho (GO) - **Relator**

Sergio Baxter Andreoli (SP)

Sérgio Tamai (SP) - Relator

Tácito Augusto Medeiros (PE) - **Coordenador**

Wanderly Barroso Campos (GO)

## **COMISSÃO REVISORA:**

Antônio Geraldo da Silva (DF)

Jane Lemos (PE)

Josimar Mata de Farias França (DF) - **Coordenador**

Luiz Alberto Hetem (SP)

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior (MS)

Salomão Rodrigues Filho (GO)

Walmor João Piccinini (RS)

## **CONSULTORES:**

Francisco Baptista Assumpção Júnior

Jerson Laks

José Geraldo Vernet Taborda

Ronaldo Ramos Laranjeira

## XII - BIBLIOGRAFIA

1. Aguiar RW. Desospitalização sim, despejo não. *Jornal Psiquiatria Hoje*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Ano XX. Nº 4, 1997.
2. Alencar AI. *Estudos de psicologia* 1997; 2(2): 421-423.
3. Amarante P. Coord. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2a edição. Fiocruz; 1998. p. 132.
4. Barreto F. Entre as aves e as feras. *Casos Clínicos em Psiquiatria* 2004; 6:6-11.
5. Basaglia FO. Assistenza psiquiatrica: proposta de integrazione della lege 180. *Prospettive Sociali e Sanitari* 1988; 15:1-4.
6. Bassi M. The desinstitutionalization process in Italy. X1 World Cong of Psychiatry. Hambourg, 1999. p. 214.
7. Bernard-Thomson K, Leichner P. L'avenir des hopitaux psychiatriques. *Santé Mentale au Quebec* 1997; 22: 53-70.
8. Brown M, Chesson R, Chisholm D. *Day Patient Treatment In Child Psychiatric Units*. London; Jessica Kingsley; 1996.
9. Bueno JR, Sá LS, Ferraz MP, Lopes J. Diretrizes para uma política de saúde mental do governo de transição democrática: Proposta para discussão final. *Jornal Psiquiatria Hoje*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Nº 3, 1985.
10. Carvalhal Ribas J. - Memorial, São Paulo, 1977, 282 p.
11. Chisholm D, Chesson R, Chisholm D. *The Development of Child Psychiatric In-Patient Practice IN. Child Psychiatric Units*. London; Jessica Kingsley; 1996.
12. Colluci M, Di Vittorio P. *Franco Basaglia*. Bruno Montadori, 2001.
13. Conselho Federal de Psicologia. Fórum Nacional: como anda a reforma psiquiátrica brasileira? Avaliação, perspectivas e prioridades. Brasília; 2000.
14. DeGirolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *Intern J Law Psychiatry* 2000;23:197-214.
15. Di Lorenzo F. Entrevista a Rafagas Hospitalares. Madrid, 2001; 1 89(24):27-29
16. Dorwart RA, Schlesinger M. Privatization of psychiatric services. *Am J Psychiatr* 1988;145(5):543-53.



17. Dratcu L. Godzilla contra-ataca: breve crônica sobre a ressurreição do tratamento psiquiátrico hospitalar na Grã-Bretanha. *Temas* 2000 58:1-16.
18. Dratcu L. Acute hospital care: the beauty and the beast of psychiatry. Editorial. *Psychiatric Bulletin* 2002, 26:81-82.
19. Freire Costa, J. - *Historia da Psiquiatria no Brasil*; Xenon Eds.; Rio de Janeiro, 1989.
20. Gentil V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de 'Reforma Psiquiátrica'. *Revista USP* 1999; 43:6-23.
21. Gentil V. Manicômio, asilo ou hospital psiquiátrico? *Jornal Psiquiatria Hoje*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Ano XXII, número 1 – 2000-10-18.
22. Gentil V. Entrevista a Mônica Teixeira. *Temas* 2005; 68/69:103-126.
23. Gonçalves, SL, Sousa DRC. A saúde/doença mental como processo histórico e social. *Fragmentos de Cultura* 2005; 1(5) 891-915.
24. Grob GN. *The mad among us*. The Free Press. 1994.
25. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Illinois:Oakbrook Terrace, 1996.
26. *Jornal Brasiliense de Psiquiatria*. Associação Brasiliense de Psiquiatria. Ano III. Nº 5. Junho 2006.
27. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Junho/julho 2000
28. McLellan e cols. Drug Dependence, A Chronic Medical illness, Implications for treatment, Insurance and outcome evaluation. *JAMA*, 2000, 284, 13.
29. Manifestação sobre as propostas de reformulação da política de saúde mental. *Rev Psiquiatria Clín* 1993;20:33-42. Republicado pelo *J Bras Psiquiatria* 1993;42:169-76.
30. Murray C. *The Global Burden of Disease*. Harvard Scholl of Public Health, WHO, World Bank – 1996.
31. Papeschi R (Lucca). The Denial of the institution. A critical review of Franco Basaglia's Writing. *Brit J Psychiatry* 1985; 146:246-254.
32. Pederzini A (Milano). Programar a psiquiatria. *Hospitalidade* 1986; 50(197): 15-20.
33. Rocha, F. - *Hospicio e Colonias do Juquery*; São Paulo; Typogr. Brazil, Rothschild & C., 1912.
34. Rodrigues-filho S. Atenção em saúde mental no Brasil. Texto apresentado no I Seminário Goiano de Saúde Mental; 1986.

- 35.** Saraceno B. Desinstitutionalisation. *Psychiatrie Française (Rev des Syndicats de Psychiatrie Française)* 1990; 3(90):13-17.
- 36.** Saraceno B. Il progetto dell'Istituto Mario Negri: salute mentale in America Latina. *Epidemiol Psichiatria Social* 1994;3:49-58.
- 37.** Sarli V. Per un trattamento dello psicotico grave nel servizio psichiatrico. *Fogli di Informazione* 1986; 119:3-11.
- 38.** Schneider L. O uso político da psiquiatria: a luta antimanicomial. *1 Mineiro de Psiquiatria* 2003; 22, Ano IX.
- 39.** Sonenreich C. Comentários em relação à entrevista do Prof. Valentim Gentil. *Temas* 2005; 68/69:126-134.
- 40.** Talbott JA. Community Care for the chronically mentally ill. *Psychiatr Clin North Amer* 1985; 8:437-446.
- 41.** Thomas CR; Holzer CE. National Distribution of child and adolescent psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(1):9-16; 1999.
- 42.** Tribunal de Contas da União. Relatório de Avaliação de Programa: Ações de Atenção à Saúde Mental. Brasília; 2005.
- 43.** Trudel JF, Lessage A. Le sort des patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants lorsqu'il n'y a pas d'hôpital psychiatrique. *Sante Mental au Québec* 2005; XXX 1:47-71.
- 44.** Venturini E. Prefácio. In: Amarante P, coord. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz; 1995. p. 136.
- 45.** Villares CC. Reabilitação em Psiquiatria. Aula proferida em Curso de Atualização em Psiquiatria em Goiânia, GO; 2006.
- 46.** Wallace SA, Crown JM, Cox AD, Berger M. *Child and Adolescent Mental Health*. Oxford; Radcliffe Medical Press; 1997.
- 47.** WHO Global Health Atlas. <http://www.who.int/globalatlas/>