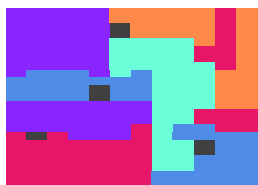


Saúde Mental em Dados 12



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



Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Como referir: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em .../.../...).

Sumário

Apresentação 5

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 6

Equipes de Consultório na Rua (eCR) 8

Atenção Psicossocial Estratégica

CAPS por Ano 9

Série Histórica de CAPS por Tipo 10

Indicador de Cobertura por Ano 11

Evolução do Indicador de Cobertura por Região 12

Rede CAPS Atual – Indicador de Cobertura 13

Rede CAPS Atual – Municípios Elegíveis 15

Gastos com CAPS 17

Gastos da Política 18

Atenção Residencial de Caráter Transitório

Unidades de Acolhimento 19

Atenção Hospitalar

Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais por UF 20

Estratégias de Desinstitucionalização

Serviços Residenciais Terapêuticos 22

Programa de Volta Para Casa (PVC) 25

Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF 27

Mudança no Perfil dos Hospitais Psiquiátricos 29

Sumário



Reabilitação Psicossocial

Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho	31
Incentivos e Chamadas de editais	32

Formação e Educação Permanente

Projeto de Formação “Caminhos do Cuidado”	34
Percursos Formativos na RAPS	35
Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais	37
Cursos EAD em Saúde Mental	38

Álcool e Outras Drogas

Distribuição de óbitos por transtornos mentais devidos a substâncias psicoativas	39
Distribuição de registros de atendimento por transtornos mentais devidos a substâncias psicoativas	40
Prevenção do uso de álcool e outras drogas	41
Prevenção do uso de álcool e outras drogas - Jogo Elos	42
Prevenção do uso de álcool e outras drogas - #Tamojunto	44
Prevenção do uso de álcool e outras drogas - Fortalecendo Famílias	46

Apresentação



É com satisfação que apresentamos a 12ª edição do Saúde Mental em Dados*. O esforço coletivo da equipe da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAS/MS) permitiu a produção deste número, que se destaca pela maior amplitude das informações apresentadas.

Organizado em capítulos que correspondem aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), permite que o (a) leitor (a) tenha uma perspectiva ampla e conjugada do estado da arte da RAPS, refletindo a complexidade exigida para se levar saúde mental a toda a população brasileira. Inclui, por exemplo, dados sobre educação permanente e o projeto Percursos Formativos na RAPS, que envolveu mais de 1.600 trabalhadores (as) de diversas regiões do país.

Trazemos informações do amplo processo de desinstitucionalização e da situação do processo de transição de modelo assistencial, que vai radicando nos territórios o cuidado em liberdade em substituição ao modelo manicomial. Retrata também como a RAPS vem ao longo dos anos assumindo o cuidado das pessoas com problemas com drogas, fortalecendo a temática dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos a todos (as) os (as) usuários (as) da RAPS.

A articulação com a atenção básica é outro desafio que vem registrado nos dados, seja das equipes de NASF, seja dos Consultório na Rua. Além disso, nota-se a interiorização do cuidado no território nacional, envolvendo uma parcela significativa de municípios a partir de 15 mil habitantes. Pelos parâmetros de elegibilidade para CAPS, atingimos mais de 60% destes municípios. Certamente há muitos locais que poderiam ter CAPS, mas ainda não implantaram. De qualquer forma, o modelo de cuidado no território ganhou legitimidade e cada vez mais os (as) gestores (as) demandam por apoio na sua implementação.

Ressaltamos aqui a instituição do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), a partir das Portarias nº 276, de 02 de abril de 2012 e nº 854, de 24 de agosto de 2012, que tratam da qualificação das informações dos atendimentos realizados pelos CAPS. O monitoramento e avaliação da RAPS são de responsabilidade compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS, sendo a análise dos registros da produção ambulatorial em saúde mental uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade na atenção psicossocial e para dar visibilidade à ampliação de acesso ao cuidado em saúde mental. Ainda em processo de apropriação por parte dos territórios, tendo em vista a transição do modo de alimentação dos sistemas de informação, não foi possível utilizar os dados do RAAS nesta edição do SM em Dados.

No entanto, acreditamos na potencialidade da qualificação das informações relativas aos atendimentos realizados nos serviços no sentido de subsidiar a organização e o planejamento da RAPS, dar mais visibilidade à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade do cuidado na atenção psicossocial e para fomentar discussões entre gestores (as), trabalhadores (as), usuários (as) e familiares sobre o papel desempenhado pelos pontos de atenção da RAPS.

Em **10 de outubro** comemoramos o dia Mundial da Saúde Mental, que este ano tem o tema “Dignidade na Saúde Mental”, proposto pela OMS. Nas Américas, comemoramos também os 25 anos da **Declaração de Caracas**, marco para a reestruturação da assistência psiquiátrica, orientado pela atenção de base comunitária. Neste período pudemos acompanhar a transição do debate de ideias e ideais para a constituição de uma rede de cuidados concreta, que trabalha pela garantia dos direitos sociais, promove dignidade humana e transforma vidas cotidianamente através da participação de milhões de pessoas.

A RAPS hoje é uma expressão da Reforma Psiquiátrica brasileira para o fortalecimento do SUS como política de Estado. Continuamos o trabalho para avançar na implementação e qualificação da RAPS, na reabilitação psicossocial e no protagonismo de usuárias (os) e de seus familiares, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos. Nesse sentido a participação dos (as) trabalhadores (as) é decisiva para o projeto coletivo da Reforma Psiquiátrica.

Entendemos que a expansão e qualificação da RAPS não se limita a boas técnicas, devemos seguir o preceito de que Qualidade em Saúde Mental está diretamente ligado à garantia e promoção de Direitos Humanos para todos.

Roberto Tykanori Kinoshita

Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

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



Tabela 1 – Distribuição de Equipes de NASF e Equipes de Saúde da Família em municípios menores que 15.000 Habitantes (Brasil, dez/2014)

Brasil e Faixas Populacionais (habitantes)	Nº de Municípios	Total da População por faixa (IBGE 2012)	Nº Equipes de Saúde da Família implantadas	Nº de Equipes de NASF Implantados	Nº de Equipes NASF 1	Nº de Equipes NASF 2	Nº de Equipes NASF 3
BRASIL	5.570 (100%)	193.976.530 (100%)	39.228	3.898	2.322	767	809
Abaixo de 15.000	3.375 (60,6%)	23.478.055 (12%)	8.712	1.671	210	665	806
De 15.000 a 10.001	864 (15,5%)	10.521.357 (5,4%)	3.663	464	198	251	15
De 10.000 a 5.001	1.211 (21,7%)	8.577.809 (4,4%)	3.241	629	10	402	217
Abaixo de 5.000	1.300 (23,3%)	4.378.889 (2,3%)	1.808	578	2	2	574

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/Ministério da Saúde)

Os NASF têm como uma de suas atribuições a construção de ações de saúde mental na Atenção Básica e no território. Com a publicação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde redefine os parâmetros de vinculação dos NASF e cria a modalidade NASF 3, possibilitando a universalização dessas equipes, ou seja, que qualquer município do Brasil que tenha pelo menos uma equipe de Saúde da Família (eSF) possa implantar NASF. De acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os municípios com parâmetro para implantação de CAPS I são os que têm acima de 15 mil habitantes, sendo a Atenção Básica a principal estratégia de cuidado para as demandas de sofrimento mental nos territórios de pequeno porte populacional.

O Brasil possui 5.570 municípios, totalizando uma população de 193.976.530 habitantes (IBGE, 2012, projeção). Desses, 3.375 municípios (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, o que totaliza uma estimativa de 23.478.055 habitantes (12%) que têm na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental.

A tabela ao lado faz um recorte de municípios com população menor que 15 mil habitantes, por classe e tamanho, que possuem eSF e NASF implantados. Nesses municípios, que estão abaixo do parâmetro populacional para CAPS, temos um total de 1.671 equipes de NASF atuando com 8.712 equipes de Saúde da Família.

É importante esclarecer que as estratégias de saúde mental na atenção básica não se restringem a pequenos municípios. Para os municípios de maior porte populacional, da mesma forma, é fundamental a parceria das equipes da atenção básica e dos demais pontos de atenção da RAPS, a partir de estratégias de matriciamento e articulação do cuidado integral no território.

Tabela 2 – Número de Municípios sem equipes de NASF e Cobertura de eSF maior que 50% (Brasil, dez/2014)

Faixa Populacional (habitantes)	Nº de Municípios	Nº de Municípios sem NASF	População dos municípios sem NASF	Equipes de Saúde da Família implantadas	Nº de Municípios com Cobertura de Equipes de Saúde da Família Igual ou Superior a 50%	Nº de Equipes NASF
Abaixo de 15.000	3.375	1.705 (50,5%)	11.316.557 (48,2%)	3.731	1.596 (93,6%)	0

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/Ministério da Saúde)

Há 1.705 municípios no Brasil com população abaixo de 15 mil habitantes e que não possuem equipes de NASF. Esse mesmo conjunto de municípios possui 3.731 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas. Outro dado importante é que dos 1.705 municípios sem NASF, 1.596 (93,6%) têm cobertura de eSF superior a 50%. Ou seja, na maioria dos municípios sem NASF, há uma boa cobertura de eSF.

Tais dados são relevantes para a construção de estratégias que busquem fortalecer e qualificar a Atenção Básica, as eSF e NASF para atuar com propriedade na identificação, acolhimento e cuidado às pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos municípios de pequeno porte populacional. Evita-se assim o atendimento especializado como primeira estratégia, bem como a medicalização do sofrimento, a cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental, por vezes ainda entendidos como demandas que não podem ser cuidadas na Atenção Básica.

Estratégias como o “Caminhos do Cuidado”, “Curso de Apoio Matricial, com ênfase nos NASF” e “Curso de cuidado a população em situação de rua, com ênfase nos Consultórios na Rua” são primordiais para superar a lógica do cuidado especializado em saúde mental, ao potencializar e valorizar o conjunto de ações já desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, ampliando sua autonomia na produção do cuidado a esta população, como parte integrante do repertório de ações e serviços oferecidos no território.

Tabela 3 – Distribuição das Equipes de Consultórios na Rua implantadas e habilitadas, por Modalidade e por UF (Brasil, dez/2014)

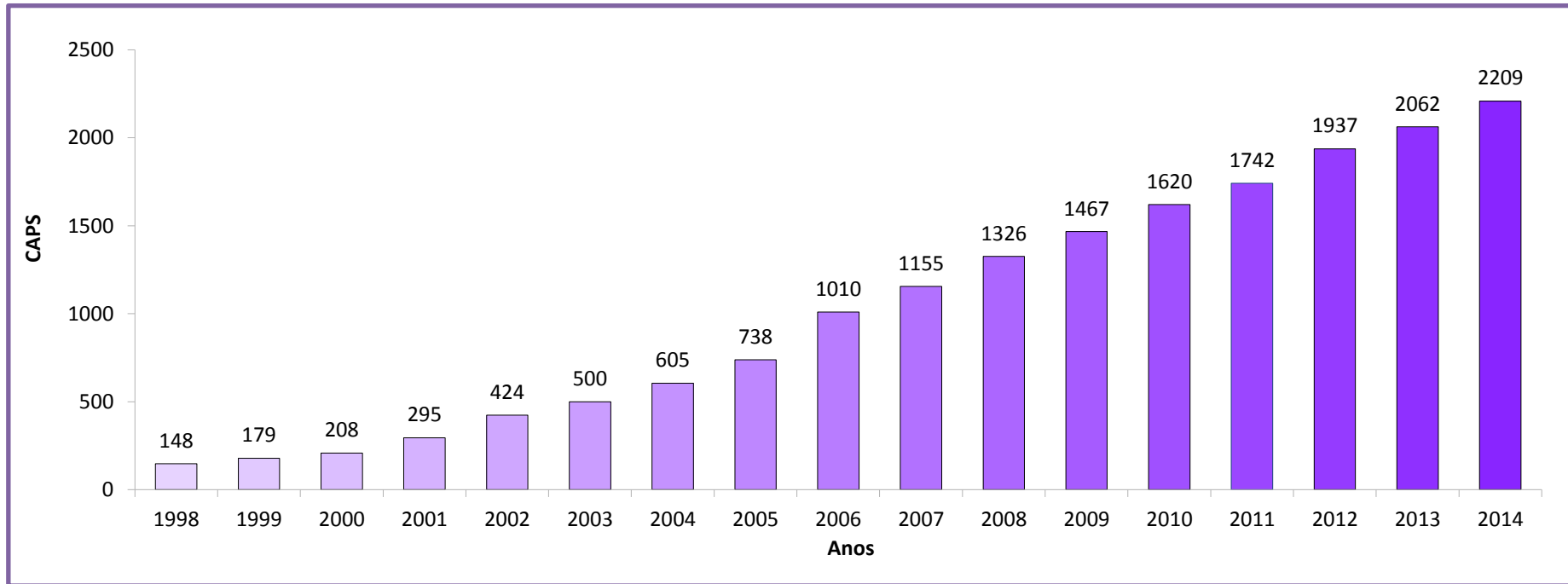
REGIÃO	ESTADO	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
CENTRO OESTE	DF	3	0	0
	GO	0	0	2
	MS	0	2	1
	MT	0	1	0
Subtotal Centro-Oeste		3	3	3
NORDESTE	AL	0	6	0
	BA	3	1	3
	MA	0	0	1
	PB	0	5	0
	PE	3	1	0
	PI	0	1	0
	RN	0	3	0
Subtotal Nordeste		6	17	4
NORTE	AC	1	0	0
	AM	0	0	1
	AP	0	1	0
Subtotal Norte		1	1	1
SUDESTE	ES	1	2	0
	MG	2	10	1
	RJ	0	3	6
	SP	7	6	22
Subtotal Sudeste		10	21	29
SUL	PR	0	5	1
	RS	1	2	1
	SC	1	1	0
Subtotal Sul		2	8	2
Total		22	50	39
		111		

As Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012 e nº 1.238, de 09 de junho de 2014, definem as diretrizes de organização, funcionamento e repasse de custeio das equipes de Consultório na Rua (eCR) nas modalidades I, II e III, conforme sua composição de equipe. A orientação é de que a coordenação desse equipamento de saúde nos municípios esteja compartilhada entre Saúde Mental e Atenção Básica, a fim de garantir o cuidado integral à saúde da população em situação de rua.

Quanto à transição das eCR da Saúde Mental para a Atenção Básica, informamos que **66** Consultórios de Rua entraram em funcionamento como dispositivo vinculado especificamente à Área Técnica de Saúde Mental. Desses, **61** migraram para Consultório na Rua, passando a atuar na perspectiva das práticas integradas da Atenção Básica em Álcool e Outras Drogas.

A tabela ao lado, de eCR, expressa, especificamente, a realidade dos serviços habilitados junto ao Ministério da Saúde. Outras realidades, tais como serviços mantidos exclusivamente com recursos municipais ou em funcionamento e não habilitados, não foram considerados. Neste contexto, verifica-se que 111 Equipes de Consultórios na Rua foram habilitadas pelo Ministério da Saúde até o final de 2014, sendo 22 da modalidade I, 50 da modalidade II e 39 da modalidade III. Das 27 unidades federativas do Brasil, 24 possuem ao menos 1 (uma) eCR em funcionamento. No final de 2012, apenas 7 (sete) estados possuíam eCR habilitadas.

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

O gráfico apresenta a expansão anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desde o ano de 1998. Houve um constante crescimento de serviços desde a criação dos primeiros CAPS, mantendo uma taxa anual de crescimento relativamente estável, o que aponta para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para a ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária.

Tabela 4 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

A tabela acima apresenta a evolução da implantação dos diferentes tipos de CAPS ao longo dos anos. Desde a criação dos CAPSad III até 2014, foram implantados 69 serviços, com destaque para o Programa *Crack é Possível Vencer*, uma das estratégias que possibilitou a ampliação do cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tanto os CAPSad III quanto os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, fundamental para o acompanhamento das situações de maior complexidade. Destaca-se também a ampliação dos serviços destinados ao cuidado do público infantojuvenil por meio dos CAPSi e dos CAPS I. Vale sublinhar que estes últimos são dispositivos estratégicos para municípios a partir de 15 mil habitantes, sendo responsáveis pelo cuidado das diferentes demandas do território, seja no campo de álcool e outras drogas ou dos transtornos mentais, de adultos e da população infantojuvenil.

Tabela 5 – Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes por ano e UF (Brasil, dez/2002 a dez/2014)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45	0,55	0,59	0,61
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27	0,27	0,45	0,44
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45	0,45	0,41	0,47
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,26	0,34	0,39	0,39
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50	0,62	0,62	0,66
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47	0,61	0,71	0,73
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74	0,83	0,78	0,77
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33	0,78	0,92	1,21
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87	0,94	0,96	1,00
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90	0,98	1,00	0,99
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87	0,92	0,91	0,95
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95	0,99	1,01	1,10
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65	0,70	0,71	0,74
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27	1,46	1,52	1,57
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64	0,81	0,81	0,86
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91	0,99	1,05	1,13
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92	0,98	0,92	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16	1,23	1,25	1,28
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53	0,60	0,62	0,66
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25	0,29	0,45	0,46
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50	0,62	0,60	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69	0,77	0,75	0,76
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69	0,71	0,70	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63	0,72	0,74	0,79
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44	0,46	0,46	0,46
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69	0,83	0,84	0,95
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59	0,68	0,68	0,73
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64	0,72	0,74	0,77
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91	0,98	0,98	1,07
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76	0,81	0,80	0,89
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07	1,16	1,19	1,32
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90	0,98	0,93	0,97
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72	0,80	0,81	0,86

A tabela ao lado trata da evolução do indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes para cada unidade da federação a partir de 2002, ano que marca a primeira habilitação destes serviços. Atualmente a cobertura nacional é de 0,86 CAPS/100 mil habitantes.

Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes.

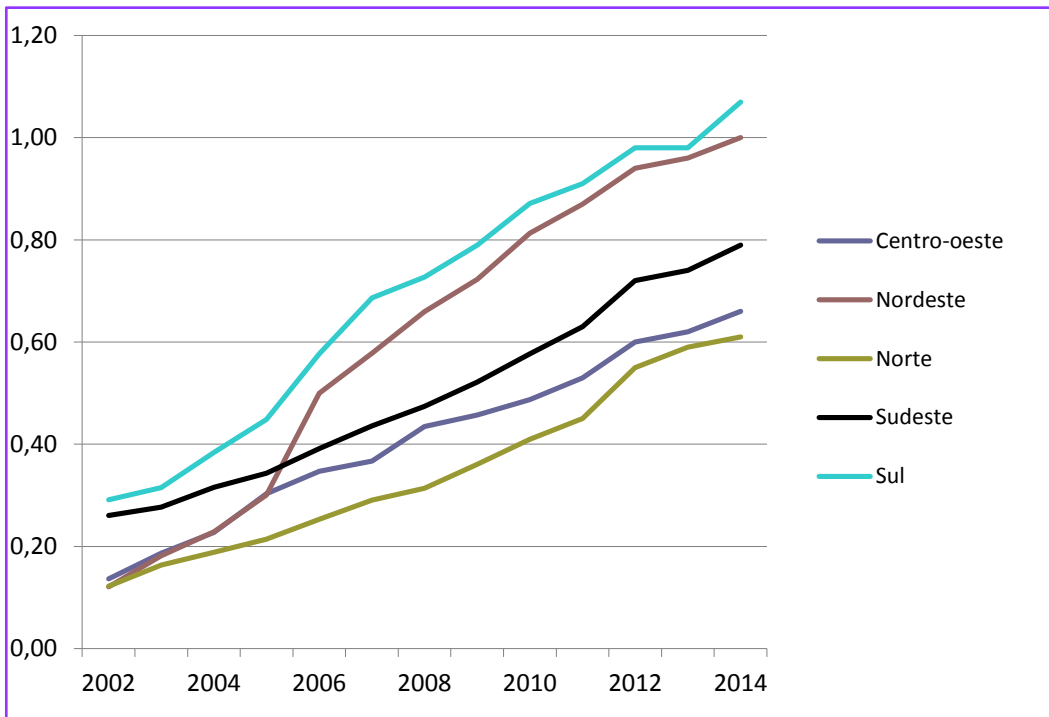
O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial.

Visto que a atenção em saúde mental é composta por diversos dispositivos e ações, cabe advertir que este indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.

A tabela ao lado demonstra que a taxa de crescimento de CAPS tem reflexos em todas as regiões do território brasileiro

Quadro I - Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes: - Cobertura muito boa (acima de 0,70)
 Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)
 Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
 Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
 Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Gráfico 2 – Série Histórica do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes, por região (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



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

O gráfico ao lado ilustra o crescimento do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes, por região.

Destaca-se o crescimento nas regiões Nordeste e Sul, que apresentam os melhores índices de cobertura, seguidas da região Sudeste, Centro-Oeste e Norte.

Todas as regiões do país apresentam taxa positiva de crescimento, o que aponta para o comprometimento nacional com a ampliação dos serviços substitutivos de base comunitária. A expansão de serviços segue mesmo nas regiões com o Indicador de Cobertura considerado muito bom.

Vale salientar ainda, que este indicador é menos sensível às peculiaridades da região Norte, tais como a grande extensão territorial, a dispersão e a baixa densidade populacionais, as dificuldades de acesso, a diversidade étnico-cultural entre outras, que constituem desafios particulares para a implantação dos serviços e a garantia de acesso, exigindo aperfeiçoamento do próprio sistema de saúde e de sua gestão.

Tabela 6 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2014)

UF	UF	Pop (IBGE 2014)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total	Cobertura CAPS
AC	Acre	790.101	2	1				1	4	0,44
AM	Amazonas	3.873.743	13	5	1	1	1		21	0,39
AP	Amapá	750.912				1	1	1	3	0,47
PA	Pará	8.073.924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
RR	Roraima	496.936	5	1	1		1		8	1,21
RO	Rondônia	1.748.531	13	5		1	1		20	0,77
TO	Tocantins	1.496.880	8	4				2	14	0,73
NORTE		17.231.027	85	32	5	6	10	5	143	0,61
AL	Alagoas	3.321.730	45	6		1	2	1	55	0,99
BA	Bahia	15.126.371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
CE	Ceará	8.842.791	62	29	3	7	21	3	125	1,10
MA	Maranhão	6.850.884	43	15	3	3	7		71	0,74
PB	Paraíba	3.943.885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
PE	Pernambuco	9.277.727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
PI	Piauí	3.194.718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
RN	Rio Grande do Norte	3.408.510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
SE	Sergipe	2.219.574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
NORDESTE		56.186.190	475	141	22	44	82	17	781	1,00
ES	Espírito Santo	3.885.049	10	7		1	5		23	0,46
MG	Minas Gerais	20.734.097	125	52	12	19	30	10	248	0,95
RJ	Rio de Janeiro	16.461.173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
SP	São Paulo	44.035.304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
SUDESTE		85.115.623	258	194	50	103	133	25	763	0,79
PR	Paraná	11.081.692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
RS	Rio Grande do Sul	11.207.274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
SC	Santa Catarina	6.727.148	55	14	2	8	11	1	91	0,97
SUL		29.016.114	179	83	6	40	64	17	389	1,07
DF	Distrito Federal	2.852.372	1	3		1	4	3	12	0,46
GO	Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
MS	Mato Grosso do Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
MT	Mato Grosso	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
CENTRO OESTE		15.219.608	72	26	2	8	20	5	133	0,66
TOTAL GERAL		20.2768.562	1.069	476	85	201	309	69	2.209	0,86

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

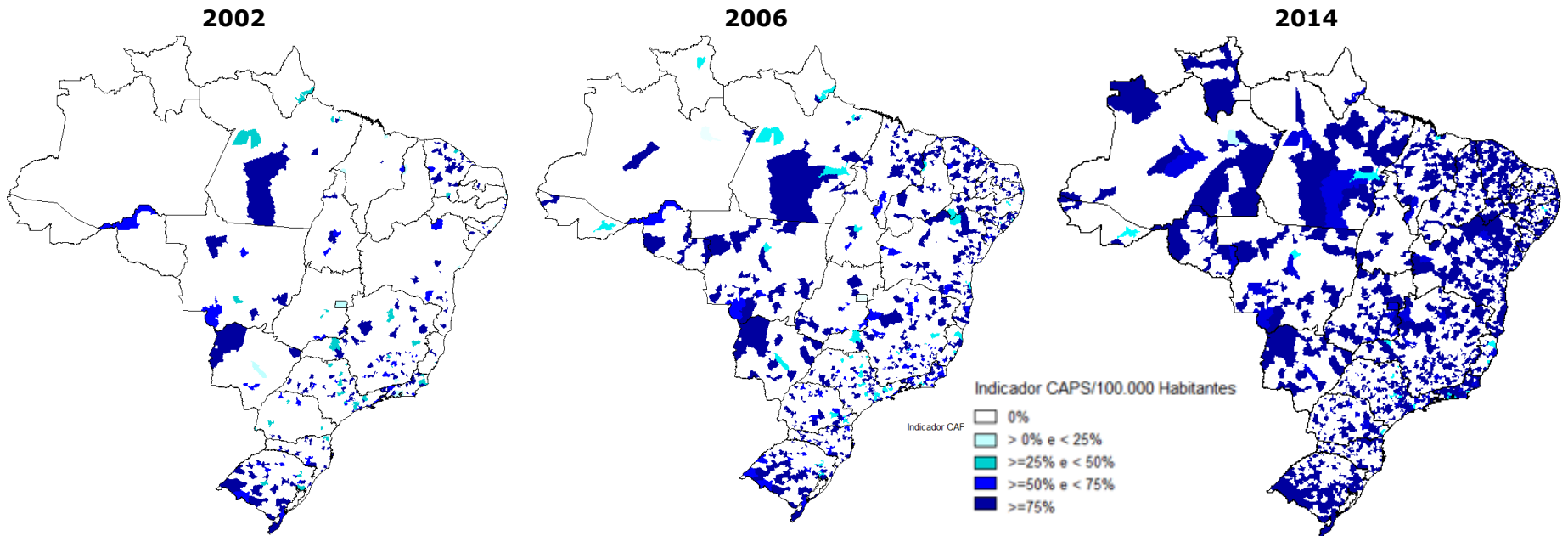
A tabela ao lado apresenta a distribuição dos CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, por UF, tipo de serviço e Indicador de Cobertura, até dezembro de 2014.

As regiões Sul e Nordeste apresentam Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes maior do que a média nacional, situação que se repete nos estados de Roraima, Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Destaca-se, ainda, a Paraíba, que tem se mantido por anos como o estado de maior cobertura assistencial.

Apenas três estados (RO, ES e MT) ainda não possuem serviços 24h (CAPS III ou CAPSad III) habilitados, e outros três (AC, RR e TO, todos na região Norte) ainda não possuem CAPSi habilitados.

Este cenário apresenta o momento atual da implementação da política de Saúde Mental, e indica também a necessidade de fortalecer e avançar na expansão dos CAPS e da RAPS como um todo.

Figura 1 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)



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

Os mapas acima permitem visualizar a expansão e a interiorização de serviços no território brasileiro ao longo dos anos. A escala em azul indica a cobertura dos municípios: quanto mais escuro maior a cobertura.

A Portaria GM/MS nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, estipulou novos parâmetros populacionais para a implantação de CAPS, o que impulsionou a sua expansão nos últimos anos. Observa-se ainda o adensamento de serviços no litoral do país, e o importante crescimento da implantação de serviços na região Norte.

Tabela 7 – Distribuição dos CAPS por Município Elegível (ME) e nº de municípios com CAPS Habilitado por UF (Brasil, dez/2014)

Unidade Federativa		nº de Municípios	nº ME para CAPS*	% ME sem CAPS Habilitados	% ME com CAPS Habilitados	nº Municípios com CAPS Habilitados**
AC	Acre	22	14	71,4%	28,6%	4
AM	Amazonas	62	51	64,7%	35,3%	18
AP	Amapá	16	6	66,7%	33,3%	2
PA	Pará	144	119	51,3%	48,7%	58
RR	Roraima	15	6	33,3%	66,7%	6
RO	Rondônia	52	27	37,0%	63,0%	17
TO	Tocantins	139	14	28,6%	71,4%	11
REGIÃO NORTE		450	237	52,3%	47,7%	116
AL	Alagoas	102	57	17,5%	82,5%	49
BA	Bahia	417	254	34,3%	65,7%	172
CE	Ceará	184	132	34,1%	65,9%	89
MA	Maranhão	217	131	57,3%	42,7%	59
PB	Paraíba	223	56	12,5%	87,5%	56
PE	Pernambuco	185	127	46,5%	53,5%	68
PI	Piauí	224	36	0,0%	100,0%	45
RN	Rio Grande do Norte	167	31	16,1%	83,9%	29
SE	Sergipe	75	34	23,5%	76,5%	28
REGIÃO NORDESTE		1794	858	34,5%	65,5%	595
ES	Espírito Santo	78	46	63,0%	37,0%	18
MG	Minas Gerais	853	248	35,1%	64,9%	178
RJ	Rio de Janeiro	92	74	5,4%	94,6%	75
SP	São Paulo	645	305	47,9%	52,1%	162
REGIÃO SUDESTE		1668	673	39,5%	60,5%	433
PR	Paraná	399	125	41,6%	58,4%	76
RS	Rio Grande do Sul	497	124	18,5%	81,5%	108
SC	Santa Catarina	295	88	29,5%	70,5%	69
REGIÃO SUL		1191	337	30,0%	70,0%	253
GO	Goiás	246	66	34,8%	65,2%	45
MS	Mato Grosso do Sul	79	39	59,0%	41,0%	17
MT	Mato Grosso	141	48	43,8%	56,3%	29
REGIÃO CENTRO OESTE***		467	154	43,5%	56,5%	92
BRASIL		5570	2259	37,8%	62,2%	1488

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

A tabela ao lado apresenta a distribuição dos CAPS habilitados por UF e municípios, levando em consideração critérios de elegibilidade para implantação de CAPS*. Apresenta também, na última coluna, a quantidade de municípios com CAPS em cada estado.

As regiões Sul e Nordeste apresentam porcentagem de ME com CAPS habilitados maior do que a porcentagem nacional, com ênfase para os estados de Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. Apesar dos avanços nos últimos anos, a Região Norte ainda conta com as menores porcentagens.

A soma da população dos municípios com CAPS corresponde a mais de 154 milhões de brasileiros e brasileiras com possibilidade de acesso a cuidados em saúde mental nestes serviços.

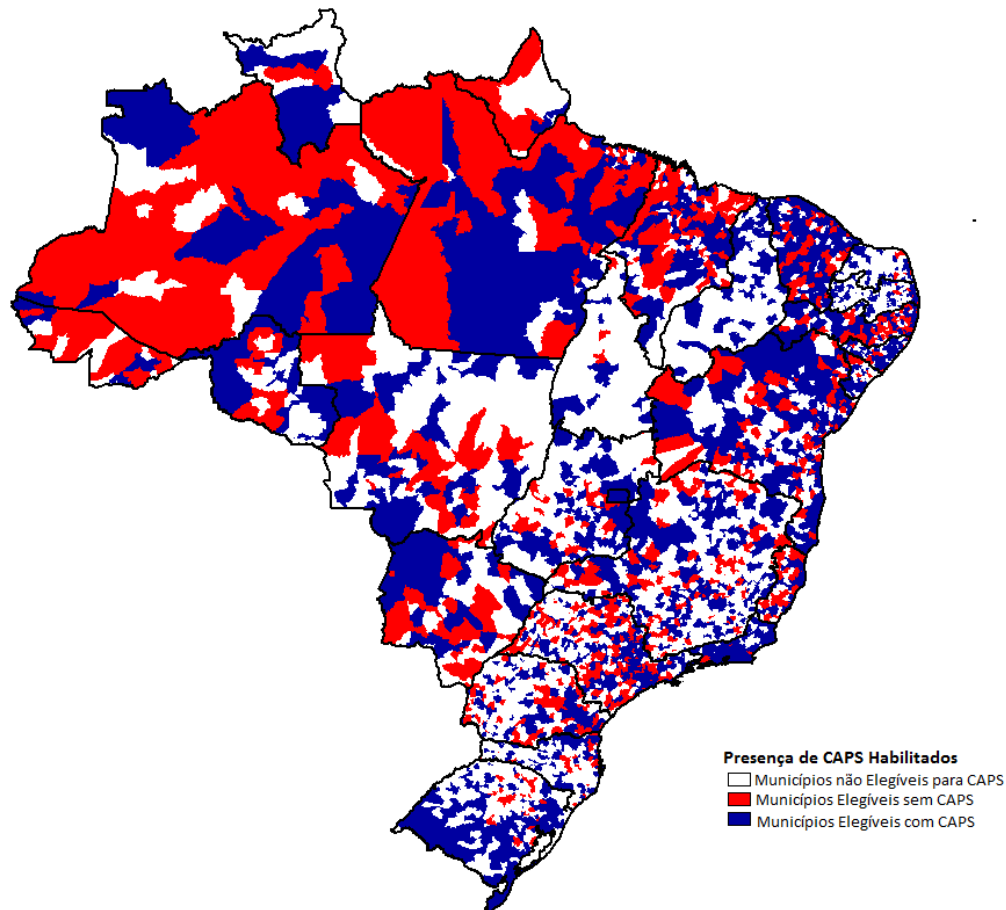
Em dezembro de 2014, o Brasil contava com 116 municípios-sede de hospitais psiquiátricos e 1.488 municípios com CAPS em seus territórios, o que evidencia a capilaridade destes últimos, bem como a realização concreta da transformação do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o modelo de atenção psicossocial, de base comunitária

* Municípios Elegíveis para CAPS são os municípios com população acima de 15 mil habitantes (estimativa TCU 2013).

** Inclui municípios com menos de 15 mil habitantes.

*** O Distrito Federal, por sua particularidade enquanto Unidade Federativa, não foi incluído.

Figura 2 - Distribuição dos CAPS por Município Elegível (ME)* (Brasil, dez/2014)

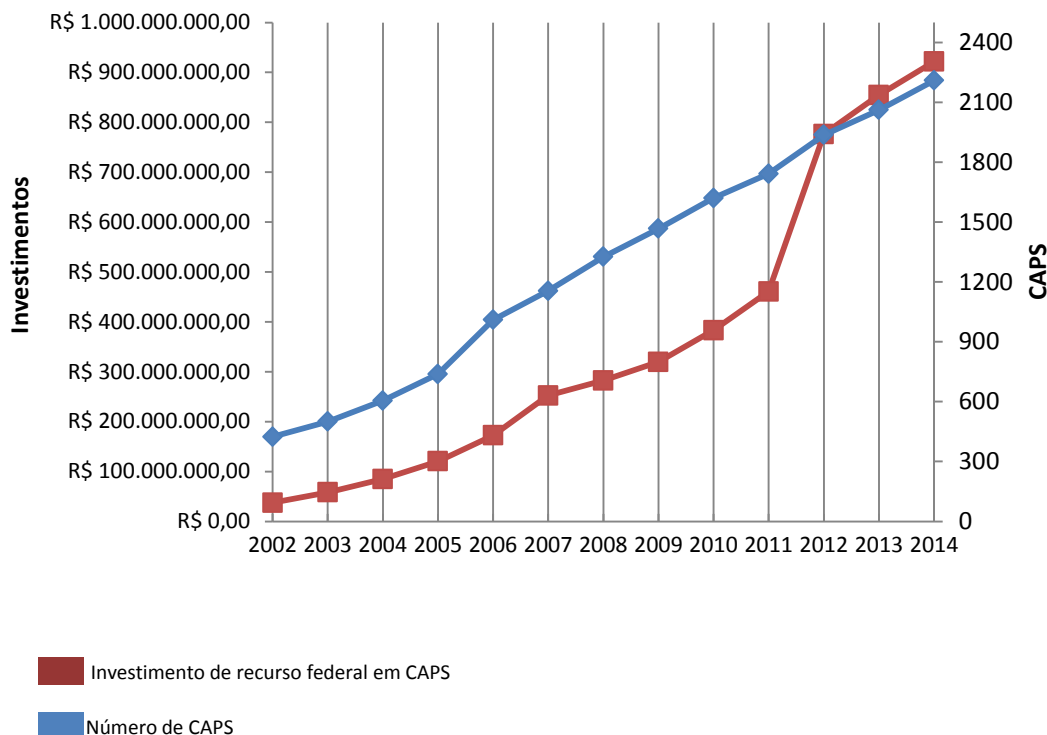


Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

O mapa acima permite visualizar a capilaridade de serviços no território brasileiro. A legenda em azul indica os municípios elegíveis com CAPS habilitados, a legenda em vermelho indica municípios elegíveis e que ainda não têm CAPS.

*Municípios Elegíveis (ME) para CAPS são os municípios com população acima de 15 mil habitantes (Estimativa TCU 2013)

Gráfico 3 – Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



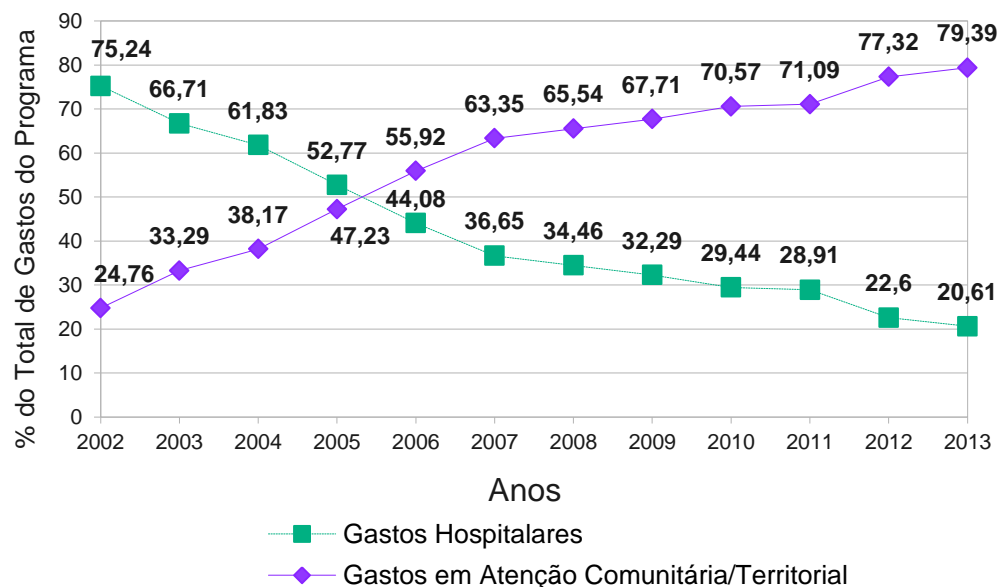
O gráfico ao lado apresenta o aumento de recursos financeiros federais aplicados no custeio dos CAPS (coluna esquerda), em função do aumento do número de serviços (coluna direita) ao longo dos anos.

O reajuste regulamentado pela Portaria GM/MS Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, e repassado aos blocos de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (teto MAC) estaduais e municipais pela Portaria GM/MS Nº 3.099, de 26 de dezembro de 2011, possibilitou um importante salto no financiamento dos serviços.

Em 2013, o aumento no valor de financiamento dos CAPS III e CAPSad III, através da Portaria GM/MS Nº 1.966, de 11 de setembro de 2013, também favoreceu o crescimento de recursos federais investidos em CAPS.

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS, e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Gráfico 4 – Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013*)



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

O Gráfico ao lado apresenta a porcentagem de recursos investidos em saúde mental com serviços de atenção comunitária/territorial e com serviços hospitalares entre os anos de 2002 e 2013.

Destaca-se a reversão, desde 2005, dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar, o que indica a gradual superação do modelo de saúde centrado nos hospitais, ao mesmo tempo em que se expande a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial, transformando o cenário da atenção pública em saúde mental no país na última década.

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

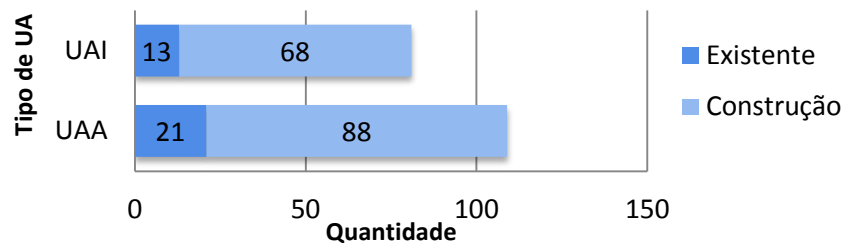
Trata-se de investimento dos recursos federais em dispositivos mais eficientes, resolutivos, acessíveis e pautados nos direitos humanos.

* Optamos por apresentar os dados até dezembro de 2013, pois o DATASUS/MS, mediante solicitações das gestões locais, mantém abertos os Sistemas de Informações para contabilizar os procedimentos referentes ao final do ano de 2014.

Tabela 8 – Unidades de Acolhimentos em Funcionamento Habilitadas (Brasil, dez/2014)

UF	UAA	UAI	Total Geral
SP	9	2	11
CE	4	4	8
MG	2	4	6
RS	1	2	3
AC	1	0	1
DF	1	0	1
PB	1	0	1
PI	0	1	1
SC	1	0	1
SE	1	0	1
Total Geral	21	13	34

Gráfico 5 – Unidades de Acolhimento existentes e em construção (Brasil dez/2014)



As Unidades de Acolhimento (UA) são regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 121, de 25 de janeiro de 2012, com republicação no dia 21 de maio de 2013. A concepção deste dispositivo está relacionada aos desdobramentos e experiências das Casas de Acolhimento Transitório (CAT), financiadas a partir do Edital Nº 003/2010/GSIPR/ SENAD/MS.

As UA são dispositivos de caráter residencial, devendo funcionar vinte e quatro horas por dia e oferecendo suporte aos CAPS para ampliação de cuidados de saúde para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento nelas é voluntário, ofertado a ambos os sexos. Há duas modalidades de UA: adulto (UAA) ou infanto-juvenil (UAI).

A tabela ao lado apresenta a totalidade destes dispositivos habilitados, ou seja, recebendo custeio do Ministério da Saúde.

Além disso, em 2013 o Ministério da Saúde disponibilizou recursos para a construção de Unidades de Acolhimento e de CAPSad III, regulamentados pela Portaria GM/MS Nº 615, de 15 de abril de 2013. O gráfico ao lado mostra a quantidade de UA em fase de construção em dezembro de 2014.

Os dados indicam ainda a necessidade de expansão deste ponto de atenção para a qualificação do cuidado no campo de álcool e outras drogas, o que pode ser efetivado a partir da conclusão das construções em curso.

Tabela 9 – Serviços Hospitalares de Referência com leitos de saúde mental habilitados por UF (Brasil, dez/2014)

REGIÃO	UF	HOSPITAIS	Nº LEITOS
CENTRO OESTE	DF	7	45
	GO	1	4
Subtotal Centro-Oeste		8	49
NORDESTE	AL	2	15
	BA	1	2
	CE	2	8
	PE	1	7
	PI	1	10
	SE	2	30
Subtotal Nordeste		9	72
NORTE	AC	1	18
	RO	2	12
	TO	2	21
Subtotal Norte		5	51
SUDESTE	MG	42	176
	RJ	22	127
	SP	1	20
Subtotal Sudeste		65	323
SUL	PR	2	10
	RS	93	346
	SC	5	37
Subtotal Sul		100	393
TOTAL		187	888

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

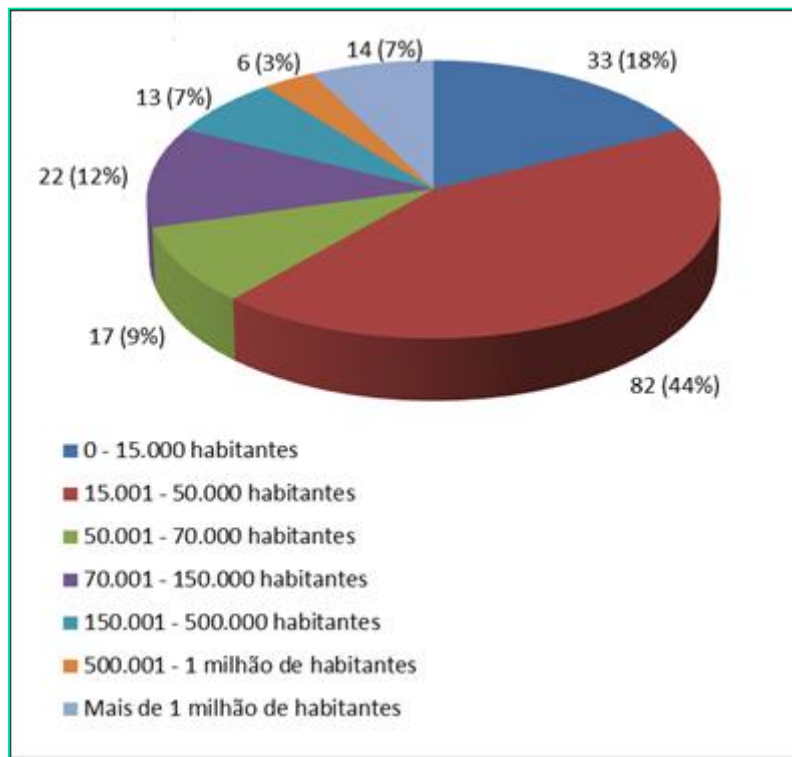
A tabela ao lado apresenta os dados relativos aos Serviços Hospitalares de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e o respectivo número de leitos de saúde mental em hospital geral habilitados no período de 2012 a 2014 em cada estado .

Nesta edição do *Saúde Mental em Dados*, optou-se por destacar os dados relativos aos leitos de saúde mental em hospital geral habilitados, que se distinguem substancialmente dos leitos de psiquiatria em hospital geral: para os leitos de saúde mental são definidos parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento no contexto da atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A título de informação, no ano de 2014, havia 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, pediátricos e maternidades destinados ao SUS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O componente de Atenção Hospitalar da RAPS oferece suporte em Hospital Geral, de Pediatria e Maternidade, por meio de internações de curta duração, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Destina-se à atenção às comorbidades clínicas decorrentes de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental, em articulação e corresponsabilização do CAPS e demais pontos de atenção da RAPS.

As atuais normativas sobre este ponto de atenção são as Portarias GM/MS Nº 148, de 1º de fevereiro de 2012, Nº 349, de 1º de março de 2012, Nº 1.615, de 27 de julho de 2012 e a Portaria SAS/MS Nº 953, de 13 de setembro de 2012. Tais normativas abriram a possibilidade de qualificação dos Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad), instituídos em 2010 pelas Portarias GM/MS Nº 2.842 e SAS Nº 480, na direção da atenção integral, na medida em que ampliou o escopo do cuidado no contexto da atenção psicossocial. Dos 47 estabelecimentos de saúde habilitados em 2010 como SHRad, 33 foram qualificados e habilitados como Serviços Hospitalares de Referência (SHR) em saúde mental, álcool e outras drogas até dezembro de 2014.

Gráfico 6 – Porte populacional dos Municípios onde estão localizados os Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental (Brasil, dez/2014)



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

O Hospital Geral, em articulação com outros pontos de atenção para conformação de redes de cuidado, constitui-se como ponto estratégico para fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial. São serviços geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, incluindo a possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico. Além disso, contribui para o enfrentamento do estigma e preconceito no campo da saúde mental.

Apresentamos no Gráfico ao lado o porte populacional dos municípios onde estão localizados os Serviços Hospitalares de Referência para o atendimento às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Cabe esclarecer que a informação apresentada corresponde à dimensão populacional do município onde está sediado o hospital, o que não significa dizer que reflete a abrangência territorial e populacional de cobertura assistencial, considerando as pactuações regionais estabelecidas na conformação das redes de saúde no SUS.

A experiência de construção de redes com diferentes pontos de atenção na RAPS evidencia um conjunto de desafios, dentre eles: a necessidade de articulação com os serviços de urgência (SAMU, UPA e Pronto Socorro), o fortalecimento da possibilidade de acolhimento imediato pelos CAPS e a instituição de processos que garantam a regulação do acesso aos leitos, considerando critérios clínicos e de gestão, com vistas à promoção da atenção contínua do cuidado.

Tabela 10 – Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos por UF (Brasil, dez/2014)

Região	UF	Total de SRTs em funcionamento vinculados a estabelecimentos de saúde (CNES)	Total de SRTs Habilitados
CENTRO OESTE	GO	12	11
	MS	2	1
	MT	6	0
Subtotal Centro-Oeste		20	12
NORDESTE	BA	22	8
	CE	6	3
	MA	6	0
	PB	14	1
	PE	58	53
	PI	5	5
	RN	3	0
SE	7	5	
Subtotal Nordeste		121	75
NORTE	PA	1	0
	TO	1	1
Subtotal Norte		2	1
SUDESTE	MG	116	69
	RJ	136	53
	SP	179	48
Subtotal Sudeste		431	170
SUL	PR	13	10
	RS	21	20
	SC	2	1
Subtotal Sul		36	31
TOTAL		610	289

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

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas longamente internadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia.

Estes dispositivos se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social.

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estabeleceu nova proposta de financiamento para os residenciais, antes custeados principalmente com recursos provenientes da realocação das AIHs: aos SRTs habilitados são repassados recursos federais de custeio mensal e também para implantação.

A publicação desta Portaria tornou indispensável a habilitação para todos os serviços, inclusive para os existentes até 2011, processo que ainda está em andamento. Assim, a tabela ao lado apresenta a distribuição dos 610 SRTs em funcionamento no país até dezembro de 2014, incluindo os 289 SRTs já habilitados.

Estes números apontam para a necessidade de que os (as) gestores (as) dos municípios nos quais se localizam os SRTs em funcionamento e ainda não habilitados, solicitem sua habilitação junto ao Ministério da Saúde.

É importante enfatizar que no ano de 2015 houve qualificação dos meios de levantamento de dados referentes a estes serviços, passando a ser considerados estritamente aqueles vinculados a estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 11 – Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos Habilitados por Tipo, UF e número de moradores (Brasil , dez/2014)

Região	UF	TIPO		Total SRT	Total de Moradores
		SRT Tipo I	SRT Tipo II		
CENTRO OESTE	GO	3	8	11	69
	MS		1	1	6
Subtotal Centro-Oeste		3	9	12	75
Nordeste	BA	3	5	8	56
	CE	3		3	24
	PB	1		1	5
	PE	50	3	53	393
	PI	4	1	5	28
	SE		5	5	35
Subtotal Nordeste		61	14	75	541
Norte	TO	1		1	7
Subtotal Norte		1		1	7
Sudeste	MG	33	36	69	525
	RJ	17	36	53	365
	SP	26	22	48	331
Subtotal Sudeste		76	94	170	1221
Sul	PR	8	2	10	72
	RS	10	10	20	107
	SC	1		1	8
Subtotal Sul		19	12	31	187
TOTAL		160	129	289	2.031

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

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, também estabeleceu modalidades para a habilitação das moradias.

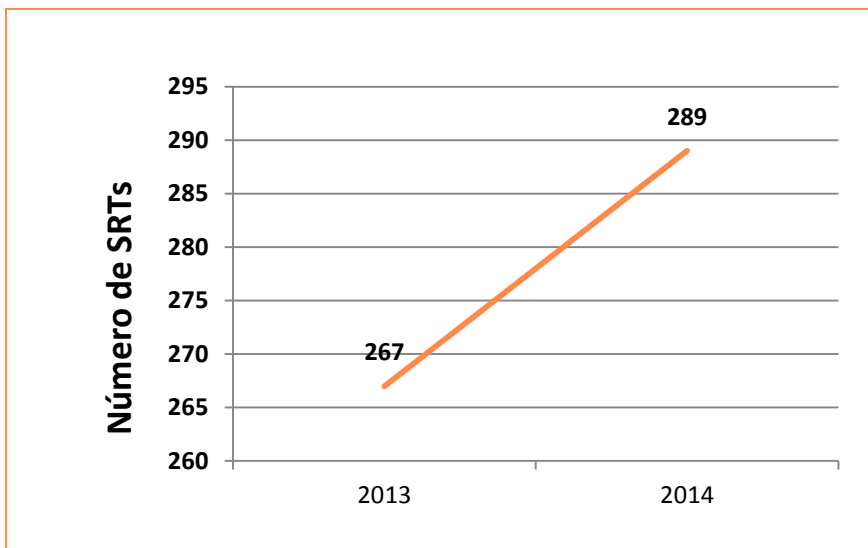
Os SRTs Tipo I são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos (as) usuários (as) que não necessitem de cuidados intensivos do ponto de vista da saúde em geral.

Os SRTs Tipo II, da mesma forma, são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos (as) usuários (as) que necessitam de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral, e que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

A tabela ao lado apresenta a distribuição dos 289 SRTs habilitados pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2014, divididos em modalidades conforme as especificidades das moradias e o perfil de seus (as) moradores (as). Nestes serviços existem um total de 2.031 moradores (as).

Para esta edição do Saúde Mental em Dados optamos pela apresentação dos (as) moradores (as) nas SRTs habilitadas. Apesar disso, no levantamento dos moradores de todos os SRTs cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), chegamos a uma estimativa de aproximadamente 3.475 moradores (as) nestes serviços.

Gráfico 7 – Série Histórica da Habilitação de Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil , dez/2014)

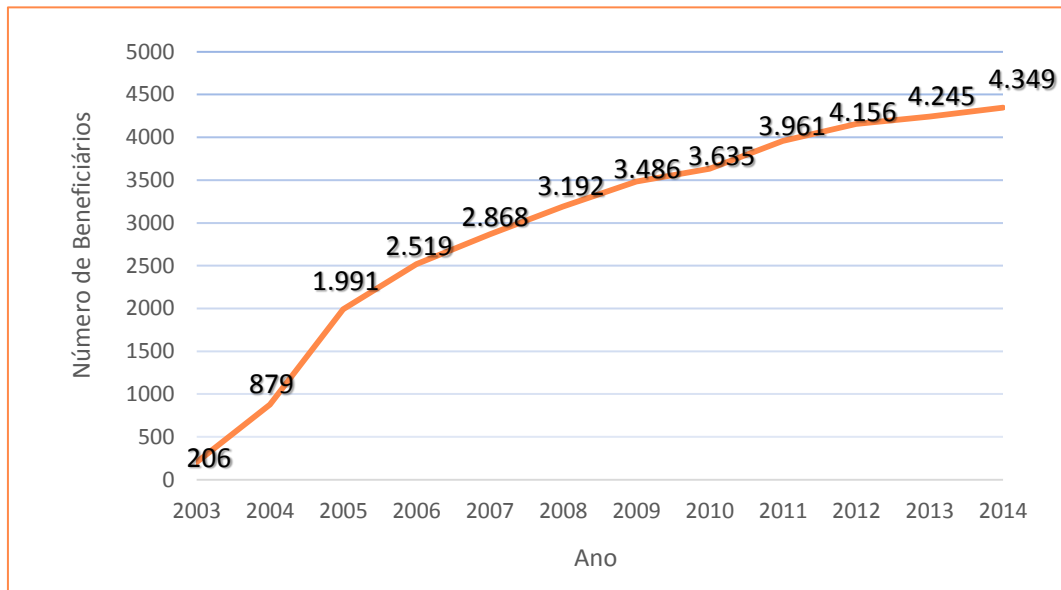


Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

O gráfico ao lado exibe uma nova série histórica considerando apenas os SRTs habilitados pelo Ministério da Saúde. O ano de 2013, que iniciou este processo, é o ano com o maior número de habilitações.

Há previsão de aumento gradativo deste número, até que todos os serviços em funcionamento estejam habilitados. Para tanto, é fundamental que os (as) gestores (as) façam as solicitações de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Gráfico 8 – Série Histórica de Beneficiários do Programa De Volta Para Casa (Brasil, 2003 – dez/2014)



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

O Programa De Volta Para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no componente de Estratégias de Desinstitucionalização. Por meio do pagamento de um benefício, este programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo assim a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Alcançamos, em dezembro de 2014, mais de 4.300 beneficiários (as) cadastrados (as) no Programa. Apesar da diminuição do ritmo de cadastro de novos (as) beneficiários (as), há previsão de aumento significativo a partir do avanço nos processos de desinstitucionalização.

Nos municípios com Hospitais Psiquiátricos em processo de fechamento (ou já fechados) há um grande contingente de pessoas cadastradas no PVC e morando em SRTs.



Tabela 12 – Distribuição dos Beneficiários do Programa De Volta Para Casa por UF (Brasil, dez/2014)

Região	UF	Nº de Beneficiários
CENTRO OESTE	DF	174
	GO	17
	MT	44
Subtotal Centro-Oeste		235
NORDESTE	AL	22
	BA	115
	CE	23
	MA	85
	PB	76
	PE	385
	PI	19
	RN	5
SE	85	
Subtotal Nordeste		815
NORTE	AM	26
	PA	8
	TO	2
Subtotal Norte		36
SUDESTE	ES	12
	MG	623
	RJ	832
	SP	1323
Subtotal Sudeste		2790
SUL	PR	158
	RS	276
	SC	39
Subtotal Sul		473
TOTAL		4349

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

A tabela ao lado apresenta a distribuição de beneficiários (as) do Programa De Volta Para Casa, por Unidade da Federação.

O total de 4.349 beneficiários (as) apresentado indica o número de cadastros ativos, isto é, número de pessoas que receberam o auxílio reabilitação psicossocial em dezembro de 2014.

Dados como este permitem detalhar a realidade do Programa, relacionando o avanço do Programa com o avanço das demais estratégias de Desinstitucionalização.

Importante destacar que apenas 22 Unidades da Federação têm municípios cadastrados no Programa De Volta Para Casa.

Estratégias de Desinstitucionalização

Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF

Tabela 13 – Distribuição dos Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, dez/2014)

Região	UF	Estimativa população 2013 (IBGE)	Total de Hospitais Psiquiátricos	Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos	Leitos por 1000 habitantes - Estimativa população 2013 (IBGE)
Centro-Oeste	DF	2.789.761	1	85	0,03
	GO	6.434.048	7	791	0,123
	MS	2.587.269	2	200	0,077
	MT	3.182.113	2	202	0,063
Total Centro-Oeste		14.993.191	12	1.278	0,085
Nordeste	AL	3.300.935	5	880	0,267
	BA	15.044.137	6	671	0,045
	CE	8.778.576	4	623	0,071
	MA	6.794.301	2	560	0,082
	PB	3.914.421	4	524	0,134
	PE	9.208.550	9	1.262	0,137
	PI	3.184.166	1	160	0,05
	RN	3.373.959	3	480	0,142
	SE	2.195.662	1	80	0,036
Total Nordeste		55.794.707	35	5.240	0,094
Norte	AC	776.463	1	65	0,084
	AM	3.807.921	1	65	0,017
	PA	7.969.654	1	22	0,003
Total Norte		12.554.038	3	152	0,012
Sudeste	ES	3.839.366	3	460	0,12
	MG	20.593.356	13	1.798	0,087
	RJ	16.369.179	25	3.792	0,232
	SP	43.663.669	52	9.539	0,218
Total Sudeste		84.465.570	93	15.589	0,185
Sul	PR	10.997.465	15	2.273	0,207
	RS	11.164.043	6	851	0,076
	SC	6.634.254	3	605	0,091
Total Sul		28.795.762	24	3.729	0,129
Total Geral		196.603.268	167	25.988	0,132
Brasil		201.032.714	167	25.988	0,129

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

A tabela ao lado apresenta o número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos em cada Unidade Federativa, exceto os habilitados em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

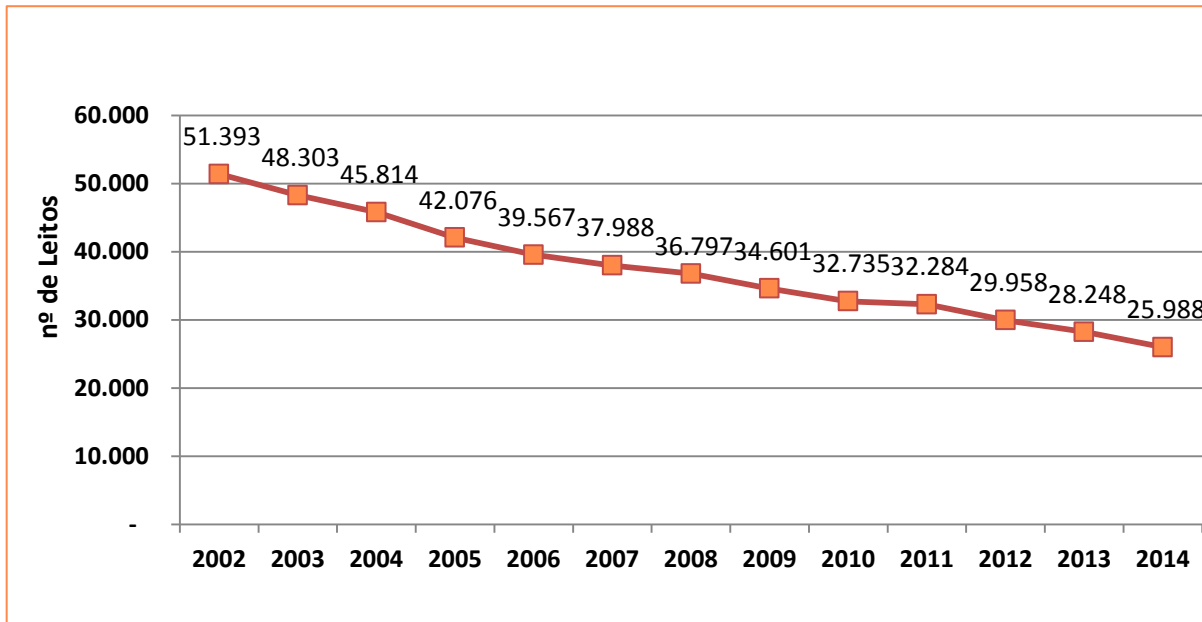
Em 2013 houve uma qualificação dos dados referentes ao número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos, sendo considerados para este levantamento: o número de leitos cadastrados no CNES, o número indicado pelo Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais (PNASH/Psiquiatria) e, em poucos casos, o número indicado diretamente pelos gestores.

Os 167 hospitais psiquiátricos ainda existentes estão distribuídos em 116 municípios por 23 estados do país.

Nota-se a grande variação da proporção de leitos nas diferentes Unidades Federativas: enquanto os estados de Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná possuem percentual acima da média nacional, por outro lado a região Norte apresenta o menor número de leitos em hospitais psiquiátricos.

Estas situações demandam reforço à organização das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) nos territórios, levando em consideração os desafios e especificidades locais na montagem das estratégias de reorientação do modelo de cuidado em saúde mental apontadas para a Desinstitucionalização.

Gráfico 9 – Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais.

O gráfico ao lado apresenta o processo gradual de redução de leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos no país, desde o ano de 2002.

Como já mencionado, houve no ano de 2013 uma qualificação dos dados referentes ao número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos do país, indicando uma diminuição de 3.970 leitos, em relação à última edição do Saúde Mental em Dados (2012).

Até dezembro de 2014, existiam 10 hospitais psiquiátricos no país indicados para descredenciamento do SUS a partir das avaliações do PNASH/Psiquiatria. Estes 10 Hospitais somam cerca de 1.200 leitos.

No âmbito interfederativo da gestão do SUS, para o avanço progressivo do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde incentiva a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como apresentado nos dados anteriores.

Tabela 14 – Série Histórica da mudança do perfil dos Hospitais Psiquiátricos (Brasil, dez/2002 a dez/2014)

Faixas/ Portes Hospita- lares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.138	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6
De 241 a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14
Total	51.393		48.303		45.814		42.076		39.567		37.988		36.797	
Faixas/Portes Hospitalares	2009		2010		2011		2012		2013		2014			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Até 160 leitos	15.815	45,71	15.933	48,67	15.991	49,53	14.569	48,63	14.758	52,24	12.635	48,62		
De 161 a 240 leitos	6.766	19,55	7.003	21,39	7.157	22,17	7.155	23,88	6.305	22,32	6.321	24,32		
De 241 a 400 leitos	7.471	21,59	6.001	18,33	5.752	17,82	5.388	17,99	4.379	15,5	4.622	17,79		
Acima de 400 leitos	4.549	13,15	3.798	11,6	3.384	10,48	2.846	9,5	2.806	9,93	2.410	9,27		
Total	34.601		32.735		32.284		29.958		28.248		25.988			

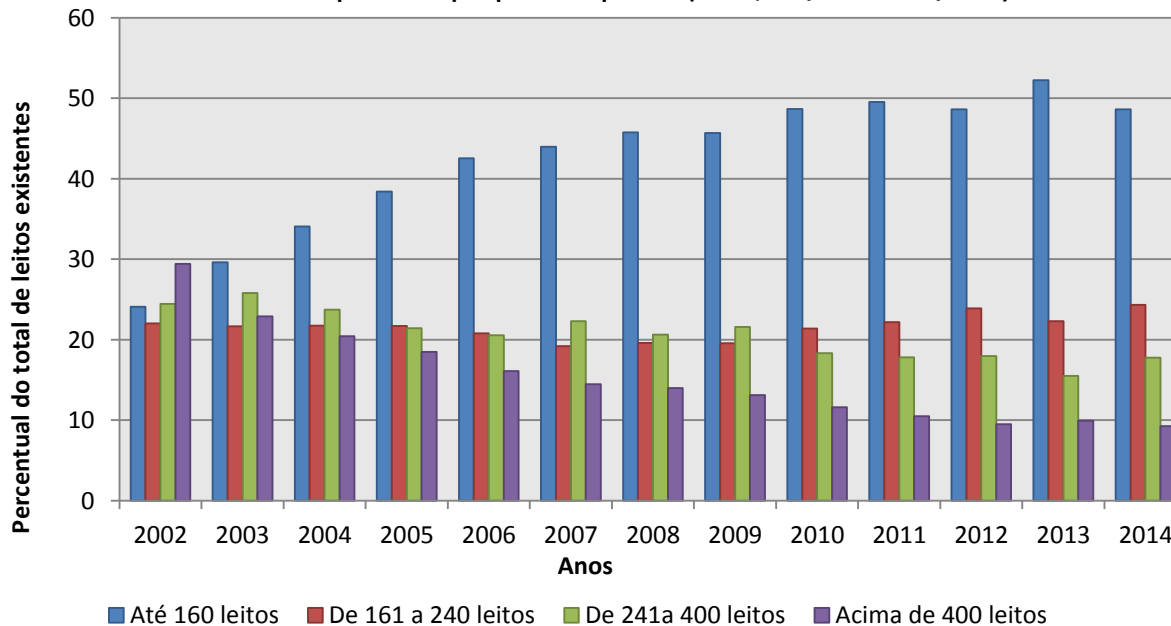
Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental.

A mudança do perfil dos Hospitais Psiquiátricos é determinada pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) instituído pela Portaria nº 52, de 21 de janeiro de 2004, que tem como objetivo a redução planejada de leitos de hospitais psiquiátricos de modo a garantir uma transição segura para o modelo de atenção psicossocial de base comunitária. Atualmente a Portaria GM/MS nº 2.644, de 28 de outubro de 2009, estabelece o reagrupamento em 4 classes, garantindo remuneração melhor para os hospitais com menor quantitativo de leitos.

A tabela acima apresenta a série histórica da mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos através da redução dos leitos, desde 2002. De acordo com o PRH há uma indução de que todos os hospitais psiquiátricos, no período que preceda seu fechamento, se concentrem na faixa de menor porte, o que explica as oscilações entre as faixas.



Gráfico 10 – Série Histórica do Percentual de Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por porte hospitalar. (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



O gráfico ao lado apresenta a migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte.

Destacamos a diminuição progressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte, bem como a concentração de leitos em hospitais com até 160 leitos.

Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; de 2004 a 2012, PRH/CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental.

Tabela 15 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais. (Brasil, dez/2005 a dez/2013)

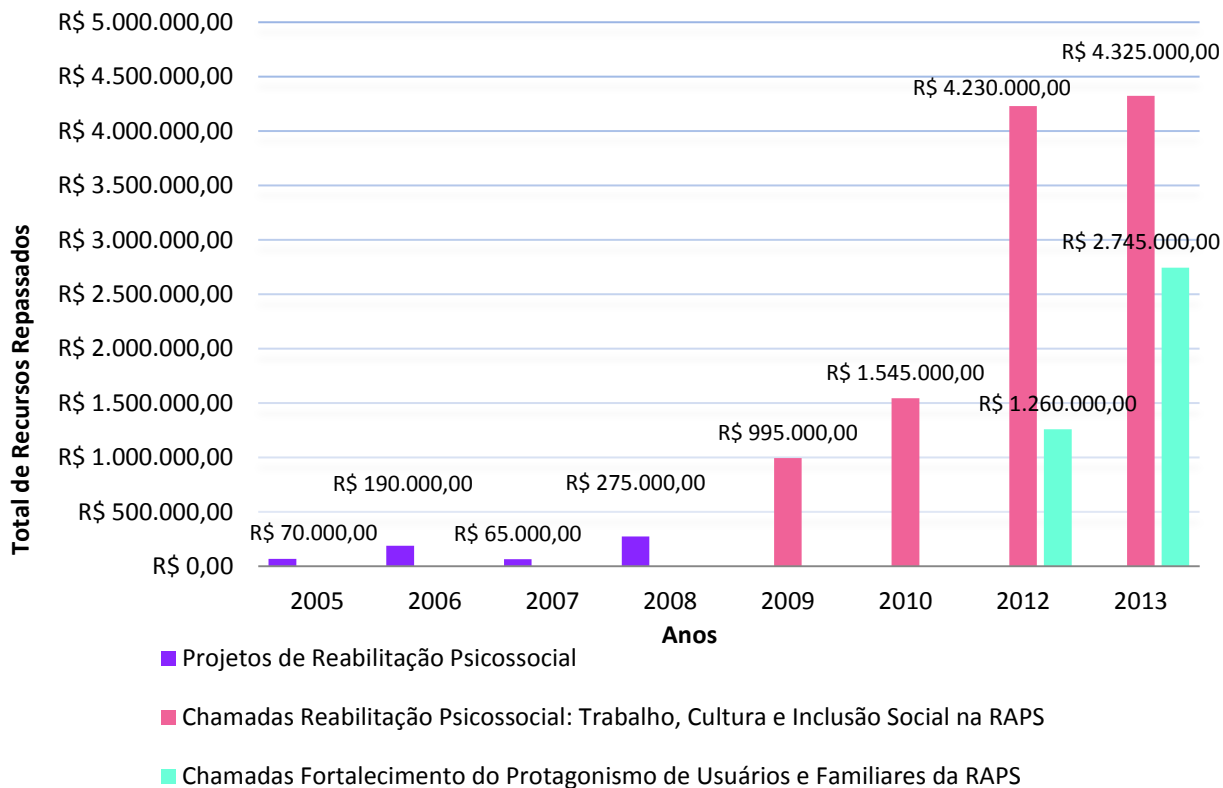
CADASTRO DE INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA 2013		
Região	Estado	Número de iniciativas
Norte	Acre	5
	Amapá	1
	Amazonas	15
	Pará	20
	Rondônia	2
	Tocantins	36
Nordeste	Alagoas	39
	Bahia	86
	Ceará	44
	Maranhão	20
	Paraíba	46
	Pernambuco	38
	Piauí	14
	Rio Grande do Norte	25
	Sergipe	18
Centro-Oeste	Distrito Federal	13
	Goiás	20
	Mato Grosso	19
	Mato Grosso do Sul	26
Sudeste	Espírito Santo	10
	Mins Gerais	77
	Rio de Janeiro	88
	São Paulo	177
Sul	Paraná	69
	Rio Grande do Sul	57
	Santa Catarina	43
Total		1.008

O componente Reabilitação Psicossocial envolve estratégias que promovam o protagonismo de usuários e familiares para o exercício da cidadania através da criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território, nos campos do trabalho/economia solidária, habilitação, educação, cultura e saúde. Ressaltamos que estas estratégias não se restringem a um ponto de atenção ou ação isolada, mas à construção de novos campos de negociação e formas de sociabilidade.

No campo do trabalho/economia solidária, foi realizado em 2013 o último levantamento de iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos econômicos solidários, através do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), que resultou em 1.008 experiências mapeadas pelo Ministério da Saúde em todas as regiões do Brasil, o que pode ser visto na tabela ao lado.

O acesso ao trabalho e à renda para pessoas em situação de desvantagem social tem sido uma questão prioritária para o governo federal, que em 2013 instituiu o Pronacoop Social, programa interministerial com o objetivo de avançar nos marcos legal e jurídico e nas políticas públicas de apoio ao Cooperativismo Social (Decreto nº 8.136 de 20 de dezembro de 2013). O Pronacoop Social tem como finalidade planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais.

Gráfico 11 – Repasses de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias do componente Reabilitação Psicossocial (Brasil, dez/2005 a dez/2013*)



A Reabilitação Psicossocial é um componente estratégico para o cuidado em saúde mental, com o objetivo de viabilizar a ampliação da autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, e a possibilidade de circulação e apropriação de seu território.

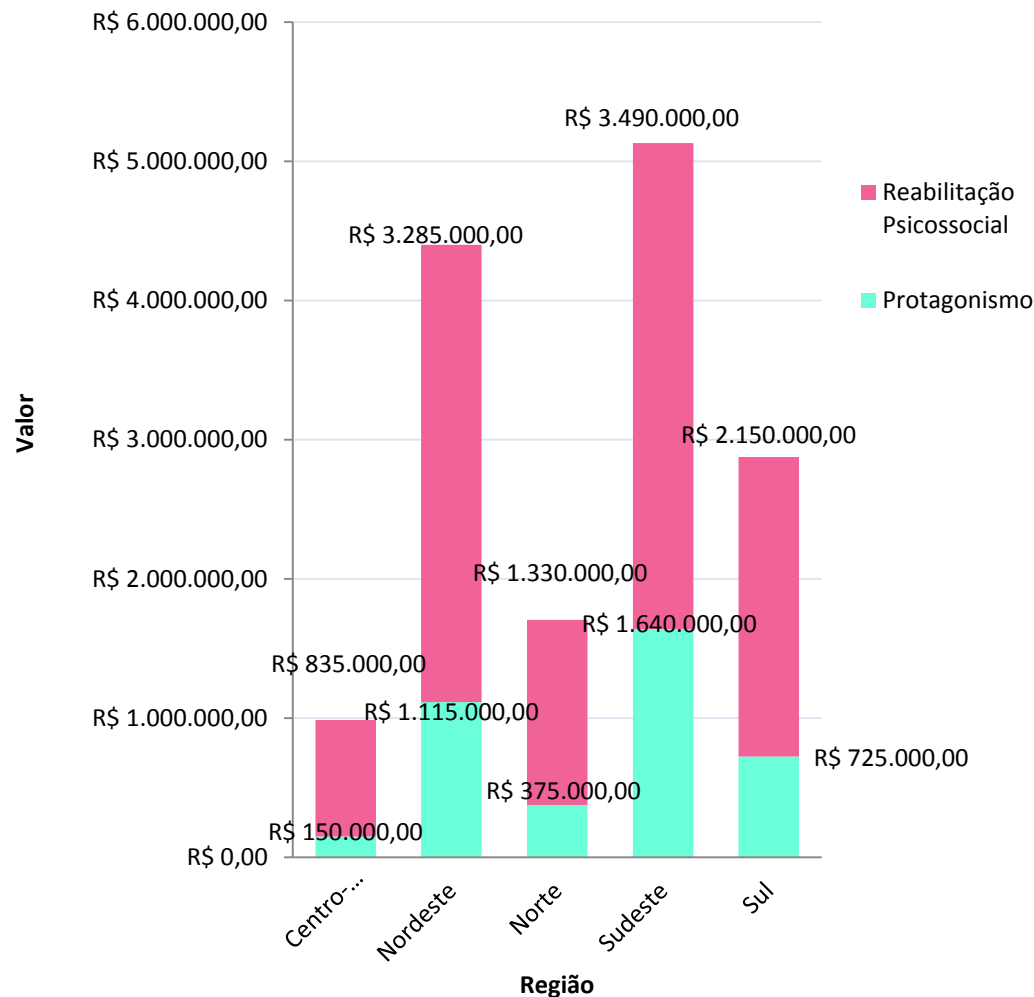
Desde 2005 o Ministério da Saúde destina incentivo financeiro para ações de Reabilitação Psicossocial. Inicialmente, através da Portaria nº 1.169, de 07 de julho de 2005, repassou incentivos para municípios e estados desenvolverem projetos de inclusão social pelo trabalho. A partir de 2012, com a publicação da Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, instituiu-se incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS.

O gráfico ao lado mostra o valor total dos repasses de recursos federais de incentivo. Ressalta-se, que a partir da Publicação da Portaria 132/2012, houve um importante incremento de recursos destinados para o financiamento destas ações.

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

* Em 2014 não foi realizada Chamada de projetos para o Componente Reabilitação Psicossocial

Gráfico 12 – Repasses de recursos federais de incentivo para as Chamadas de Protagonismo e Reabilitação Psicossocial de 2012 e 2013, por Região.



O gráfico ao lado apresenta a distribuição de recursos de incentivo para ações de Reabilitação Psicossocial das Chamadas de 2012 e 2013, entre as regiões do Brasil. Destaca-se o maior volume de repasses para as regiões Sudeste e Nordeste.

As Chamadas de Reabilitação Psicossocial contemplaram projetos relacionadas à Economia Solidária e geração de trabalho e renda (produção de produtos alimentícios e artesanais, reciclagem, estamperia, confecção, agricultura, prestação de serviços, comercialização de artigos), à alfabetização, à educação continuada e inclusão digital e à cultura (expressões artísticas e culturais e comunicação audiovisual e impressa).

As chamadas de Protagonismo de usuários e familiares da RAPS contemplaram projetos cujos principais temas foram o fortalecimento do controle social, inclusão social, criação e fortalecimento de associações de usuários e familiares, atividades comunitárias, eventos e publicações, encontro de coletivos, acesso à cultura e articulação em rede de saúde e intersetorial.

Ressaltamos que os editais contemplaram pessoas de todas as idades no campo da saúde mental, incluindo as com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Tabela 16 – Metas e vagas ofertadas do Curso de Formação Caminhos do Cuidado, por UF (Brasil, dez/2014)

Região	UF	Meta	Vagas ofertadas	Proporção vagas/meta
Centro-Oeste	DF	1.004	994	99%
	GO	9.956	9.956	100%
	MS	4.950	4.950	100%
	MT	5.366	3.578	66,67%
Subtotal Centro-Oeste		21.276	19.478	91,55%
Nordeste	AL	6.835	6.835	100%
	BA	29.462	25.252	85,71%
	CE	17.304	12.397	71,64%
	MA	17.191	8.922	51,89%
	PB	9.074	7.754	85,45%
	PE	17.457	16.482	94,41%
	PI	8.164	6.509	79,72%
	RN	6.259	6.259	100%
SE	4.573	4.447	97,24%	
Subtotal Nordeste		116.319	94.857	81,55%
Norte	AC	2.231	2.231	100%
	AM	6.526	4.757	72,89%
	AP	1.382	1.382	100%
	PA	14.940	10.166	68,04%
	RO	3.297	2.128	64,54%
	RR	785	637	81,14%
	TO	4.184	4.184	100%
Subtotal Norte		33.345	25.485	76%
Sudeste	ES	5.901	5.901	100%
	MG	33.137	19.852	59,90%
	RJ	16.699	8.853	53,01%
	SP	31.359	18.931	60,36%
Subtotal Sudeste		87.096	53.537	61,47%
Sul	PR	14.189	11.228	79,13%
	RS	11.340	11.290	99,55%
	SC	11.374	10.446	91,84%
Subtotal Sul		36.903	32.964	89,33%
TOTAL		294.939	226.321	76,73%

Fonte: www.caminhosdocuidado.org.br (acesso em 11/05/2015)

O Projeto “Caminhos do Cuidado” se configura na formação em saúde mental de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família (eSF), com ênfase nas necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, visando melhorar a atenção ao usuário e seus familiares, por meio da formação e qualificação dos profissionais da Rede de Atenção Básica à Saúde, baseado no paradigma da Redução de Danos. Esta ação se insere no eixo do Cuidado do programa *Crack, é Possível Vencer*.

A meta do projeto é ofertar vagas de formação à totalidade dos agentes comunitários de saúde, além de um auxiliar ou técnico de enfermagem por eSF, distribuídos por todos os estados e regiões do país. Como é possível visualizar na tabela, em 14 estados o objetivo já foi obtido com êxito. Em média, até dezembro de 2014, 96% das formações foram ofertadas no país.

A formação proposta pelo “Caminhos do Cuidado” inovou por ser dinâmica, com estratégias que possibilitam aos (às) profissionais da Atenção Básica trabalhar em conjunto com a Saúde Mental, acolhendo e cuidando dos (as) usuários(as). Outra peculiaridade é que todo o trabalho se dá conforme as especificidades de cada território, levando em conta a realidade local nas mais diferentes regiões do Brasil.

No sítio www.caminhosdocuidado.org.br há a possibilidade de conhecer mais desta iniciativa, além de acessar materiais utilizados pelos tutores do curso, que podem ser úteis para as equipes de saúde do Brasil.

Tabela 17 – Municípios participantes do Projeto Percursos Formativos na RAPS, por módulo (Brasil, dez/2014)

Módulo de Formação	Rede Receptora	Redes Visitantes
Atenção à crise em Saúde Mental	Coronel Fabriciano/MG	Miguel Calmon/BA, Pouso Alegre/MG, Pio XI/PI, Encantado/RS, Vera Cruz/RS
	Resende/RJ	Jacobina/BA, Icó/CE, Imperatriz/MA, Itaúna/MG, Palmas/TO
	São Paulo/SP	Macapá/AP, Vitória da Conquista/BA, Goiânia/GO, Contagem/MG, Parnaíba/PI
Saúde Mental Infantojuvenil	Ouro Preto/MG	Iguatu/CE, Barbacena/MG, Coronel Fabriciano/MG, Campo Grande/MS, Boa Vista/RR
	Recife/PE	Salvador/BA, Ipatinga/MG, Uberlândia/MG, Belém/PA, São José do Rio Preto/SP
Saúde Mental na Atenção Básica	São Lourenço do Sul/RS	Mucuri/BA, Bela Vista de Goiás/GO, Cláudio/MG, Barra de Santa Rosa/PB, Maravilha/SC
	Embu/SP	Eunápolis/BA, Araçuaí/MG, Moju/PA, Teresina/PI, Torres/RS, Guapimirim/RJ
Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas	Uberlândia/MG	Rio Pomba/MG, Formiga/MG, Laranjeiras do Sul/PR, Ijuí/RS, Cândido Mota/SP, Capivari/SP
	Recife/PE	Vila Velha/ES, Ouro Branco/MG, Itajaí/SC, Bagé/RS, Palhoça/SC, São Carlos/SP
	Santo André/SP	Acre (Regional de Saúde do Juruá), Horizonte/CE, Guaíba/RS, Araranguá/SC. Sorocaba/SP, Apucarana/PR, Canoas/RS
	São Bernardo do Campo/SP	Maracanaú/CE, Betim/MG, Santa Rosa/RS, Orleans/SC, São Miguel Arcanjo/SP
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	Morrinhos/GO, Pocinhos/PB, Floriano/PI, Cerquilha /SP, Araguaína/TO
	Sorocaba/SP	Acre (Regional de Saúde do Baixo Acre), Rio Verde/GO, Juiz de Fora/MG, São Sebastião do Paraíso/MG, Ubá/MG
Reabilitação Psicossocial	Santo André/SP	Santo Antônio do Tauá/PA, Caruaru/PE, Joinville/SC, São Vicente/SP, Gurupi/TO
	Barbacena/MG	Manaus/AM, Cabo de Santo Agostinho/PE, Paulistana/PI, Prudentópolis/PR, Andradina/SP

No final de 2013 foi lançada chamada pública para o Projeto Percursos Formativos na RAPS, contemplando apoio financeiro a municípios que desenvolvam projetos de educação permanente nos pontos de atenção da RAPS.

Tendo como objetivo o intercâmbio de experiências entre profissionais e a circulação de saberes através da mediação de um profissional (Engrenagens da Educação Permanente*), em diferentes linhas de ação estratégicas indicadas ao lado.

Neste projeto são chamadas de *redes receptoras* aquelas que indicaram potencialidades para desenvolver propostas e estratégias de intercâmbio na RAPS do seu território, favorecendo por meio deste a troca de experiências profissionais. São chamadas de *redes visitantes* aquelas que indicaram o interesse em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos a uma das linhas de ação mencionadas.

A tabela ao lado indica os municípios contemplados pela 1ª Chamada de seleção de projetos, que iniciaram em 2014 o componente de intercâmbio entre experiências e darão início, no 2º semestre de 2015, ao componente de Engrenagens da Educação Permanente.

* Na Chamada Pública o componente *Engrenagens da Educação Permanente* foi chamado de Supervisão Clínico-Institucional.

Tabela 18 – Distribuição da estimativa de trabalhadores (as) participantes por UF e região (Brasil, out/2015)

Região	UF	Estimativa – nº de Participantes do Intercâmbio	Estimativa – nº de Participantes das Oficinas
CENTRO OESTE	GO	80	160
	MS	20	40
Subtotal Centro-Oeste		100	200
NORDESTE	BA	120	240
	CE	80	160
	MA	20	40
	PB	40	80
	PE	40	80
	PI	100	200
Subtotal Nordeste		400	800
NORTE	AC	40	80
	AM	20	40
	AP	20	40
	PA	60	120
	RR	20	40
	TO	60	120
Subtotal Norte		220	440
SUDESTE	ES	20	40
	MG	320	640
	RJ	20	40
	SP	180	360
Subtotal Sudeste		540	1080
SUL	PR	60	120
	RS	160	320
	SC	120	240
Subtotal Sul		340	680
Total		1.600*	3.200*

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

A tabela mostra a distribuição da estimativa de trabalhadores e trabalhadoras participantes do Projeto Percursos Formativos na RAPS em sua primeira edição, com a presença de profissionais de 21 estados das cinco regiões do Brasil.

Participaram das atividades de intercâmbio cerca de 1.600 profissionais das redes visitantes. Nas Oficinas de atualização, cerca de 3.200 pessoas – entre usuários (as), familiares, trabalhadores (as), gestores (as) – de diferentes pontos de atenção da RAPS e da rede intersectorial dos municípios/estados visitantes puderam repercutir as experiências vividas no território norteadas pelos temas abordados por cada módulo de formação.

A CGMAD lançou no segundo semestre de 2015, uma nova Chamada de Seleção de projetos do Percursos Formativos. Os municípios selecionados podem ser consultados em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/25/Divulgacao-municipios-visitantes-II-Chamada-Percursos-Formativos.pdf>

* Dados estimados, tendo em vista que alguns módulos ainda não finalizaram as atividades de intercâmbio e de oficina.

Tabela 19 – Programas de Residência em Psiquiatria (Brasil, 2012-2014)

UF	Programa	2012	2013	2014	Total
AL	Psiquiatria	2	2	2	12
AM	Psiquiatria	5	5	5	30
BA	Psiquiatria	0	0	2	4
CE	Psiquiatria	7	7	11	42
GO	Psiquiatria	2	2	5	17
MA	Psiquiatria	0	0	5	10
MG	Psiquiatria	14	16	16	68
MS	Psiquiatria	1	1	1	6
MT	Psiquiatria	0	2	2	6
PA	Psiquiatria	2	4	4	19
PE	Psiquiatria	0	12	12	36
PR	Psiquiatria	4	8	12	38
RJ	Psiquiatria	8	8	8	40
RS	Psiquiatria	1	3	17	44
SC	Psiquiatria	2	2	2	12
SE	Psiquiatria	0	4	4	12
SP	Psiquiatria	11	29	70	209
Total		59	105	178	605

Tabela 20 – Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Brasil, 2012-2014)

UF	Programa	2012	2013	2014	Total
CE	S. Mental	63			63
PE	S. Mental	5			5
MG	S. Mental	12	4	12	28
PA	S. Mental	9			9
PE	S. Mental			10	10
RO	S. Mental			6	6
RS	S. Mental		6	18	24
SC	S. Mental		16		16
SP	S. Mental	43	36	8	87
TO	S. Mental		6		6
Total		132	68	54	254

Tabela 21 – Programas de Residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência (Brasil, 2012-2014)

UF	Programa	2012	2013	2014	Total
CE	Psiquiatria da infância e adolescência	4	4	4	24
MG	Psiquiatria da infância e adolescência	1	1	1	5
PR	Psiquiatria da infância e adolescência	0	0	5	10
RJ	Psiquiatria da infância e adolescência	2	2	2	10
SP	Psiquiatria da infância e adolescência	5	5	9	36
Total		12	12	21	85

As tabelas indicam as vagas para alunos (as) de residência em psiquiatria e residência multiprofissional em saúde mental ofertadas, por UF, entre 2012 e 2014.

Os editais para financiamento de vagas para residência têm priorizado, nos últimos anos, a aprovação de propostas que indicam a realização de residências em serviços da RAPS e com proposta de formação na direção de superação do modelo manicomial.

Faz-se necessário salientar a necessidade de investimento nas residências multiprofissionais em saúde mental, que ainda são em número muito inferior às residências médicas em psiquiatria.

Cabe destacar também o investimento dos estados do CE, MG, PR, RJ e SP na formação de psiquiatras da infância e adolescência ao longo dos últimos anos.

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

Figura 3 – Distribuição dos (as) alunos (as) formados (as) nos três Cursos à Distância em Saúde Mental (Brasil, dez/2014)

Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas

Saúde Mental Infantojuvenil

Atenção à Crise em Saúde Mental



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS) e Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC

No ano de 2014 a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS e com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), pactuaram mais de 10.000* vagas de cursos a distância em três temas estratégicos para educação permanente de profissionais de todos os pontos de atenção da RAPS do Brasil, com a seguinte distribuição:

- 7.000 vagas para o curso **Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas**, para profissionais de nível médio e universitário;
- 1.500 vagas para o curso **Saúde Mental Infantojuvenil**, para profissionais de nível universitário;
- 1.500 vagas para o curso **Atenção à Crise em Saúde Mental**, para profissionais de nível universitário.

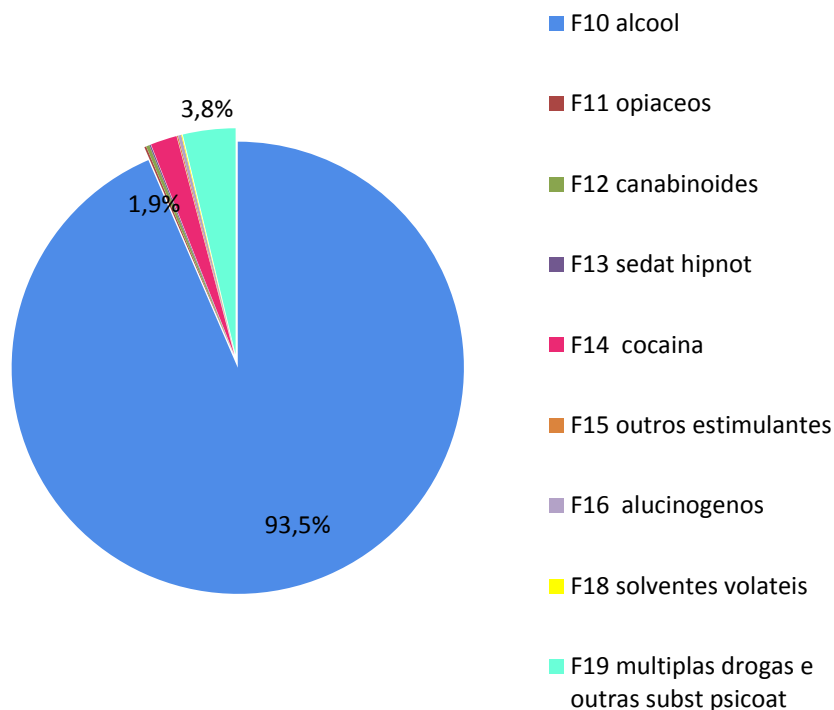
No ano de 2014 foram ofertadas duas edições de cada curso. Os mapas acima ilustram a distribuição no território brasileiro dos (as) alunos (as) formados (as) nos três cursos em 2014.

* As vagas foram ofertadas para os anos de 2014 e 2015.

Álcool e outras drogas

Distribuição dos óbitos por causa básica relacionados a transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas

Gráfico 13 - Participação de cada substância psicoativa no total de óbitos por causa básica* relacionada a transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (exceto fumo), segundo o CID-10 (Brasil, 2013)



O gráfico apresenta a distribuição percentual do **total de óbitos por causa básica relacionada** a transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, segundo o CID-10 no ano de 2013. Em números absolutos, foram **7.511** óbitos em 2013, sendo **7.025** tendo como causa básica o álcool, **142** por cocaína e derivados e **282** por múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas.

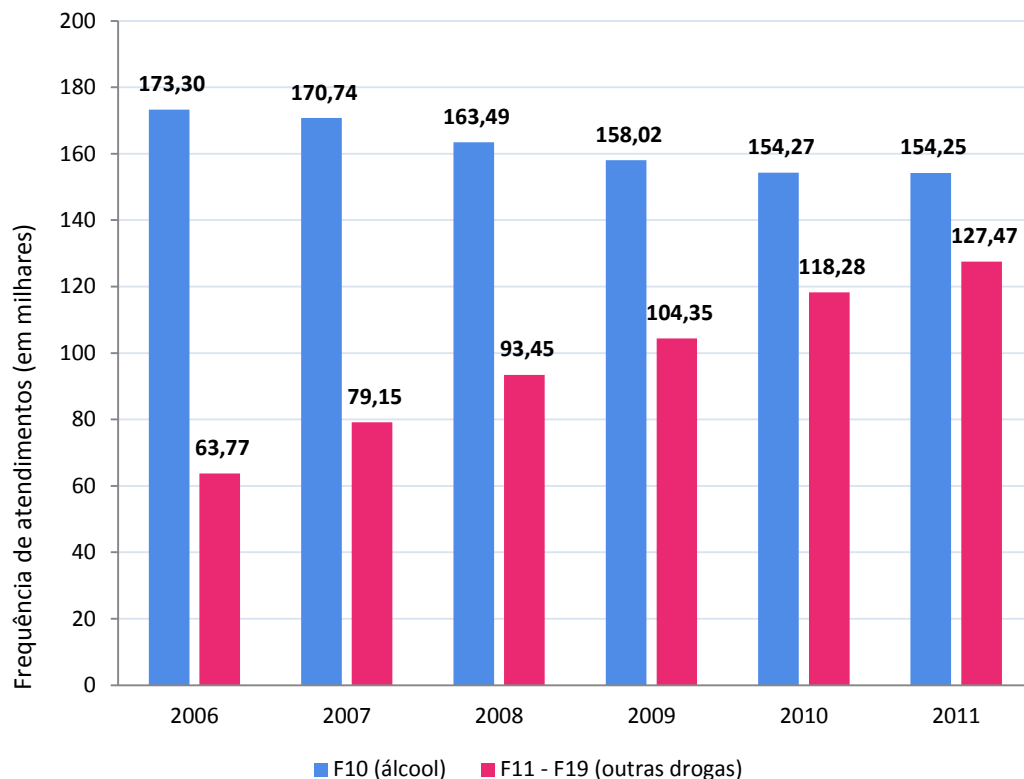
O álcool é a substância psicoativa responsável por 93,5% de óbitos por transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, seguida por múltiplas drogas (F19) e cocaína e derivados (F14). O F10 não representa a totalidade de registros de óbitos relacionados ao uso de álcool. Foram considerados também registros em outros códigos diagnósticos, como por exemplo o K 70, doença alcoólica do fígado.

O gráfico evidencia a relevância, em termos de morbimortalidade, do problema do uso de álcool para as políticas públicas de saúde no Brasil. Segundo resultados de estudo da Fiocruz sobre a Carga de Doença no Brasil (2008), o abuso e dependência de álcool (5,0%) está entre as 3 principais causas de carga de doença entre homens e representa a 2ª maior causa de incapacidade e óbito (DALY**) entre homens de 15-29 anos.

* “causa básica” de óbito significa “o que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (“Declaração de óbito: documento necessário e importante. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006”).

**DALY – É a soma de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido à mortalidade prematura na população e os anos perdidos devido a Deficiência (YLD) para as pessoas que vivem com uma determinada condição de saúde ou suas consequências (Portugal, FB et al. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):491-501, 2015. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva 2004; 9:897-908.)

Gráfico 14: Evolução anual do número de atendimentos em álcool e outras drogas pelo SUS (Brasil, dez/2006 a dez/2011*)



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

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

Pode-se observar que o álcool permanece com maior registro de atendimentos pelo SUS no país, mesmo apresentando pequena queda durante o período analisado.

O aumento de registros de atendimento a pessoas com necessidades decorrente do uso de outras drogas além do álcool está relacionado à ampliação dos CAPS e a maior abertura para o acolhimento destas demandas.

A importante ampliação da rede de cuidados às pessoas que fazem uso de outras drogas além do álcool, principalmente a partir da implantação de novos CAPS, pode ter repercutido no aumento do registro de atendimentos.

*Foi considerada a série até o ano de 2011, tendo em vista as mudanças nos Sistemas de Informação e Registro de Procedimentos, que passou de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) para Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), o que refletiu em inconsistências e consequente não confiabilidade dos mesmos para análise.

O Ministério da Saúde observa em suas ações de prevenção o princípio da adoção de estratégias baseadas em evidências, a fim de contribuir para o direcionamento e a utilização dos recursos em programas cuja efetividade seja demonstrada. Desta forma, a escolha de uma estratégia vai além das boas intenções e obedece a critérios como testes e avaliações anteriores a sua aplicação e implementação em larga escala.

Em consonância ao princípio e critérios mencionados, esta Coordenação-Geral, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), consolidou ações preventivas e de promoção da saúde entre crianças, jovens e famílias. Foram selecionados três programas de prevenção do uso e abuso de álcool, tabaco, crack e outras drogas com êxito internacionalmente comprovado, os quais são: *Unplugged*, *Good Behavior Game* e *Strengthening Families Programme*.

Estudos de relevância cultural foram realizados com o apoio de universidades federais brasileiras a fim de identificar e realizar ajustes de adaptação cultural e deram origem às versões nacionais dos programas: #Tamojunto (para adolescentes de 13 e 14 anos em escolas públicas), Jogo Elos (para crianças de 6 a 10 anos em escolas públicas), e Programa Fortalecendo Famílias (para famílias e adolescentes de 10 a 14 anos em equipamentos da assistência social).

Os primeiros resultados dos programas no Brasil apontam para efeitos como: adiamento do primeiro uso de substâncias e também redução do grau de consumo e abuso de álcool, tabaco e outras drogas entre o público a que se dirigem. Como resultado imediato, os programas apresentaram resultados na promoção de interações, habilidades de vida e fortalecimento de vínculos entre os (as) participantes mutuamente e dos (as) participantes com os serviços que ofertam os programas.

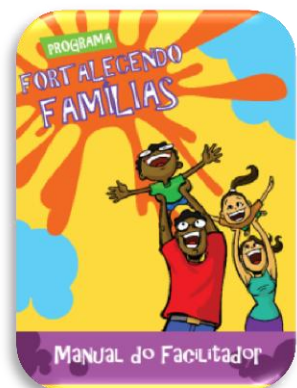
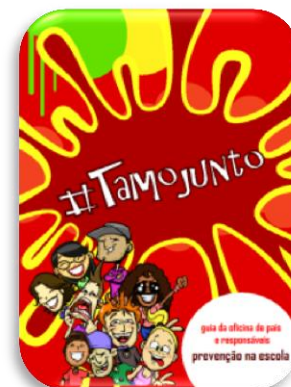
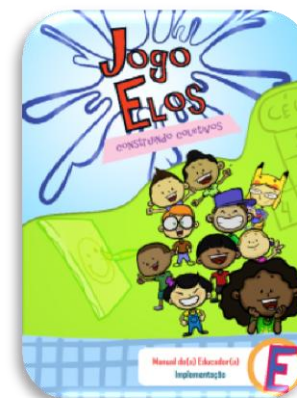


Figura 4: Capas dos materiais didáticos das metodologias preventivas ao uso de álcool e outras drogas dos Programas de Prevenção

Tabela 22 – Alcance do Jogo Elos em pré-piloto (2013)

Participantes do Pré-piloto do JOGO ELOS em números (2013)			
Cidade	escolas	professores	educandos
São Paulo – SP	1	1	30
São Bernardo de Campo – SP	2	4	100
Florianópolis – SC	1	17	455
Tubarão – SC	2	13	239
TOTAL	6	35	824

Tabela 23 – Alcance do Jogo Elos em piloto (2014)

Participantes do Piloto do JOGO ELOS em número (2014)				
Cidade	Escolas	Professores	Turmas	Educandos
Curitiba – PR	1	12	11	324
Florianópolis – SC	3	16	21	329
Fortaleza- CE	2	6	2	43
João Pessoa-PB	2	6	4	96
São Bernardo do Campo – SP	3	12	11	304
São Paulo – SP	3	8	8	235
Taboão da Serra- SP	1	4	4	250
Tubarão – SC	6	14	16	294
TOTAL	21	78	77	1.875

Jogo Elos

- Programa de prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas para educandos (as) da 1ª à 5ª séries do ensino fundamental (6-10 anos);
- Realizado pelo (a) professor (a), em sala de aula;
- Fomenta atitudes positivas e colaborativas promovendo a construção de coletivos democráticos e permite o desenvolvimento de habilidades sociais como autoconhecimento, autocontrole, assertividade, autonomia, empatia, tolerância, entre outras;
- Os (as) educandos (as) aprendem a perceber os impactos de suas ações nos outros, passando a agir em cada contexto considerando as necessidades do coletivo;
- Fortalece o vínculo entre alunos (as) e professores (as) e entre escolas e comunidade;
- Pré-piloto foi realizado no 2º semestre de 2013, com objetivo de adaptação transcultural do programa para o contexto brasileiro;
- Piloto foi realizado em 2014.

Dados qualitativos do formsus sobre a implementação do Jogo Elos em 2014:

- indicação de outros (as) educadores (as) ou da equipe pedagógica
 - interesse pela temática da prevenção do uso de drogas
 - curiosidade e interesse de aprender técnicas novas
- preocupação com a dinâmica da turma (agressões físicas e verbais)
 - vontade de ajudar a turma a respeitar os combinados da turma

Gráfico 15: Motivos dos *professores* para aderir ao programa

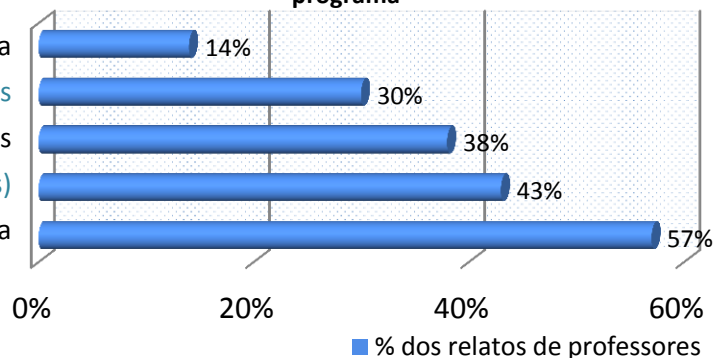
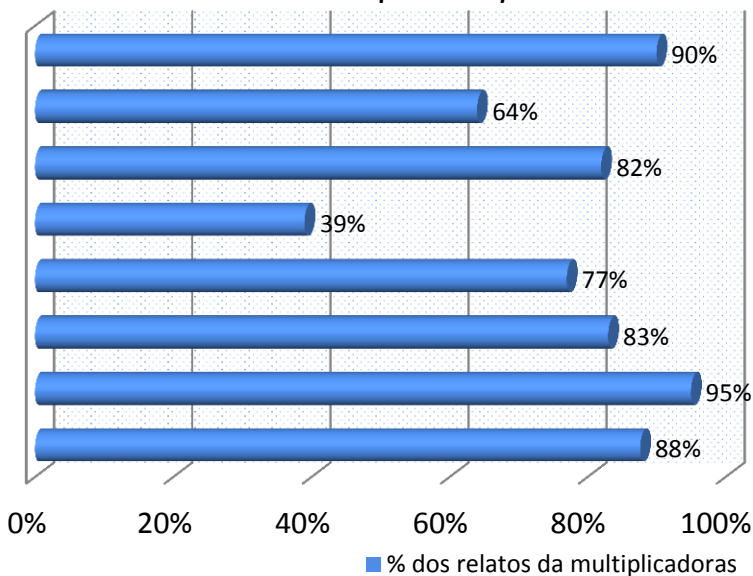


Gráfico 16: Efeitos relatados pelos *multiplicadoras*



- os (as) professores (as) percebem que os (as) educandos (as) interagem de maneira mais cooperativa e harmônica entre si fora do Jogo
- os (as) professores (as) percebem que os (as) educandos (as)¹ trabalham em grupos fora do Jogo
- os (as) professores (as) avaliam que os (as) educandos (as) se relacionam de maneira mais cooperativa e harmônica fora do Jogo
- houve trocas de experiências entre os (as) professores (as) sobre a implementação
- o programa contribuiu¹ para ampliar a percepção positiva do (a) professor(a) sobre si
- os (as) professores (as) se sentiram confortáveis ou muito confortáveis na implementação
- os (as) professores (as) têm demonstrado interesse em relação ao programa
- porcentagem de professores (as) que concluíram as atividades

¹ Frequentemente e sempre

Tabela 24 – Alcance do #Tamojunto no pré-piloto (2013)

Participantes do Pré-piloto do #TAMOJUNTO em números (2013)				
Cidade	Escolas	Professores	turmas	educandos
São Paulo – SP	3	9	23	837
São Bernardo de Campo – SP	1	4	17	547
Florianópolis – SC	4	23	20	777
TOTAL	8	36	60	2.161

Tabela 25 – Alcance do #Tamojunto no piloto (2014)

Participantes do Piloto do #TAMOJUNTO em números (2014)					
Cidade	Escolas	Professores	Profissionais da Saúde	Turmas	Educandos
Curitiba – PR	12	22	27	55	1.954
Cruzeiro do Sul- AC	3	4	6	5	157
Distrito Federal	6	16	5	35	1.072
Florianópolis – SC	12	29	8	35	1.070
Fortaleza- CE	13	42	11	48	1.456
João Pessoa-PB	18	33	17	39	1.071
Rio Branco-AC	4	8	5	12	481
Rodrigues Alves – AC	1	2	2	2	65
São Bernardo de Campo – SP	12	25	12	47	1.360
São Paulo – SP	39	79	33	113	3.619
Taboão da Serra-SP	6	21	20	31	1.072
Tubarão – SC	4	8	6	10	212
TOTAL	130	289	152	432	13.589

#Tamojunto

- Programa de prevenção do uso de álcool e outras drogas destinado a educandos/as das séries finais do ensino fundamental (11-14 anos);
- 12 aulas realizadas pelo (a) professor (a) e 3 Oficinas de Pais realizadas pelos (as) profissionais de saúde e educação;
- Conduzido pelo (a) professor (a) no papel do (a) facilitador (a);
- Programa se baseia nos eixos: desenvolvimento de habilidades de vida, e pensamento crítico frente às crenças normativas e informações;
- Enfatiza o caráter interativo, estimula trocas constantes de experiências entre os (as) educandos (as) por meio de atividades lúdicas que integram elementos do estilo de vida dos/as adolescentes e suas crenças.
- Em 2013 foi realizado um pré-piloto com objetivo de adaptação cultural e em 2014 um piloto para verificação de efetividade, com um estudo controlado randomizado por pesquisadores (as) da UNIFESP e UFSC.

Dados qualitativos do formsus sobre a implementação do #Tamojunto em 2014:

- o programa contribui para ampliar positivamente a percepção dos (as) professores (as) sobre si *sempre e frequentemente*
- professores (as) observaram que educandos (as) estão interagindo mais entre si fora das aulas do #Tamojunto
- professores (as) observaram que alguns (as) educandos (as) estão mais receptivos ao convívio com eles (as) para além do programa
 - professor (a) se sentiu confortável ou muito confortável na implementação
 - professores (as) utilizaram técnicas do programa #Tamojunto em outras aulas
 - é possível realizar as aulas do #Tamojunto sem prejuízo ao currículo e atividades previstas na escola
 - há tempo suficiente para preparar as aulas durante a rotina escolar

Gráfico 17: Componente escolar do #Tamojunto

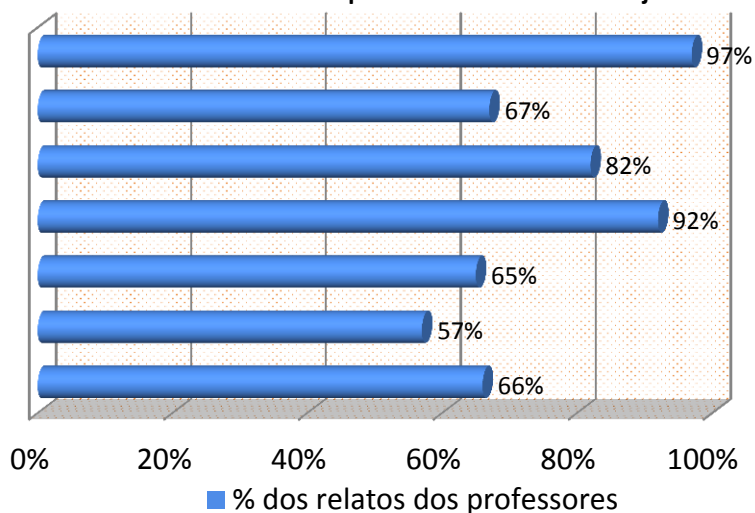
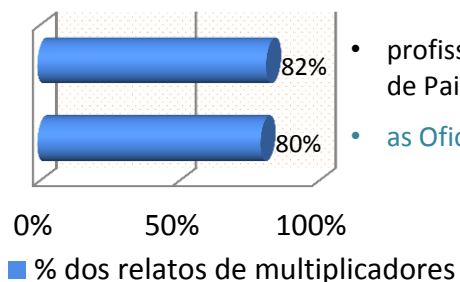


Gráfico 18: Componente intersetorial



- profissionais de saúde participaram do planejamento das Oficinas de Pais e Responsáveis nas visitas do (a) multiplicador (a)
- as Oficinas de Pais e Responsáveis previstas foram realizadas

- profissionais da saúde
 - Professores (as)
 - coordenadores (as) pedagógicos (as)
- diretor (a) ou profissional da gestão escolar
 - orientador (a) pedagógico (a)

Gráfico 19: Quem conduziu a Oficina de Pais e Responsáveis

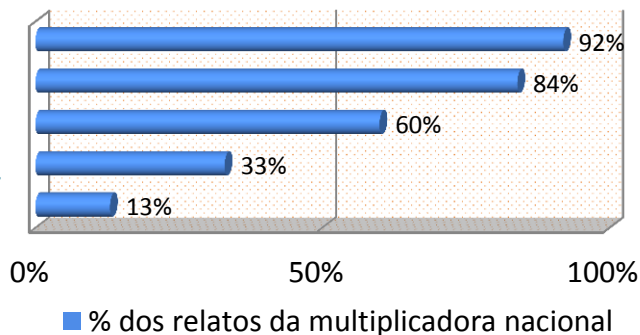


Tabela 26 – Alcance do Fortalecendo Famílias em pré-piloto (2013)

Participantes do Pré-piloto do Fortalecendo Famílias em números (2013)		
Centro de Orientação Sócio Educativa	Grupos	Famílias
Sobradinho – DF	2	13
Taguatinga – DF	2	20
Ceilândia – DF	1	10
Gama Leste – DF	1	8
Núcleo Bandeirante – DF	1	5
Paranoá-DF	1	8
TOTAL	8	64

Tabela 27 – Alcance do Fortalecendo Famílias em piloto (2014)

Participantes do Programa Fortalecendo Famílias em 2014			
Município	Facilitadores certificados	Grupos	Famílias
Cruzeiro do Sul - AC	17	1	7
Distrito Federal	85	9	50
Florianópolis - SC	56	1	11
Fortaleza - CE	30	8	58
Mâncio Lima - AC	4	-	-
Rio Branco-AC	35	1	7
Rodrigues Alves - AC	2	-	-
São Paulo-SP	32	-	-
TOTAL	262	20	133

Fortalecendo Famílias

- Programa de prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas destinado a famílias (pais e responsáveis) com filhos (as) adolescentes (10 – 14 anos);
- Conduzido por profissionais da assistência social e/ou outros por meio de equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (CRAS e CCFVs);
- 7 encontros semanais de 2 horas cada;
- Programa promove reflexão sobre os valores e rotinas familiares e projetos de vida. Trabalha com o fortalecimento de vínculos, habilidade de expressar sentimentos e estabelecer regras;
- Pré-piloto do Programa Fortalecendo Famílias foi conduzido no Distrito Federal nos meses de outubro a dezembro de 2013;
- No piloto em 2014, o programa foi implementado, além do Distrito Federal, no Acre, Ceará e Santa Catarina. Em São Paulo, houve somente formação de profissionais.

Dados qualitativos do Formsus sobre a implementação do Fortalecendo Famílias em 2014:

Gráfico 20: O programa contribuiu para ampliar a percepção positiva dos facilitadores sobre si como profissionais?

frequentemente sempre

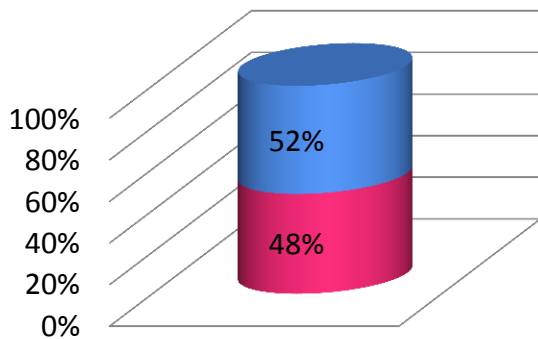


Gráfico 21: O profissional se sentiu na implementação do programa:

muito confortável confortável pouco confortável

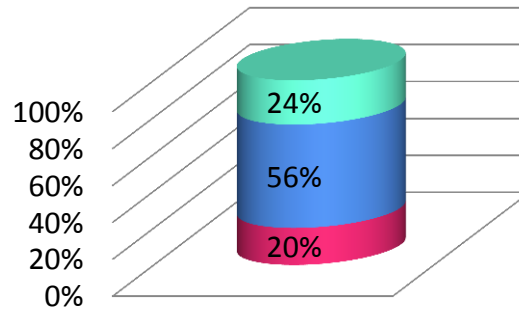
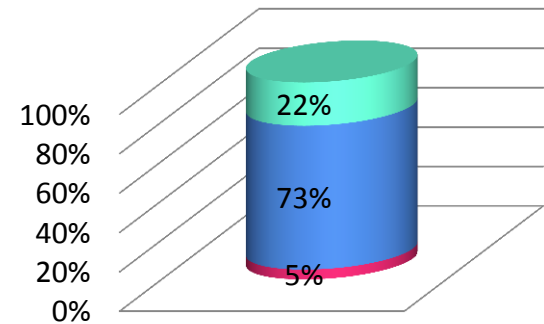


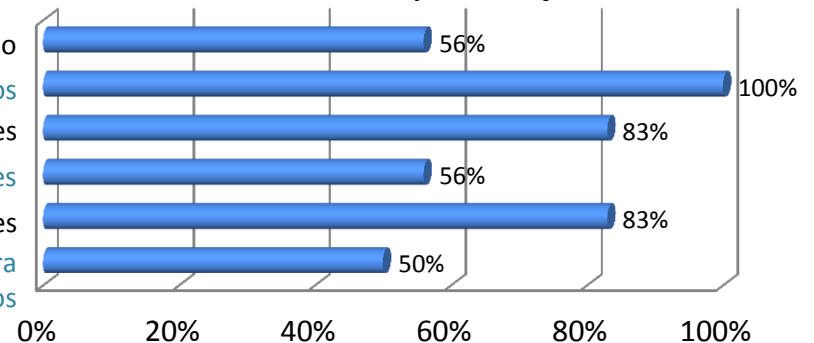
Gráfico 22: Grupos realizaram as atividades:

totalmente maioria das atividades minoria das atividades



- o horário estabelecido para início e término das sessões foi cumprido
- a sequência original de sessões foi mantida em todos os territórios
- as famílias foram acompanhadas para além das sessões
- os (as) profissionais tiveram tempo para o planejamento das sessões
- os (as) profissionais tiveram tempo para realização das sessões
- os (as) profissionais incorporaram o Programa como atividade para cumprimento da diretriz de fortalecimento de vínculos

Dados sobre implementação



% dos relatos dos multiplicadores



Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Setor Administrativo Federal Sul (SAF Sul)
Trecho 2, Bloco F, Edifício Premium, Torre II, Sala 13
CEP 70.070-600
Brasília/DF
Fone (61) 3315.9144

Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br

Coleta de dados, redação, arte /diagramação e editoria: Equipe da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS:

Adélia Benetti de Paula Capistrano Alexandre Teixeira Trino Ana Carolina Conceição Andrea Borghi Moreira Jacinto Aretuza Santos de Oliveira Freitas Barbara Coelho Vaz César Henrique dos Reis Cinthia Lociks de Araújo Clarisse Moreira Aló Claudio Antônio Barreiros Daniel Adolpho Daltin Assis Daniela Piconez e Trigueiros Debora Estela Massarente Pereira Enrique Araújo Bessoni Fernanda Rodrigues da Guia Flora Moura Lorenzo Gabriela Hayashida Isadora Simões de Souza Izadora Isa Soares Luz Janaina Barreto Gonçalves Jaqueline Tavares de Assis Hinara Helena Silva Pereira de Souza Ivana Gomes de Almeida Julianna Godinho Dale Coutinho June Correa Borges Scafuto Kayan Vogado Alves Karen Costa Oliva Karine Dutra Ferreira da Cruz Keyla Kikushi Câmara Larissa de Andrade Gonçalves Leisenir de Oliveira Marcel Henrique de Carvalho Mariana da Costa Schorn Marina Rios Amorim Michaela Batalha Juhasova Milena Leal Pacheco Nádía Maria Silva Pacheco Patricia Portela de Aguiar Patricia Santana Santos Paula Silva Oliveira Pedro de Lemos MacDowell Pedro Henrique Marinho Carneiro Polliana Barbosa da Rocha Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros Raquel de Aguiar Alves Raquel Turci Pedroso Roberto Tykanori Kinoshita Rubia Cerqueira Persequini Samia Abreu Oliveira Taia Duarte Mota Thais Soboslai Thiago Monteiro Pithon Viviane Paula Rocha

Disponível nos portais: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

