



Maria de Fátima Miranda Bueno

Reforma Manicomial no Brasil: avanços e desafios no SUS.

Brasília
2019

Maria de Fátima Miranda Bueno

Reforma Manicomial no Brasil: avanços e desafios no SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Maria Isabel Boavista Seara Machado

Brasília
2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B928r Bueno, Maria de Fátima Miranda.
Reforma Manicomial no Brasil: avanços e desafios no SUS / Maria
de Fátima Miranda Bueno. -- 2019.
131 f. : il. ; tab.

Orientadora: Maria Isabel Boavista Seara Machado.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2019.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Reforma
dos Serviços de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Instituição de
Longa Permanência para Idosos. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.210981

Maria de Fátima Miranda Bueno

Reforma Manicomial no Brasil: avanços e desafios no SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 06 de junho de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fernando Manuel Bessa Fernandes
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Dra. Maria Isabel Boavista Seara Machado
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (Orientadora)

Aos meus amados filhos, Plínio e Mauricio, grandes motores de todas as minhas ações.
E ao meu neto Santiago, por acrescentar encanto e alegria a todos os meus dias.

AGRADECIMENTOS

São tantos os que contribuíram para a conclusão deste trabalho, que suponho não conseguir objetividade e simplicidade, tão essenciais neste momento.

À Deus por me proporcionar saúde e força para vencer os obstáculos e me instigar à procura constante de novos conhecimentos.

À minha família, que naturalmente me impulsiona ao crescimento, tendo sido ela própria a mais penalizada, em decorrência de minhas tantas ausências.

Aos dirigentes do Departamento Nacional de Auditoria do SUS por terem viabilizado a minha participação neste Mestrado Profissional.

Aos meus chefes, pela compreensão e apoio, pois também se ressentiram por minhas ausências nas vezes em que as atividades da Seção de Auditoria foram preteridas às do mestrado.

À FIOCRUZ, pelo seu ambiente criativo e formidável corpo docente. Pela excelência de seus conhecimentos a mim transmitidos, oportunizando tantos novos projetos.

À Dra. Maria Isabel Boavista Seara Machado, minha orientadora, que tão significativamente contribuiu para o meu aprendizado, por sua disponibilidade, colaboração e capacidade de estímulo ao longo da realização de cada etapa desta jornada.

Aos colegas que proporcionaram momentos de descontração, crescimento, aprendizado e alegria.

A conclusão deste curso é a realização de um antigo sonho que não teria se concretizado sem a substancial ajuda de todos. Expressar essa gratidão por palavras ou gestos é difícil, pois a emoção desta realização é imensurável, mas a todos os que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

E que, ao final desta marcha, em que recebo o título de mestra, eu possa manter a ânsia de ser o que tenho sido desde que me concebo como ser racional: uma eterna aprendiz.

Peço, porém o impossível; rogo, portanto, a minha altivez que me acompanhe sempre a prudência!

E se um dia a prudência me abandonar – ai! Agrada-lhe tanto fugir! – possa sequer a minha altivez voar com a minha loucura.

Assim começou o caso Zaratustra.

Assim Falava Zaratustra - Frederico Nietzsche. 2002, p.33.

[...] daí a alegação de que não havia regra para a completa sanidade mental.

Supondo o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura.

O Alienista - Machado de Assis. 1994, p.10.

A liberdade, Sancho, é um dos dons mais preciosos, que aos homens deram os céus: não se lhe podem igualar os tesouros que há na terra, nem os que o mar encobre; pela liberdade, da mesma forma que pela honra, se deve arriscar a vida, e, pelo contrário, o cativo é o maior mal que pode acudir aos homens.

Dom Quixote de La Mancha - Miguel de Cervantes Saavedra. 2012. p. 689.

RESUMO

Neste trabalho foi realizado um estudo sobre a luta antimanicomial, seus avanços, desafios e os fatos indutores deste episódio de forma a propiciar análise da relação entre oferta e demanda de serviços de saúde mental nas capitais brasileiras. Destaca-se como fato decididamente indutor da reforma manicomial, a luta pela cidadania das pessoas que por serem portadoras de transtornos mentais, requerem uma pluralidade de atenção com dispositivos multidisciplinares e substitutivos ao classicamente empregado. O modelo asilar, até então utilizado, priva as pessoas de seus direitos constitucionais, do convívio familiar e social, causando efeitos adversos, tornando-se resolutamente iatrogênico e pragmático. Para tanto fez-se necessário a revisão e assimilação histórica sobre o surgimento e o declínio do modelo asilar no Brasil de forma a conhecer os fatos antecedentes que contribuíram para o processo de desinstitucionalização e inserção de novos conceitos e paradigmas na atenção ao portador de transtornos mentais. Considerando que a Saúde Mental no Brasil é baseada nos preceitos decorridos da legislação, avaliar as condições normativas, tornou-se imperioso. Com o advento da reforma, a reprodução de serviços foi substancialmente alterada, tornando-se necessário traçar o desenho da adequação da oferta da rede substitutiva ao modelo clássico asilar, em consonância com a demanda estimada. Para isso foram utilizadas as informações constantes do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, DATASUS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE e Centro de Informações sobre Drogas, CEBRID. O indicador de provisão descreve o quantitativo de estabelecimentos para a população-alvo de um serviço ou programa de saúde. A provisão elevada de leitos em hospital psiquiátrico é indicativa de baixa implantação da agenda da reforma. Ao final constata-se que os parâmetros da assistência podem não estar atendendo aos anseios destacados por movimentos sociais em busca da reforma. Além disso, a oferta de serviços substitutivos nem sempre condiz com os números de pessoas que deles necessitam.

PALAVRAS CHAVE: Luta Antimanicomial, Serviços de Saúde Mental, Modelo Asilar.

ABSTRACT

In this work, a study was carried out on the antimanicomial fight, its advances, challenges and the inductive facts of this episode in order to provide an analysis of the relationship between supply and demand of mental health services in Brazilian capitals. It stands out as a decidedly inductive fact of the asylum reform, the struggle for the citizenship of the people who, because they are carriers of mental disorders, require a plurality of attention with multidisciplinary and substitutive devices to the classically employed one. The asylum model, hitherto used, deprives people of their constitutional rights, of family and social life, causing adverse effects, becoming resolutely iatrogenic and pragmatic. In order to do so, it was necessary the historical review and assimilation about the emergence and decline of the asylum model in Brazil in order to know antecedents that contributed to the process of deinstitutionalization and insertion of new concepts and paradigms in the attention to the person with mental disorders. Considering that Mental Health in Brazil is based on the precepts of legislation, to evaluate the normative conditions, it has become imperative. With the advent of the reform, the reproduction of services was substantially altered, making it necessary to draw the design of the adequacy of the supply of the replacement network to the classic asylum model in line with the estimated demand. For this purpose, the information contained in the database of the Department of Informatics of the Unified Health System, DATASUS, Brazilian Institute of Geography and Statistics, IBGE and Drug Information Center, CEBRID, was used. The provision indicator describes the number of establishments for the target population of a health service or program. The high provision of beds in a psychiatric hospital is indicative of the low implementation of the reform agenda. At the end, it can be seen that the parameters of the assistance may not meet the desires highlighted by social movements in search of reform. In addition, the supply of substitute services does not always match the numbers of people who need them.

KEY WORDS: Antimanicomial Fight, Mental Health Services, Asylum Model.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DATASUS	Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
eCR	Equipes dos Consultórios na Rua
IAP	Instituto de Aposentadoria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MSTM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPI	Programação Pactuada Integrada
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISPACTO	Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores

SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TSO	Tratamento Sanitário Obrigatório
UARR	Unidade de Atendimento em Regime Residencial
WHO	World Health Organization

Índice

1	Introdução.....	10
2	Aspectos Metodológicos	16
2.1	Justificativa	19
3	Considerações Teóricas.....	23
3.1	Oferta de Serviços.....	23
3.2	Rede de Atenção à Saúde (RAS)	24
3.3	Rede de Atenção à Saúde Mental	25
4	A Luta Antimanicomial: surgimento e declínio do modelo asilar.	27
5	Modelos propostos em substituição ao asilar à luz das normas que os regulamentam	33
6	Implementação das unidades substitutivas ao modelo asilar.	55
7	Considerações Finais.....	79
8	REFERÊNCIAS	10
9	APÊNDICES.....	19
9.1	A - População das Capitais Brasileiras	20
9.2	B - Rede de Serviços: Rio Branco/AC.....	21
9.3	C - Rede de Serviços: Macapá/AP.....	21
9.4	D - Rede de Serviços: Manaus/AM	22
9.5	E – Rede de Serviços: Belém/PA	23
9.6	F - Rede de Serviços: Porto Velho/RO	24
9.7	G - Rede de Serviços: Roraima/Boa Vista.....	25
9.8	H – Rede de Serviços: Palmas/Tocantins	25
9.9	I – Rede de Serviços: Maceió/AL.....	26
9.10	J – Rede de Serviços: Salvador/BA	27
9.11	K - Rede de Serviços: Fortaleza/CE	28
9.12	L - Rede de Serviços: São Luís/MA	29
9.13	M - Rede de Serviços: João Pessoa/PR	30
9.14	N – Rede de Serviços: Recife/PE	31
9.15	O – Rede de Serviços: Teresina/PI	32
9.16	P - Rede de Serviços: Natal /RN.....	33
9.17	Q - Rede de Serviços: Aracaju /SE.....	34

9.18	R – Rede de Serviços: Goiânia/GO	35
9.19	S – Rede de Serviços: Cuiabá/MT	36
9.20	T - Rede de Serviços: Campo Grande/MS.....	37
9.21	U – Rede de Serviços: Brasília/DF	38
9.22	V – Rede de Serviços: Vitória/ES.....	39
9.23	W - Rede de Serviços: Belo Horizonte /MG	40
9.24	X - Rede de Serviços: São Paulo/SP.....	42
9.25	Y - Rede de Serviços: Rio de Janeiro/RJ	46
9.26	Z – Rede de Serviços: Curitiba/PR	50
9.27	Z.a - Rede de Serviços: Porto Alegre/RS.....	51
9.28	Z.b – Rede de Serviços: Florianópolis/SC.....	53
9.29	Z.c - SISPACTO	53
9.30	Z.d – UARR/Brasil	54

1 Introdução

Esse trabalho foi impulsionado pela necessidade de melhor compreender a adequação da implantação da *luta antimanicomial* no Brasil, tendo como premissa o modelo centrado nas internações em regime asilar, sendo modificado pelo padrão focalizado na provisão dos serviços de saúde comunitários como garantia da efetivação do direito à saúde e à cidadania.

O pretexto indutor da escolha por este tema se referiu também à experiência como auditora do Ministério da Saúde. A observação de usuários internos e das fragilidades decorrentes de sua trajetória de vida, especialmente das políticas adotadas, que nem sempre ofereciam solução, mas agravavam a condição dessas pessoas, fez suscitar a necessidade de melhor compreender o feitiço constituinte desta área.

Frente à experiência como assistente social atuando por unidades psiquiátricas em diversos estabelecimentos brasileiros, é possível afirmar que existem ainda muitos usuários institucionalizados. Acrescente-se a esta situação o fato de serem os projetos terapêuticos institucionais, meros instrumentos cartoriais, quando na realidade se observa entre os internos, ausência de vínculo familiar e social, além de inércia, falta de atividades socializadoras extramuros e nenhuma previsão de desinstitucionalização.

O indivíduo institucionalizado é colocado por Furtado et al. (2017) como aquele submetido aos condicionamentos institucionais em três dimensões:

- (1) todos os aspectos da vida dos sujeitos são desenvolvidos no mesmo local e sob uma única autoridade;
- (2) cada fase da atividade cotidiana do indivíduo é realizada sob o acompanhamento imediato de um grupo de pessoas que também são tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as atividades em conjunto; e
- (3) as atividades cotidianas são rigidamente controladas, sequenciadas e com horários (...)

A desinstitucionalização requer a superação desse modelo, por meio do que Furtado et al. (2017) chamam de Reforma Psiquiátrica em que, além da superação da lógica manicomial é também entendido que a desinstitucionalização seja concebida como crítica epistemológica ao saber psiquiátrico.

Ainda no exercício desta atuação junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), onde o auditor deve manter conhecimento atualizado do conjunto de procedimentos técnicos e normativos norteadores de seu desempenho, tendo que emitir parecer sob sua responsabilidade, baseado na legislação relacionada à sua ação, são observadas

distorções normativas, muitas delas relativas ao conjunto de portarias regulamentadoras da área de Saúde Mental.

Por isso, a instigante necessidade de buscar um ponto de vista mais criterioso sobre as condições em que a reforma manicomial vem se consolidando.

A partir de manifestações apresentadas em meios de comunicação, de abusos cometidos nas instituições psiquiátricas, surgiram movimentos sociais que consideravam a necessidade de remodelar a estrutura da assistência exclusivamente hospitalar, substituindo por um modelo mais humanizado.

Os portadores de transtornos mentais eram vistos como bruxos ou obsedados, pois não havia o conceito de doença mental. Nem havia uma divisão entre razão e loucura, como asseguram Fernandes e Moura (2009). Esta apreciação foi gradativamente sendo incorporada ao senso comum, a ele agregando a ideia de periculosidade.

Para Silveira e Braga (2005) loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. Desde a Grécia antiga até os dias atuais a desrazão chegou a ser entendida como alteridade radical, em que as pessoas podiam ter acesso a verdades divinas quando se encontravam em estado de delírio.

Sobre razão e loucura Foucault (1978, p.35) elaborou uma análise comparativa, relativizando uma em analogia com a outra, de modo que *loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão, sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra.*

Foucault (1978, p.19) afirma que a loucura também se vale de jogos acadêmicos quando se apresenta como objeto de discursos: (...) *ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão.*

De forma que loucura não é considerada nome de doença, mas um adjetivo que historicamente foi construído com persistente carga preconceituosa, o que arroga às políticas adotadas um caráter sempre fragilizado, uma vez que não encontrou consistência conceitual e não considerou o suporte familiar e a socialização como parte do tratamento.

No século XVII os manicômios abrigavam, além dos *doentes mentais*, os demais marginalizados da sociedade, que igualmente perturbavam a ordem social, dentre os quais são citados os indigentes, velhos, desempregados, rebeldes e condenados que se encontravam então,

aleatoriamente misturados. A toda essa população tradicionalmente chamada de *os insensatos*, acrescenta-se aquela que foi ali colocada pela Revolução Francesa, os prisioneiros políticos, conforme descreve Foucault (1972).

Brito e Dimenstein (2008) definem o manicômio como uma *máquina manipuladora* produzindo práticas carregadas de parcialidade e acrescentam: *O manicômio é uma instituição total, isto é, instituições fechadas em regime de confinamento, responsáveis pela gestão total da vida de seus pacientes.*

Segundo Tenório (2002), os termos reforma e psiquiatria se tornaram parceiros na medida em que os reformadores da revolução francesa delegaram a Philippe Pinel a tarefa de humanizar os hospitais, onde pacientes e marginais dividiam o mesmo espaço. Ao inserir o estudo das doenças mentais nas escolas de medicina francesas, este psiquiatra francês, Philippe Pinel, tornou-se um dos representantes do movimento alienista, em decorrência dos conceitos que defendia.

Pinel considerava isolamento e clausura aspectos terapêuticos. A convivência mesclada de indivíduos considerados marginais e os portadores de distúrbios mentais deveria ser evitada, para que aos doentes fosse proporcionada atenção específica. O princípio de isolamento seria fundamental para a proteção do paciente, além de permitir o conhecimento da alienação em seu estado puro, sem interferências externas, sob a ótica clínica. O isolamento deveria ocorrer em locais adequados, nos manicômios, afastados dos locais onde aqueles indivíduos causavam problemas.

Para Foucault (1972), Pinel é descrito como o médico que introduziu nas escolas de medicina do século XVIII o estudo das doenças mentais, descrevendo a alienação como um conceito decorrente de um distúrbio de paixões que ocasiona agitação moral. Por ser indicado o isolamento, os doentes passaram a ser designados como “alienados”.

Giovanella et al. (2008) quando tratam da luta antimanicomial citam como referência a obra clássica de Machado de Assis, “O Alienista”, em que o autor elabora uma crítica ao modelo da então ciência psiquiátrica. A partir da leitura surge a questão em torno das considerações “estabelecidas” de normalidade, loucura e qual seria a relação entre ambas.

Tenório (2002) considera a reforma psiquiátrica, o processo histórico de formulação, crítica e prática, iniciada na segunda metade da década de 1970, tendo como marca distintiva o reclame pela cidadania do louco, apontando como risco da psiquiatrização do social, o fato de organizar espaços sociais comunitários, como forma preventiva do adoecimento. Para Tenório (2002), o termo Saúde Mental, criado por este senso comum, se contrapõe ao termo Doença Mental, na pressuposição que todas as doenças mentais são causadas por isolamento social.

Tenório (2002) afirma que a concepção de Saúde Mental implica em uma reação às estruturas do aparato institucional asilar psiquiátrico, ou seja, a negação da instituição total manicomial exclusivamente psiquiátrica. Negação essa pressuposta pela contestação, marcada por reações e concomitante proposição de abordagem abrangente, de base comunitária.

Segundo Delgado et al. (2007) muitas são as histórias que se perpetuaram até recentemente, proporcionando elementos suficientes incitando por avanços na atenção à Saúde Mental, ocasionando os diversos movimentos propulsores de uma reação em cadeia mundial.

Estes movimentos foram desencadeados a partir de 1978 por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, através de diversificadas áreas de luta, que denunciam a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mental (Delgado et al., 2007).

Os movimentos atuaram no sentido de substituir os hospitais psiquiátricos na medida em que criavam outras formas de assistência à Saúde Mental.

Isso porque o isolamento, reconhecidamente iatrogênico priva o portador de doenças mentais do direito ao convívio familiar, social, atividade produtiva, lazer, educação, enfim, todos os encantos e angústias vivenciados pelo homem considerado são.

Sendo assim, no intuito de estabelecer recortes para o trabalho, decide-se adotar no desenvolvimento deste estudo a expressão *luta antimanicomial*, pois entende-se que as alterações ocorridas no modelo manicomial clássico são advindas dos movimentos sociais que as motivaram.

O sentido conceitual do Antimanicomial surgiu no Brasil em 1987 em Bauru, por ocasião do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MSTM (Brasil, 2005).

Não obstante muitos conflitos permeados por agentes atuando numa arena, onde os interesses nem sempre são conciliáveis, os pressupostos de movimentos sociais comunitários foram legitimados, no decorrer do tempo, em decisões referendadas nos textos das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A sistematização das propostas decididas nas plenárias destas conferências é consubstanciada em princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece a diretriz oficial para a reestruturação da Saúde Mental.

Desta forma, considera-se como raciocínio hipotético o fato de que embora a eclosão de movimentos sociais acompanhada de atos normativos tenha ocasionado transformações no

cenário político e governamental ao longo de 30 anos, o processo de desinstitucionalização de pacientes asilares ainda enfrenta desafios, em decorrência da complexidade, em que são observadas diferentes instituições regidas pelos mais diversificados atores, agindo nos mais variados territórios em âmbito municipal, estadual ou federal.

Gonçalves e Sena (2001) distinguem como vertentes principais da reforma manicomial, a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam, acontecimentos gerados por pressões não apenas dos profissionais de saúde, mas de toda a sociedade.

Afirmam Gonçalves e Sena (2001) que o modelo da assistência antes predominante é atualmente considerado falido, pois propunha o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, à segurança da ordem e da moral pública.

O conhecimento da política adotada, por ser resultante de pressões da sociedade civil organizada, proporcionará o entendimento de seus reflexos, conseqüências e naturais modificações.

As respostas incitadas pelos movimentos sociais, diligenciando a construção de uma rede constituída por unidades de Saúde Mental em decorrência da falência do modelo tradicional manicomial vêm acompanhadas de tensões que poderiam estar interferindo em sua concretização, uma vez que as mudanças preconizam a diminuição dos hospitais psiquiátricos e a criação de um arranjo focado na assistência de base social e comunitária.

Partindo deste pressuposto a agenda de implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar pode não estar absorvendo todos os egressos do sistema clássico centrado exclusivamente nas internações hospitalares.

Desta forma, tornou-se substancial definir em que medida o provisionamento relacionado às capitais brasileiras concretizaram os dispositivos estabelecidos pelos normativos recomendados para efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, mediante implementação de um modelo assistencial de base social e comunitária, em quantidades adequadas à demanda por eles.

Com base neste questionamento foi adotado como objeto desse estudo a relação oferta/demanda dos serviços de Saúde Mental nas capitais brasileiras.

A importância desse estudo encontra-se no fato de que o modelo centrado na atenção hospitalar vigente no Brasil até a última década na história do tratamento de pessoas acometidas de transtornos mentais passou por transformações muito rápidas, completamente diferentes, diversificadas e complexas que necessitam ser assimiladas no contexto do Sistema Único de

Saúde (SUS), ao qual cabe garantir o aparato normativo e estrutural para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental.

Sendo assim, foi ressaltada a relevância de verificar a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde mental, em decorrência dos movimentos que os originaram e dos pressupostos normativos que os legitimam no âmbito do SUS, nas 27 capitais brasileiras.

2 Aspectos Metodológicos

Foi adotado como primeiro passo para a obtenção do objetivo a que nos propomos a realização de uma análise sobre a reforma manicomial em sua contextualização histórica, por meio de leitura e analogia de material bibliográfico, orientações técnicas, documentais, e recursos disponibilizados eletronicamente, de forma a angariar subsídios necessários para o desenvolvimento das etapas seguintes.

Considerando que a criação das diretrizes provenientes dos movimentos reformistas coube, sobretudo, à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, mediante concretização normativa e assistencial no SUS, foi adequado analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, conforme desempenhada por esse departamento, já que a execução da atenção em Saúde Mental está edificada segundo preceitos normativos.

A apropriação dos aspectos históricos à luz das normas que os regulamentam se constituiu no primeiro pilar edificado, fornecendo subsídios para o desenvolvimento dos passos posteriores, referentes ao levantamento e provisionamento das unidades substitutivas ao modelo centrado nas internações hospitalares.

Assim, foram descritos os aspectos históricos sobre o surgimento e o declínio do modelo asilar no Brasil, através de pesquisa literária a partir de fontes bibliográficas, exercendo estudo seletivo, analítico do material obtido.

A configuração dos movimentos sociais, primeiramente na Itália e depois nas outras partes do mundo, incluindo o Brasil, induziu o pensamento de que o tratamento à época adotado não era aceitável e que o isolamento e a internação em manicômios estariam agravando a condição dos pacientes. Em decorrência desse pensamento surgiram movimentos em escala mundial pressionando por mudanças concernentes aos atendimentos que deveriam ser prioritariamente ambulatoriais, evitando as internações prolongadas e valorizando a terapêutica através de centros comunitários, centros de convivências, enquanto o paciente deveria ser tratado como ser humano, cidadão dotado de direitos, não mais objeto de observação (Brasil, 2005).

A partir da apropriação destes elementos ficaram afiançados os subsídios para o desenvolvimento das etapas seguintes, viabilizando a demonstração dos modelos propostos no Brasil em substituição ao modelo asilar, à luz das normas que os regulamentam, e realizando a categorização de cada modalidade instituída conforme tais desígnios.

Para isso, foi necessário identificar os responsáveis pela criação das medidas legais e os executores das ações.

De forma que foi realizada a caracterização dos efeitos da reforma nas capitais brasileiras com rede hospitalar e ambulatorial, por meio do levantamento e análise da oferta de unidades estabelecidas como substitutivas do modelo centrado nas internações asilares.

Posteriormente, foi levantada a quantidade de leitos psiquiátricos e demais serviços de Saúde Mental nos municípios selecionados, tendo como fonte de pesquisa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Os dados obtidos foram compilados em tabelas de forma a simplificar a visualização e facilitar a interpretação.

As tabelas foram apresentadas nos Apêndices inseridos ao final deste trabalho para promover a visualização da rede de serviços em Saúde Mental em cada unidade da federação.

Iniciando por leitos psiquiátricos em hospitais especializados e posteriormente, leitos em Saúde Mental registrados em outros estabelecimentos hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em Hospitais Dia, concretizou-se o levantamento geral desta oferta nas 27 capitais, estando os resultados demonstrados em cada um dos Apêndices introduzidos ao final deste trabalho.

No Apêndice A foram descritas as populações de cada capital conforme estimativas do IBGE para 2018, já que parâmetros de cobertura assistencial consideram as necessidades de atendimento a determinada população, em determinado local e período (Brasil, 2017).

Nos Apêndices subsequentes, sejam os mesmos, B, C... até Z.d, foram demonstrados os dados obtidos atinentes a cada uma das capitais.

Além das capitais, outros municípios detêm concentração de leitos psiquiátricos, de acordo com os dados constantes do SCNES, considerando a abrangência de 2018, a exemplo de Barbacena/MG, com 681 leitos e Niterói/RJ, com 723 leitos. Ainda no Rio de Janeiro São Gonçalo aparece com 342 leitos. Franco da Rocha/SP aparece com 480 e Itapira/SP, com 817. No Paraná em Piraquara foram contabilizados 400 leitos. Em Goiás, Aparecida de Goiânia, com 508 leitos psiquiátricos em 2018, segundo dados informados no SCNES.

Mas a escolha com base na concentração de leitos eclipsaria a situação das regiões desprovidas de unidades de saúde mental, produzindo indesejável viés no formato e no objeto do estudo. É de se esperar que gestores resolvam, mediante pactuações, a questão de concentração de recursos em determinadas regiões, enquanto outras permaneçam desguarnecidas. Este procedimento é caracterizado pelo referenciamento das demandas procedentes das regiões adstritas desprovidas da oferta de leitos psiquiátricos.

Feito o levantamento focalizado nas capitais, foi desenvolvida análise relacionada à

interpretação dos dados obtidos, com a finalidade de distinguir até que ponto os serviços oferecidos nas referidas capitais são suficientes para atender à demanda, tendo como base as metas previstas para os indicadores definidos internacionalmente e nacionalmente nos parâmetros de cobertura instituídos pelo Ministério da Saúde, destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período previamente estabelecido (Brasil, 2018). Para os cálculos foram consideradas as populações, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2018.

Para conhecimento da relação demanda/oferta para equipes de Consultórios na Rua (eCR) foram utilizados os cálculos realizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) em que foi selecionada a faixa etária de 10 a 19 anos, segundo levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID, realizado em 2010.

Mediante o exposto, considera-se acertado informar como foram definidos os parâmetros empregados para subsidiar a quantificação dos serviços face à demanda por eles.

Em relação à oferta de leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, foi considerado o parâmetro de um leito para cada 23.000 habitantes, sugerido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017). Quanto à oferta de leitos em hospital psiquiátrico foi adotado o parâmetro de 0,45 leitos/1000 habitantes, abalizado pela Política Nacional de Saúde Mental, na intenção de subsidiar gestores à contratação de novos leitos.

A partir da quantificação de leitos psiquiátricos e de Saúde Mental, foi realizada a apreciação quantitativa do padrão de provisão dos serviços substitutivos no contexto das capitais brasileiras, ordenando os dados apresentados em tabelas de forma a propiciar comparação dos mesmos, com os escopos previstos nos movimentos sociais e conforme definição de metas previstas, dos critérios e parâmetros das ações e serviços de saúde, conferidas à direção nacional do SUS (Brasil, 1990).

Com base nessas informações, tendo conhecimento do conjunto filosófico, normativo e político que define a reforma manicomial no Brasil foi possível estabelecer conexão entre a oferta dos serviços e a demanda por eles.

Muitos são os desafios provenientes da tarefa de suprir a demanda por tratamentos substitutivos das longas internações que acabaram produzindo exclusão social e ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania, como afirmam Delgado et al., 2007.

Paralelamente, com a obtenção do referencial quantificado de serviços existentes, foram identificadas as normas que os regulamentam, sejam as mesmas emitidas pela SAS ou por

organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

Foi realizada análise da regulamentação da Saúde Mental no Ministério da Saúde e no Brasil, destacando as normas advindas como resultado das exigências que regem a efetivação da reforma, abrangendo as questões vinculadas ao estudo da legislação e dos atos administrativos federais no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental.

Após a identificação e processamento das informações estas foram comparadas aos parâmetros utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, em consideração à população de determinado local e período.

Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos, de caráter normativo, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde, oferecendo recomendações técnicas de cobertura, expressas em concentrações per capita desejadas para serviços de saúde (Brasil, 2017).

A incorporação dos elementos previstos nas etapas deste estudo facilitou a interpretação da relação entre oferta e demanda de serviços de Saúde Mental, relativizando quantidades de unidades inseridas na RAPS com as demandas estimadas para cada dispositivo implantado nas capitais brasileiras.

Foram acessados os dados constantes do SCNES procedendo-se ao levantamento de leitos psiquiátricos existentes nos hospitais especializados em psiquiatria e os leitos de Saúde Mental existentes nos hospitais gerais, Hospitais Dia e CAPS, nas 27 capitais brasileiras.

2.1 Justificativa

As capitais brasileiras são municípios que, além de populosos, têm concentração de demanda relativa a ações e serviços de Saúde Mental, haja vista que entre os municípios menores, poucos têm rede hospitalar manicomial e outras unidades focadas na atenção especializada nesta área.

No âmbito do SUS, as capitais são detentoras de responsabilidades que lhes são atribuídas mediante compromissos assumidos por meio de pactuações claramente explicitadas, tendo como objetivo a acessibilidade dos usuários, em consideração aos princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos na Lei nº. 8080/1990. Assumem a condição de polos de referenciamento da atenção, mediante arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão, como forma de garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2002).

Entende-se por referenciamento o ato de proporcionar acesso à rede de serviços, devidamente expresso nos instrumentos de pactuação que entre si assumem os entes públicos, gestores municipais, regionais e estaduais, cabendo aos Estados a delegação de compromissos e responsabilidades aos municípios de seus territórios.

Considera-se que o indicador de provisão descreve o quantitativo de estabelecimentos para a população-alvo de um serviço ou programa de saúde e que a provisão elevada de leitos em hospital psiquiátrico é indicativa de baixa implantação da agenda da reforma. Do mesmo modo, a disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospital geral e residências terapêuticas indica a aderência do SUS às diretrizes de desinstitucionalização.

Ressalte-se que o levantamento de provisionamento, levando-se em conta a criação de serviços de assistência extra-hospitalar, utilizando como fonte de pesquisa o SCNES comparado com a demanda original dos hospitais colônias asilares favoreceu o acréscimo de novos elementos ao estudo.

A escolha das capitais brasileiras justifica-se ainda pelas atribuições que lhes são conferidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002) segundo as quais cabe ao gestor estadual, na condição de representante do Estado, a alocação de serviços e recursos conforme definições efetivadas em Programação Pactuada e Integrada (PPI), que é o instrumento de gestão por meio do qual, com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR) se programam as ações a serem realizadas.

Ao gestor estadual cabe a responsabilidade quanto à funcionalidade da atenção à saúde, evitando superposição de recursos e ações, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços (Brasil, 2002). Caso seja necessário, tem a competência de delegar aos outros municípios, responsabilidades, compromissos em conformidade com os recursos próprios de seus territórios.

No PDR são distribuídas as responsabilidades de cada gestor do sistema, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio território, quer pelo encaminhamento a um município de referência, por intermédio de negociações entre gestores municipais, sempre mediadas pelo gestor estadual.

O PDR estabelece a divisão dos estados em microrregiões ou regiões de saúde subdivididas em módulos. Os módulos são compostos por um ou mais municípios e devem cobrir o primeiro nível de referência da média complexidade em saúde.

Em cada módulo deve existir um município-sede que deverá receber os usuários referenciados pelos componentes do módulo. Os municípios designados polos, receberão usuários referenciados por todos os municípios integrantes da respectiva microrregião ou região

de saúde para os serviços de maior complexidade, sob responsabilidade dos gestores estaduais (Brasil, 2002).

Os municípios polos são aqueles que, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), apresentem papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

De forma que o SUS se organiza em níveis de atenção para prestar assistência integral aos usuários, da qual deve constar o nível primário ou atenção básica e o nível secundário, compreendido pela média e alta complexidade.

Assim, as ações e procedimentos relativos à atenção básica empregam tecnologia de baixa intensidade e são desenvolvidos em ambulatórios. A média complexidade ambulatorial ou hospitalar emprega atenção especializada e recursos tecnológicos para apoio, diagnóstico e tratamento. Já a alta complexidade utiliza um conjunto de procedimentos e tecnologias de alto custo, de forma integrada aos demais níveis de atenção à saúde (Ministério da Saúde; CONASS, 2007).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), os leitos de Saúde Mental em hospitais gerais são componentes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, não podendo ser concebidos como pontos de atenção isolados. Isso porque a rede de atenção à Saúde Mental é parte integrante do SUS, organizada conforme Lei Orgânica de Saúde, promulgada na década de noventa (Brasil, 1990).

O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, e articulada com os vários níveis da atenção. Mas, é importante que a estes sejam acrescentados todos os recursos existentes na comunidade.

Sabe-se que a rede está constituída por serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico formando um conjunto concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. No entanto, em Saúde Mental, além da rede constituída, devem ser também articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades.

Sendo assim, a rede de atenção à Saúde Mental do SUS, deve ser definida como de base comunitária. Neste caso, para a construção desta rede deve-se considerar a atuação de um movimento constante, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais em uma integração por meio da qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico (Brasil, 2005).

O objetivo é promover o acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente em relação às intercorrências clínicas. A lógica das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) é diferente das internações em hospital psiquiátrico quanto aos valores e quanto à

permanência do usuário (Brasil, 2010). O acesso deve ser regulado a partir de critérios clínicos e as internações devem ser de curta duração, priorizando a superação da lógica asilar anteriormente realizada pelos Hospitais Psiquiátricos.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), são oferecidos incentivos adicionais ao valor das internações em hospitais psiquiátricos que não ultrapassem vinte dias. No entanto, as internações com estes requisitos não devem ultrapassar 10% do total dos leitos de cada hospital.

Os incentivos não são relativos às diárias pagas, mas adicionais a elas e podem ser utilizados para aquisição e instalação de equipamentos, adequação da área física e capacitação.

A somatória de leitos em hospital psiquiátricos é quantificada pelo SCNES, como leitos psiquiátricos, enquanto que os leitos em unidades conhecidas como substitutivas ao modelo hospitalar, tais como Hospital Dia, CAPS e Hospital Geral, são referidos como leitos em Saúde Mental.

Para ambas as modalidades, seja de leitos em Saúde Mental ou leitos em psiquiatria, são emitidas AIHs, remuneradas conforme escopos da Política Nacional de Saúde Mental, processadas pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e estão sujeitas a normas rígidas, processadas por sistemas regulatórios acionados por críticas a eventuais falhas às normas instituídas.

O Ministério da Saúde institui critérios para remuneração das AIHs emitidas para tratamento em unidades de atenção à Saúde Mental, estabelecendo que sejam previamente habilitadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Os leitos psiquiátricos em hospital geral são de retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalares e de urgência. O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos (Brasil, 2010).

3 Considerações Teóricas

Dentro do referencial respectivo ao trabalho desenvolvido, tornou-se imprescindível citar categorias relevantes à sustentação e análise dos dados, quais sejam: Oferta de Serviços; Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção à Saúde Mental.

3.1 Oferta de Serviços

No Brasil, as três últimas décadas foram marcadas por importantes transformações na oferta de serviços de saúde.

Antes da criação do SUS a assistência era individual, especializada, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, direcionada a todos os indivíduos inseridos no mercado formal. Aos demais, restava a assistência nos hospitais universitários ou filantrópicos.

A partir de 1988, a Constituição Federal inseriu em sua estrutura o Artigo 196 que definiu a saúde como direito social, extensivo a todos: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Em 1990 foi publicada a Lei Orgânica da Saúde que instituiu, entre outros, o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, substanciando o processo de universalização da atenção, a ser gradativamente construído.

Para cumprir a obrigação constitucional de assegurar assistência à população, Estados e municípios devem prestar serviços de forma direta ou indireta, inclusive mediante a participação complementar da iniciativa privada (Brasil, 1990).

Portanto, no Brasil a saúde é um direito constitucional, de relevância pública, garantido mediante políticas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) o acesso aos serviços de saúde está relativizado sob a ótica da demanda e oferta, afiançando a seguinte acepção para ambos:

Demanda: Quantidade de um bem ou serviço que os indivíduos desejam adquirir.

Oferta: Bem ou serviço disponibilizado no mercado em determinadas quantidades e preços que os ofertantes se dispõem a produzir e vender.

A oferta de saúde deve estar pautada no atendimento integral e descentralizado, priorizando as ações preventivas, sem deixar de atender também aos serviços assistenciais (Brasil, 1988).

Conforme observa Mendes (2011) *Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias.*

Segundo Mendes (2010) a saúde dos brasileiros deve ser considerada segundo aspectos demográficos e epidemiológicos. Desta forma, serão consideradas as condições de saúde de uma população antes de traçar o arranjo organizacional de uma rede a ser constituída.

A oferta de serviços deve estar organizada a partir de critérios e fluxos previamente definidos, pactuados por cada ente federativo, levando em consideração a própria população e a de outros municípios. Deve estar necessariamente expressa nos chamados instrumentos de gestão, Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão (Brasil, 2002).

3.2 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes complexidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Os aspectos fundamentais para assegurar a resolutividade são qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Além disso, ressalta-se a diversidade de contextos salientados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017), com marcantes diferenças regionais e pressões do mercado privado, produzindo fragmentação de serviços.

Mendes (2011) considera que a população brasileira passa por uma transição demográfica, em que permanecem as taxas de fertilidade ao mesmo tempo em que cresce o percentual de pessoas maiores de 65 anos, e espera-se que em 2050 já esteja superando o número de jovens.

O envelhecimento populacional traz uma carga de doenças crônicas, simultânea à carga de doenças transmissíveis. Do ponto de vista epidemiológico Mendes (2011) alega que a organização de sistemas de saúde, deve oferecer compatibilidade entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde.

De modo que as respostas às necessidades populacionais devem atentar para as transformações causadas por uma expressiva transição demográfica causada pelo envelhecimento da população. O envelhecimento da população é um fenômeno recente,

ocasionado por melhores condições de vida, suscitando aumento na expectativa de vida e incitando constantes alterações nas políticas públicas de saúde.

Ainda que seja um aspecto positivo, o envelhecimento da população transforma o quadro relativo às necessidades da população.

Assim, ocorre que, às características vivenciadas por condições de doenças agudas e eventos ocasionados por causas externas, acrescenta-se a ocorrência de desenvolvimento das doenças crônicas, causadas pelo envelhecimento da população, acarretando tripla carga de doenças, conforme observa Mendes (2011). A essa condição soma-se ainda o fato de ser o SUS um sistema ainda fragmentado, voltado prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas.

Esta circunstância determina que os arranjos organizacionais estabelecidos para o cumprimento da integralidade e universalidade ocorram mediante pactuações em que sejam definidas as quantidades de ações a serem desenvolvidas em determinado território e efetuados os pactos intergestores de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde em conformidade com as necessidades observadas.

A adequada configuração das redes de atenção à saúde deve acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e a ascensão das condições crônicas para manter coerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, conforme normatiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

3.3 Rede de Atenção à Saúde Mental

Com a implantação da agenda da reforma manicomial, surgiram outras soluções com terapêuticas mais completas, abrangendo necessidades mais complexas, relacionadas ao lazer, cultura, artesanato, atividade física, educação, vida laboral, convívio social.

O Ministério da Saúde (2018) entende que a rede de serviços voltados para a atenção à Saúde Mental necessariamente se compõe de diferentes graus de complexidade, capazes de corresponder às necessidades de integração, participação social, autonomia e que seja acessível, eficaz, resolutiva e humanizada.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2017), é organizada de forma a manter articulação com os outros níveis da atenção, nestes incluindo desde a atenção primária até os serviços de nível secundário, com funcionamento 24 horas, que prestem assistência de urgência e emergência, de forma multiprofissional e intersetorial.

Desta forma, estão incluídas na RAPS as unidades de atenção básica às quais estão vinculados os Consultórios na Rua e os Centros de Convivência.

Também estão inclusos na RAPS os CAPS nas suas diversas modalidades com acolhimento adulto e infantil, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Hospital Dia, Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos.

O CNS (Brasil, 2017) mantém o embargo à ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária, extra-hospitalar.

Entre os novos dispositivos, considerados de base social comunitária encontram-se os CAPS, que se constituem como modelo alternativo estratégico fundamentado no trabalho em equipe interdisciplinar, com atuação no território e intersetorialidade entre as diferentes políticas públicas, preservando-se as referências familiares, culturais e históricas do sujeito (Brasil, 1992).

Hospital-Dia é a unidade de tratamento se constituindo em assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente por um período máximo de 12 horas. O hospital dia deve situar-se em área específica ao próprio funcionamento, independente da estrutura hospitalar, atuar de forma regionalizada, atendendo a uma população de uma área geográfica definida. Desta forma, ao término da jornada, o paciente retorna ao seu lar e mantém a sua integração na comunidade em que convive (Brasil, 1992).

Os ambulatórios de Saúde Mental são regulamentados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1992) e são especialmente necessários em municípios maiores que possuem demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes servem de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves. O atendimento em Saúde Mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais. Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial são estabelecidas pelo órgão gestor local.

Os SRTs são dispositivos também estratégicos, que têm por finalidade proporcionar moradia aos que perderam os vínculos familiares. Não são considerados serviços de saúde, mas ambientes para viver, morar e que devem estar articulados com a rede de atenção psicossocial, proporcionando assim suporte na reabilitação psicossocial (Brasil, 2004).

4 A Luta Antimanicomial: surgimento e declínio do modelo asilar.

Em 1960 teve início uma crítica radical ao tratamento das instituições psiquiátricas, incitada por um psiquiatra italiano, Franco Basaglia, que por meio do Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, propunha a negação da instituição psiquiátrica, do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder constituídos em torno do paradigma clínico, como afirma Gentil (1999).

A força do movimento da chamada reforma psiquiátrica levou à aprovação da Lei Italiana nº. 180 ou Lei Basaglia, no ano de 1978. Esta Lei definia que a partir daquele momento, o cuidado, a escuta, a participação, a solidariedade, passariam a compor o campo das ações em busca de novas políticas públicas de Saúde Mental na Itália, o que favoreceu repercussões mundiais.

A partir da Lei Basaglia, o chamado Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO) seria estabelecido por decreto do prefeito, na sua qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer de um médico, devendo ser acompanhada de iniciativas voltadas a assegurar o consenso e a participação de quem fosse a este submetido (Itália, 1978).

Basaglia e seus seguidores propunham a negação da instituição psiquiátrica.

Segundo Lòpez (2008) vários hospitais, países e culturas reivindicam o privilégio de ser o primeiro a prestar atendimento a pessoas que sofrem doenças mentais.

Lòpez (2008) distingue um hospital geral com caráter de albergue para pobres, fundado em 1.410 por Frei Jofré, em Valência, na Espanha. Este modelo de organização, espalhou-se através de toda a Península Ibérica durante o século 15 e posteriormente, para todos os países de língua espanhola. Durante séculos, estes estabelecimentos foram considerados exemplares e foram copiados em outros países europeus.

No Brasil, Filho e Lemos (2012) destacam o primeiro hospital fundado pelo Imperador Pedro II, mediante concepção do Decreto nº. 82, de 18/07/1841, mas inaugurado somente dez anos mais tarde em 08/12/1852, vinculando-o a uma Santa Casa de Misericórdia, sob direção de religiosas, o que desagradou à classe médica, pois não fora construído segundo as terapêuticas então modernas de alienação mental.

Moura, 2018 destaca que o estado de abandono em que se encontravam as pessoas suscitou a reação de médicos, que se engajaram em campanhas pela criação de um estabelecimento para o tratamento dos *alienados*, sob o argumento de que a Santa Casa não estava organizada para promover a cura desses indivíduos. O apelo foi atendido pelo Império

com a construção do Hospício de Alienados Pedro II, primeiro asilo brasileiro para essa categoria de doentes.

O imperador Dom Pedro II promulgou decreto autorizando a construção do hospício em julho de 1841. O Hospício Pedro II, também chamado de *Palácio dos Loucos*, abriu suas portas em dezembro de 1852, como aponta Moura (2018).

Somente em 1.890, o à época denominado hospício de Dom Pedro II passou à direção de médicos e abriu caminhos para muitos outros similares segundo Filho e Lemos (2012).

Com a posterior instauração das chamadas colônias agrícolas, que passaram a existir em todos os estados da federação, eram internadas milhares de pessoas com problemas mentais, chegando a quinze mil internos somente na Colônia Juqueri, localizada em Franco da Rocha, região metropolitana de São Paulo, como destacam Giovanella et al. (2008).

A colonização nas instituições totais é caracterizada por Goffman (1961) quando ocorre que o pouco do mundo externo que é dado pelo estabelecimento é considerado pelo internado como o todo, a única existência estável, relativamente satisfatória. E às características dadas se conforma, diminuindo a tensão entre o mundo, como lhe parece e o mundo que poderia pretender, se dele tomasse conhecimento.

O fenômeno da colonização das pessoas acometidas de distúrbios mentais suscitou o modelo asilar, que vigorou no Brasil até recentemente. Desde então, outro fato que colaborou em grande escala para o crescimento da oferta de leitos psiquiátricos, foi a privatização da assistência médica da Previdência Social, pois conforme Giovanella et al. (2008) havia 78.278 leitos em 1978, sendo 22.608 públicos e 55. 670 privados.

Giovanella et al. (2008), descrevem que até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos Institutos de Aposentadorias - IAPs, em quantidades insuficientes para atendimento de todos aqueles com direitos à assistência, caracterizada pelo vínculo empregatício de trabalhadores e respectivos familiares. Desta forma, foram contratados hospitais, laboratórios e ambulatórios, como serviços terceirizados para prestar assistência a todos os seu beneficiários. O Instituto Nacional de Previdência Social - INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro e contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento da oferta de leitos psiquiátricos.

Como elucidam Giovanella et al. (2008), no Brasil o processo da luta antimanicomial teve início no contexto da redemocratização nacional, e de luta contra a ditadura militar.

Alguns eventos históricos, como as bombas implantadas nas sedes da Associação Brasileira de Imprensa e da Ordem dos Advogados do Brasil, além dos assassinatos de

dissidentes políticos, fizeram surgir uma forte militância política, o que ocorreu também na área da saúde.

Em 1978 ocorreu a formação de um grupo denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, constituído por profissionais e familiares dos doentes mentais, além de sindicalistas e pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas.

Este grupo protagonizou o início de luta por direitos sociais, denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura por meio da hegemonia de uma rede privada de assistência, questionando a prerrogativa dos manicômios e hospitais psiquiátricos como únicas formas de tratamento (Brasil, 2005). Denunciava que as vítimas dos hospitais eram não somente os pacientes, mas também, alguns presos políticos da ditadura militar. Foi também precursor da crítica ao chamado saber psiquiátrico como único capaz de abordar uma questão de complexidade reconhecidamente multiprofissional (Brasil, 2006).

Já Filho e Lemos (2012) creditam como marco do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, fato ocorrido em 1978, quando trabalhadores de quatro unidades psiquiátricas do Rio de Janeiro entram em greve fazendo sérias denúncias a respeito da precariedade das condições de internação e trabalho naqueles hospitais.

Delgado et al. (2007) relatam que da Colônia Juliano Moreira, instituição asilar do Rio de Janeiro, com mais de 2.000 internos surgiram os primeiros protestos direcionados a uma reorientação da assistência.

Para Filho e Lemos (2012) esse foi o episódio que gerou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, iniciado em 1978, que culminou com o surgimento do Manifesto de Bauru, com a legenda 'Por uma Sociedade sem Manicômios'. Desde então, o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, conforme relatam Filho e Lemos (2012).

Organizado em vários estados, o Movimento se expandiu para uma articulação nacional, de forma a se aparelhar afetiva e sistematicamente por meio da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, ligados ao movimento popular e sindical Contra a Mercantilização da Doença, como apontam Filho e Lemos (2012).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005).

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.

Infere-se que tais aspectos desencadearam de forma expressiva a insurreição social para enfrentamento e luta pelos direitos de cidadania dos doentes mentais.

À luta foram incorporados aspectos organizacionais lógicos, com participação de todos os trabalhadores agenciando direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Sobreveio a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986, no período denominado Nova República, iniciado com a eleição indireta do primeiro cidadão civil presidente da república, após o chamado Golpe Militar de 1964.

Com a criação do SUS, a partir de 1988, são definidas as bases institucionais para a implantação das novas políticas de saúde, entre as quais a de Saúde Mental.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional ao projeto de lei que propõe a extinção progressiva dos manicômios no país e a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. O seu projeto contribuiu para o fortalecimento, impulsionando movimentos sociais em favor de uma reforma atinente à Saúde Mental.

A atenção deveria se voltar às estruturas comunitárias mais flexíveis e contextualizadas com as áreas de educação, cultura, seguridade social, justiça, possibilitando-se intervir de maneira abrangente, individual e humanizada, de acordo com a complexidade e intensidade da questão. Porém acabou sendo vetado no Congresso e seu substitutivo levou 12 anos para ser aprovado.

Mas, depois de 12 anos tramitando no congresso, o Projeto de Lei nº. 3.657, que dera origem a um substitutivo, foi então sancionada a Lei Federal nº. 10.216, de 2001 (Lei Paulo Delgado), com algumas modificações: não foi deliberada a extinção ou a proibição da construção de novos manicômios, tal como era a intenção inicial.

Gentil (1999), tratando da Lei Paulo Delgado, 10.216 considera que foram apontados erros conceituais e de técnica legislativa como a ‘inconstitucionalidade por vício de iniciativa’, ao impor atribuições ao Poder Executivo Estadual, adjudicar inconstitucionalmente o status de autoridade judiciária à defensoria pública e considerar todas as internações não voluntárias como compulsórias.

Para Gentil (1999) são percebidos conflitos ideológicos e econômicos. Os ideológicos se estabelecem entre a área médica e a saúde pública, sendo a saúde pública mais ampla, coletiva e holística.

Gentil (1999) considera quanto à questão econômica que a extinção dos manicômios viabilizaria financeiramente o desenvolvimento de outro modelo descentralizado, com formas alternativas, mais eficazes, mais humanas e menos dispendiosas.

Desde sempre o atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, enquanto outras regiões permaneceram sem qualquer assistência, o que se pode verificar no banco de dados DATASUS.

Neste ínterim a OPAS (1990) e as Diretrizes extraídas da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), foram importantes guias para a reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil. A Declaração de Caracas foi especialmente relevante porque adotada por vários Estados-membros OMS, sustentava que o tratamento exclusivamente hospitalar insula o paciente, privando-o de seu ambiente familiar e colocando em risco o direito natural do ser humano ao convívio social.

Propunha que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a reestruturação da assistência psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. Para o que, solicitam aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica assegurando assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região (OPAS, 1990).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 2001, logo após a promulgação da Lei 10.216, com a participação de cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, representantes dos movimentos sociais e profissionais de saúde.

Estes diversos atores sociais deliberaram pela pactuação dos princípios, diretrizes e estratégias para a reforma psiquiátrica como política de governo, fornecendo os substratos políticos e teóricos para a Política de Saúde Mental no Brasil.

As conferências anteriores são descritas no trabalho desenvolvido por Filho e Lemos (2012), no qual são comentadas as questões deliberadas em cada conferência de Saúde Mental, sendo: A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em junho de 1987 e adotou

como temas: ‘Economia, Sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental’; ‘Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental’; ‘Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental’. A segunda ocorreu em dezembro de 1992 e tratou do tema ‘Atenção integral e cidadania’. Já a terceira, que teve lugar em 2001, desenvolveu a questão: ‘Cuidar sim, excluir não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social’.

A quarta aconteceu em 2010 e foi a primeira em caráter intersetorial, teve como tema: ‘Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios’.

Ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à SAS por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática - Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas coube a incumbência de concretizar os resultados das conferências consubstanciando-as em resoluções, portarias e notas técnicas.

Como resultado da política de reforma, até 2002, conforme afirma Tenório (2002), foram desativados 57 hospitais psiquiátricos, diminuindo de 313 para 256.

O número de leitos psiquiátricos caiu neste mesmo período de 85 mil, para 65 mil, na medida em que eram instituídos os modelos de unidades substitutivas.

Em 2014 são contabilizados no SCNES 28.281 leitos psiquiátricos pelo SUS em todo o território nacional (DATASUS, 2014). Em 2019 constam 32.371 leitos psiquiátricos, dos quais 21.068 são destinados ao SUS (DATASUS, 2019).

Este redirecionamento do modelo assistencial é caracterizado pelas políticas adotadas, cabendo ao Estado e à participação social a reprodução das circunstâncias em que serão assegurados os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, razão que nos conduziu ao estudo exposto no capítulo seguinte, sobre a incorporação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, representada por normas regulamentadoras dos modelos propostos em substituição ao modelo asilar.

5 Modelos propostos em substituição ao asilar à luz das normas que os regulamentam

A efetivação deste capítulo se tornou necessária, especialmente em decorrência da experiência tida como assistente social no Departamento Nacional de Auditoria do SUS, onde são consideradas as normativas constituídas na emissão de relatórios e pareceres, em resposta às demandas na área da saúde, quando a qualidade da assistência nem sempre corresponde ao que está determinado, transformando em desperdício o volume de recursos investidos.

Em 2001, depois de 12 anos tramitando no congresso, o Projeto de Lei nº. 3.657, foi então sancionado com algumas modificações, dando origem à Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, quando foi instituído um novo modelo de tratamento, que privilegia serviços de base comunitária, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

As principais diferenças entre as proposições iniciais do Projeto de Lei nº. 3.657/89 e a Lei Federal nº. 10.216, de 2001 são as demonstradas a seguir:

Projeto de Lei nº. 3.657 de 1989, autoria Paulo Delgado:

Ementa: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. ”

Artigo 1º: Fica proibido em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto da Lei estadual.

Lei 10.216 de 2001 (Paulo Delgado):

Ementa: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental”.

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

Assim, para os leitos psiquiátricos, fossem os mesmos asilares ou não, a Lei Federal nº. 10.216, de 2001 não estabeleceu mecanismos claros para a sua progressiva extinção ainda que

refletisse o clamor da sociedade, tampouco definiu prazos nem critérios explícitos de remanejamento das pessoas, por se tratarem de seres humanos, com raízes já estabelecidas na institucionalização. E por se tratarem de seres humanos, já têm esses direitos garantidos no Artigo 5º. da Constituição Federal: *Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)*

A indefinição dos processos de redução de leitos e de inserção dos pacientes nas modalidades alternativas ao modelo centrado nas internações hospitalares dificulta a implementação das diretrizes propostas pelos movimentos reformistas.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2017) constituiu no âmbito do SUS o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”, determinando à SAS a concretização normativa e assistencial, que promove a estruturação, organização e acompanhamento das ações assistenciais da Saúde Mental.

Mas, a despeito de avanços importantes descritos no capítulo anterior, ainda são observadas lacunas normativas, que parecem conduzir a digressões ineficazes à consolidação de uma Política Nacional de Saúde Mental, conveniente às aspirações pretendidas. Esta afirmativa está respaldada na própria legislação, que ao determinar critérios normativos, muitos deles satisfatórios, ora se apresenta insuficiente, ora se contrapõe em alguns aspectos, como delineamos neste estudo.

Ainda que movimentos sociais tenham incitado importantes decisões políticas, são percebidas características idiossincráticas quanto às soluções apresentadas. Isso porque os espaços decisórios são carregados de interesses adversos, já referidos no capítulo anterior.

No momento em que foi instituído, o SUS já encontrou na sociedade uma segmentação que atravancava a universalidade da atenção, já que parte dessa sociedade tinha sido absorvida por formas privadas da assistência à saúde. Os próprios sistemas públicos legitimaram esta dualidade ao admitir o setor privado como alternativa para alcançar a pleiteada universalidade a que se propõe, como declara Menicucci (2004).

Ao buscar transformações isentas da histórica clivagem consistida pela ligação consuetudinária do setor privado em relação ao setor público, sem capilaridade para cooptar desenvolvimento apropriado, as políticas implantadas esbarram neste sólido embaraço.

São três as hipóteses atribuídas por Menicucci (2004) para a expansão do setor privado na saúde pública:

1º. - o paradoxo de admitir e regulamentar os planos de saúde privados para os que têm capacidade de compra.

2º. - ausência de financiamento adequado em decorrência de crise econômica e da restrição de gastos públicos.

3º. – ao reformular as políticas, o Estado se afasta, imputando ao setor privado esta prerrogativa (Menicucci, 2004).

Assim, a autora comenta que:

Na medida em que os interesses dos prestadores se fazem valer no espaço burocrático, capturado pelos interesses privados mediante potentes anéis burocráticos, o governo não conseguiu desenvolver sua capacidade reguladora, o que reforçou os efeitos de feedback do modelo da política e fez com que a lógica de atuação pública fosse submetida à lógica dos interesses privados (Menicucci, 2004, p 31).

E dentro desse raciocínio prossegue afirmando que a privatização transformou o direito à saúde e à cidadania em mercadoria com dupla necessidade: favorecer as políticas de ajuste e impulsionar a mercantilização, tendo eventualmente, como regra de ouro, a rentabilidade.

Nesta perspectiva, observa-se que ao setor público, representado pelo SUS, cabe a cobertura da população carente, sem possibilidade de assumir os dispêndios característicos do setor privado, baseados no comportamento do mercado.

Embora muitas das normatizações estejam direcionadas exclusivamente ao setor público, estes efeitos parecem semelhantes ao desempenho do setor privado, que de uma forma ou outra, percebeu a necessidade de se adequar à pressão imposta pela legislação.

A Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080, de 1990 estabelece:

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (Brasil, 1990).

Convém observar que, no que diz respeito à assistência psiquiátrica, a oferta do atendimento foi predominantemente hospitalar e sempre se concentrou nas regiões de maior desenvolvimento econômico do país, enquanto tantas outras localidades permaneceram desprovidas de qualquer recurso em Saúde Mental. E foi em torno destas regiões de maior concentração hospitalar, que a reforma se instalou.

Em substituição ao modelo clássico hospitalar, surgem CAPS, SRTs, Consultórios na Rua, Hospitais-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, além da incorporação de ações de Saúde Mental na atenção básica.

Os CAPS são assim definidos: *...unidades de saúde loco/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou mais turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Brasil, 2002, p. 2).*

Desta forma, estas unidades poderão constituir-se por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, atendendo a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Brasil, 2017).

São distribuídos nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPS AD, CAPS AD III, estes destinados aos usuários de álcool e outras drogas, para funcionamento 24 horas e com leitos de suporte. Os CAPSi são destinados à clientela infanto-juvenil. OS CAPS I, II, III são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e são destinados ao público adulto.

Mas a legislação comete um tropeço ao estabelecer ideias antagônicas na mesma portaria quando regulamenta que os CAPS só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Entretanto, no único parágrafo do mesmo artigo expõe que os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria (Brasil, 2017).

A reprodução de ideias antagônicas pode causar oportunas censuras à já fragilizada Política Nacional de Saúde Mental.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aponta que alguns governos latino-americanos "se limitam ao fechamento das instituições com o propósito de reduzir os investimentos em Saúde Mental, lançando às ruas, pessoas com sofrimento mental para as quais não se criaram as redes assistenciais necessárias, nem as condições comunitárias que facilitem sua reinserção social" (ABP, 2000).

Segundo a ABP (2006) a reforma substituiu o sistema centrado nas internações manicomiais obsoletas por um sistema *Capscêntrico*, que tem como foco a situação social do paciente e não a sua enfermidade e se baseia na ideia de que os profissionais dos serviços de

base comunitária pensam que o padecimento do paciente é apenas uma situação social. Para o autor, pacientes inscritos nos CAPS permanecem em tratamento, ocupando esta vaga por tempo indeterminado, se reportando ao tão censurado tratamento de longa permanência e de cronificação do sistema hospitalar.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico Brasil. 2017. Isto revela a circunscrição do tratamento em CAPS, que além da abordagem terapêutica, evita o insulamento e a clausura, fortemente consistida pelo modelo asilar. Além disso, é preciso assinalar que crônica é a doença e não o tratamento em CAPS. Se a recorrência de crises demanda tratamento, os CAPS proporcionam a estabilização sem isolar o paciente de seu convívio social e familiar.

No domínio dos CAPS ainda é indicada atenção especial aos povos indígenas, em decorrência de suas características de vulnerabilidade, suas especificidades étnicas, incluindo a disponibilização de alojamento de internação individualizado. São previstas portas de entradas diferenciadas, considerando o elevado risco imunológico desses povos, especialmente nos casos em que desenvolvam dependência etílica ou por outras drogas, incluindo tendência ao suicídio (Brasil, 2017). Para tanto o Ministério da Saúde (Brasil, 2018) cria incentivos especiais aos municípios que se apropriarem dos requisitos necessários a este atendimento diferenciado.

Na busca constante de programar modelos alternativos, que possibilitem a mudança do paradigma hospitalar, é instituído o Programa de Volta para Casa, em conformidade com a Lei nº. 10.708, de 31 de julho 2003, que regulamentou o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de longas internações.

Então se verificou que, para cadastramento no programa, era exigida documentação mínima, como Certidão de Nascimento ou Cédula de Identidade. A grande maioria de pacientes potenciais beneficiários, sendo provenientes de longas internações em hospitais psiquiátricos, com longo histórico de isolamento, exclusão, sem exercício da cidadania, muitas vezes acolhidos na rua, sem sequer saber seus nomes, não possuem a documentação pessoal mínima para o cadastramento no programa, permanecendo abrigados por tempo indeterminado.

Visando minimizar esta dificuldade, o Ministério da Saúde publicou normas para funcionamento SRT, antes denominados “Lares Abrigados”, para absorção dos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuíam suporte social e familiar. Para cada paciente inserido no SRT, se extinguiria o leito psiquiátrico correspondente, como está delineado na legislação:

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o

Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em Saúde Mental (Brasil, 2017, p. 257).

Mas não se sabe até que ponto os serviços criados foram suficientes para inserir nesta modalidade todos os pacientes categorizados como institucionalizados nos hospitais psiquiátricos. A Residência Terapêutica acolhe moradores que estarão responsáveis por tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do convívio entre si e terão prioridade de assistência nos CAPS e equipes de saúde da família, conforme a lógica territorial, assim como lhes será salvaguardada a cidadania com readaptação à vida em sociedade. Contudo, não há um levantamento atualizado de quantos sejam os pacientes redistribuídos para os SRT, havendo a suposição de que muitos permanecem à espera que tais serviços sejam criados.

Vieira e Monteiro (2009, p. 47) ponderam que:

No Brasil, o número de SRTs até dezembro de 2010 chegou a 570 em funcionamento e 183 ainda em estágio de implantação, totalizando cerca de 753 SRTs e 3.091 moradores nesses serviços em todo o país. Ainda no mesmo período, em relação aos leitos hospitalares no Brasil, houve redução de 44 mil para 32.735 leitos, no período de 2005 a 2010. De acordo com Ministério da Saúde 30% desses leitos é ocupado pela população cronicada, tendo-se, a partir disso, uma clientela potencial de 9.820 moradores para novos SRTs.

Assim, conforme distinguem Vieira e Monteiro (2009, p. 47), considerando a realidade atual de oito moradores em média por SRT é possível estimar a demanda de aproximadamente mais 1.227 moradias para desinstitucionalizar o número de pacientes crônicos, somadas às 753 já existentes. A oferta disponível corresponde a 38% do necessário.

Entretanto é preciso considerar que os SRTs são destinados não apenas aos cronicados, mas especialmente aos que perderam o vínculo familiar, tornando inexecutável esta quantificação, pois as questões de distanciamento familiares nem sempre são admitidas.

O Ministério da Saúde estabelece que os SRT sejam constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, e devem acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia (Brasil, 2017). Os do Tipo I são destinados àqueles com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com acolhimento para até oito pessoas. Os do Tipo II é a modalidade de moradia destinada a pessoas que, além do transtorno mental, são também portadoras de evidente nível de dependência, com comprometimento

físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos. Este tipo de SRT deve acolher até dez moradores (Brasil, 2017).

Além dos SRT Tipo I e II é prevista pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012) a modalidade de caráter transitório Unidade de Atenção em Regime Residencial (Brasil, 2017), que se refere ao credenciamento de estabelecimento de saúde ou comunidade terapêutica, que presta serviço de atenção em regime residencial, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Mas não são definidas as circunstâncias em que os egressos de hospitais de custódia podem ingressar nos SRT se tiverem vínculos familiares, nem por quais instâncias deveriam ser submetidas as apreciações de cada situação.

Para fins desta legislação (Portaria Consolidada nº. 3/2017, que tem por origem a Portaria 106/2000, p. 257), será considerada internação de longa permanência a que for equivalente a dois anos ou mais, ininterruptos.

Entretanto o Ministério da Saúde, em outra portaria (Portaria Consolidada nº. 3/2017, que tem por origem a Portaria 3088/2011, Artigo 11, p. 251), estabelece que moradores são aqueles que não tendo qualquer referência familiar ou social, permaneçam internados ininterruptamente, por mais de um ano, definindo assim, em cada portaria, para uma só circunstância, critérios dessemelhantes.

O Inciso I do Artigo 83º da Portaria Consolidada nº. 3/2017 estabelece que os SRTs sejam exclusivamente de caráter público, vedando à iniciativa privada a prerrogativa de instalação deste tipo de serviço, com financiamento público, em contraposição ao Artigo 199 da Constituição Federal, o qual estabelece que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, enquanto que este preceito também está estabelecido na Lei Orgânica de Saúde em seu Artigo 21.

Nesse aspecto, são observadas fragilidades e desarticulação na execução das políticas de desintitucionalização gerando estrangulamento estrutural, inviabilizando uma reforma resolutiva e ágil, consentânea com os interesses dos usuários, como pretendem as demandas sociais e principalmente, favorável aos críticos que tentam desestabilizá-la, sempre que encontram oportunidade.

Estimativas da OMS (2001) sugerem que no mundo, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou comportamentais.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, ONU (2001) entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. Esse número

representa 12% da carga mundial de doenças, embora os investimentos nessa área sejam menos de 1% dos gastos em saúde pública.

Diante dessa situação, apenas uma pequena minoria das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos recebe algum tipo de tratamento. A OMS (2001) defende que haja menos investimentos em internações psiquiátricas, transferindo estes recursos para as modalidades substitutivas.

Estima-se que 3% da população geral mundial sofram com transtornos mentais severos e persistentes, enquanto 6% da população apresentem transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas (OMS, 2001).

São contabilizados para financiamento pelo Ministério da Saúde os leitos psiquiátricos localizados em hospitais gerais, CAPS e hospital dia.

De acordo com elucidações apresentadas por Lancman (1997), em 1990 havia 95.506 leitos psiquiátricos em todo o território nacional. A estes dados não estão incluídas as possíveis subnotificações, pois, por ser estigmatizante, podem ocorrer dissonâncias entre doença percebida e/ou declarada e doença diagnosticada/informada.

O Artigo 1º. da Declaração Universal dos Direitos Humanos institui que *Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos*. E assim, espera-se que sejam constituídos os preceitos e diretrizes das políticas a serem implementadas em consonância com os fundamentos da reforma aspirada.

Outro aspecto a ser avaliado diz respeito aos manicômios judiciais, que se constituem no grande desafio da luta antimanicomial, pois agrega violência e crime ao espaço que já se caracteriza como excludente.

Estima-se que 4.000 cidadãos brasileiros estejam hoje internados compulsoriamente nos 19 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em funcionamento no país (Caracas, 2005).

A estes não estão incluídos os pacientes internados em outros hospitais psiquiátricos, pois é desconhecido o levantamento de quantos são os pacientes internados compulsoriamente por determinação da justiça, por terem cometido crimes e considerados inimputáveis, por diagnóstico psiquiátrico.

Os manicômios judiciais são mantidos por órgãos da Justiça e não estão sujeitos às normas de funcionamento da Política Nacional de Saúde Mental do SUS, salvo algumas exceções de manicômios judiciais no Rio de Janeiro, estes sim, funcionando intersetorialmente com controles e financiamento dos Ministérios da Justiça e da Saúde.

Para a justiça brasileira as pessoas com desordens mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis, às quais não se pode atribuir pena, por causa de sua condição (Brasil, 1941).

Mas, por medida de segurança para elas próprias e para a sociedade, são submetidas a tratamento compulsório, cuja principal consequência é a internação por tempo indefinido, senão infinito. Mas existem discussões ainda rudimentares no sentido de tratar o paciente infrator nas modalidades assistenciais alternativas.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2017) instituiu no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Está prevista ainda nesta legislação a desinstitucionalização progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, de forma articulada às equipes da PNAISP e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania.

Mas são medidas ainda embrionárias, quando ainda estão sendo formados grupos de estudos e prevista a publicação de nova portaria regulamentadora complementar.

Com o propósito de efetivar a reforma, vários movimentos surgiram no intento de vencer o desafio da exclusão e proporcionar cidadania às pessoas com transtornos mentais. Assim como, ocorreram manifestações contrárias, no intento de perpetuar as circunstâncias até então existentes, conforme interesses que as tornaram tão sólidas.

Entre as providências adotadas em atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais vêm merecendo ênfase os Centros de Convivência e Cultura. Foram idealizados não exclusivamente no campo da saúde, pois não realizam atendimento médico ou terapêutico, mas no campo da cultura, como espaço público de articulação com a vida cotidiana.

Ao proporcionar sociabilidade, produção cultural, construção de laços sociais oportunizam convívio com outros agentes no potencial das dinâmicas culturais dos espaços públicos. Neste aspecto, alguns centros vêm funcionando como exemplares de experiências, incluindo geração de renda.

No entanto, não foram ainda definidos pelo Ministério da Saúde, os mecanismos de financiamento para estes centros, embora se recomende que sua implementação se faça nos municípios com população de mais de 200.000 habitantes, onde haja concentração de unidades de atendimento em Saúde Mental.

Outro grande desafio para a consolidação da reforma é a inclusão no mercado de trabalho. A sociedade capitalista cria processos de exclusão pela competição no mercado de trabalho, isto já é naturalmente exercido pelos que concorrem ao sistema produtivo.

A Economia Solidária já é política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, direcionado à minimização da exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução.

A estes foram incluídos os portadores de transtornos mentais, por meio da parceria entre os campos da Saúde Mental e da economia solidária, se constituindo desta forma, noutra grande desafio a ser superado na luta por um processo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais: a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários destes serviços. Pois, aliadas à já frágil sustentação institucional e sem política suficiente para financiamento, estas experiências, caracterizam-se ainda frágeis no enfrentamento do mercado capitalista de uma sociedade política com *éthos* ideologicamente marcado pela falta de solidariedade.

As atividades desenvolvidas intersetorialmente entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, entre as quais se destacam as de inclusão social pelo trabalho, são regulamentadas em portaria interministerial estabelecendo que municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, deverão responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, além de desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território (Brasil, 2017).

São designados incentivos financeiros para estes municípios, incluindo os que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, da ordem de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) dependendo do número de pessoas inscritas (Brasil, 2017).

A Lei n.º. 9.867, de 10 e novembro de 1999, dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social daqueles que estão em desvantagem no mercado econômico. De acordo com essa Lei são consideradas pessoas em desvantagem os deficientes físicos e sensoriais, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, os egressos de hospitais psiquiátricos, os dependentes químicos e os egressos de prisões.

As Cooperativas Sociais organizarão horários e jornadas, de maneira a levar em conta minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.

A Atenção Básica, por se constituir no modelo de atenção que possibilita às pessoas o primeiro acesso ao sistema de saúde e desenvolver as suas ações em um território geograficamente conhecido, torna-se estratégica para facilitar a integração e o vínculo do usuário e as diversas formas da assistência à Saúde Mental.

De modo que a Estratégia de Saúde da Família representa um recurso para o enfrentamento de agravos decorrentes do uso abusivo de álcool, drogas e transtornos psíquicos. Por este motivo sempre será importante a vinculação das ações de Saúde Mental à atenção básica.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2013) normatiza como princípio da atenção básica facilitar o acesso das pessoas ao sistema de saúde, especialmente daquelas que demandem cuidado em Saúde Mental, no qual esteja garantido que as ações sejam desenvolvidas em território adstrito à população, possibilitando aos profissionais de saúde conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde moram, além de outros elementos dos seus contextos de vida. O cuidado em Saúde Mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

De forma que a rede SUS, nas suas diversas complexidades, a começar pela atenção básica e primária até a secundária, em suas diferentes modalidades, passará a desenvolver ações focalizadas na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e álcool, com pactuações explicitadas, de modo a constituir um desenho regionalizado na rede de atenção psicossocial.

A partir de 2003 o Ministério da Saúde traz para si a Política Nacional de Álcool e outras Drogas, tendo os CAPS AD como uma das principais ferramentas na construção de uma estratégia de intervenção. Simultaneamente a esta iniciativa a sociedade organizada passa a propor formas de advertência ao uso indevido, restringindo a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas, especialmente por meio da televisão.

Em 2005 os CAPS AD que desenvolvem ações de redução de danos e os CAPS I foram autorizados a efetuar cobranças ao SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2005).

Em 2006 foi aprovada a Lei 11.343, instituindo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescrevendo medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e ainda estabelecendo normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas (Brasil, 2006).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2007), a saúde pública produziu uma severa lacuna ao não se ocupar devidamente com a prevenção, proteção e tratamento dos transtornos

decorrentes do uso indevido de álcool e drogas. Ao se ausentar de sua necessária intervenção, relegando esta responsabilidade para outras instituições como Justiça, Segurança Pública, ou transferindo para outras áreas ou campos de estudo como pedagogia, benemerência e associações religiosas, a saúde pública contribuiu para maior isolamento social e o estigma já tão presentes nos usuários de álcool e outras drogas, uma vez que estes aspectos não foram considerados naquelas áreas ou órgãos.

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a dependência das drogas afeta as pessoas de diferentes maneiras, em diferentes contextos e circunstâncias, trazendo consequências multifatoriais indesejáveis como abandono escolar, evasão familiar, afastamento de atividade produtiva e até mesmo aproximação com atividades criminosas como assaltos, violência doméstica e outros.

Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA (1997) revelou que o uso excessivo de bebida estava presente em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos. De forma relativa à violência doméstica, a mesma pesquisa evidenciou que 2/3 dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o mesmo ocorrendo nas agressões entre marido e mulher (...)

Segundo OMS (2001) 10% das populações urbanas de todo o mundo, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, incluindo as de caráter ilícito. Dentre todas o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial.

Corroborando tais afirmações, estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (Murray e Lopez, 1996) sobre a carga global de doenças trouxe a estimativa de que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Ainda segundo o mesmo estudo, esta carga inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc.) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento (...)

(...) Existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada. No Brasil, estudo realizado pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas sobre o uso indevido de drogas por estudantes (n = 2.730) dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (Galduróz et. al., 1997) revelou percentual altíssimo de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida: 74,1%. Quanto a uso frequente, e para a mesma amostra, chegamos a 14,7%. Ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola, após beber, e que 11,5% brigaram, sob o efeito do álcool (...) (Brasil, 2003, p. 13-18).

Em vista disso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) com o intuito de fortalecer a rede de atenção psicossocial, acata a vinculação de equipes multiprofissionais especializadas em Saúde Mental às equipes de atenção básica, no sentido de que as primeiras proporcionem apoio

técnico, de forma articulada, tanto no nível secundário, como no primário. Além disso, acrescenta a necessidade de definir metas e pactuações, indicadores qualitativos e quantitativos, estimulando ainda a adequada regulação do acesso dos usuários aos diferentes serviços designados como substitutivos ao modelo hospitalar.

A partir de 2011 o Ministério da Saúde, tendo em vista a necessidade de integração intersetorial entre as políticas de saúde, objetivando a melhoria da capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua, definiu diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), vinculando-os ao Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Quanto à composição da eCR o Ministério da Saúde (Brasil, 2017, p.136) define que cada equipe deve conter, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma área de saúde, seja de nível médio ou superior. Torna-se mister que a cada equipe constem agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ser quantificadas de acordo com equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio (...) (Brasil, 2017, p. 136).

É adotado o seguinte conceito para a definição da população em situação de rua:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009, p.1).

Da mesma forma, foram criadas normas para funcionamento de uma rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, por necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (CONAD, 2017).

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) se coloca contrário à legalização das drogas e defende o alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a Política Nacional de Saúde Mental, tendo como intento as ações intersetoriais, com uso de estratégias de promoção de abstinência, suporte social e promoção da saúde.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2017) dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS e unidades de acolhimento, estabelecendo a estrutura, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Em vista disso, define os parâmetros e critérios para distribuição de leitos em hospitais gerais destinados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos termos descritos na forma do art. 1032-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR) "Art. 59:

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral;

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e

III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades. (Brasil, 2017, p. 3).

Observa-se então que o Ministério da Saúde, ao regulamentar número de leitos em Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais, insere três incisos em sua normatização, o segundo complementar do primeiro e o terceiro abrindo um precedente para que os primeiros sejam desconsiderados, desde que seja apresentada justificativa pelo gestor estadual ou municipal, sem esclarecer que tipo de justificativa, em que aspecto ou circunstância e a qual instância será submetida a apreciação, análise e admissão ou submissão da eventual alteração.

No entanto, ao definir a equipe multiprofissional de atenção especializada em Saúde Mental restaura o histórico desacerto de portarias anteriores, que ao tratar da composição mínima necessária para atuação nesta área, consentiam lacunas ao definir com imprecisão quais profissionais, com que capacitação ou especialização seriam convenientes à atuação junto aos portadores de transtornos mentais:

(...) A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos (...)) (Brasil, 1992, p. 3).

Ao admitir que, além do médico e enfermeira, quatro outros profissionais de qualquer nível superior possam prestar atendimento a pacientes com transtornos mentais, sem necessariamente reportar que estes sejam ligados à área de Saúde Mental, o Ministério da Saúde produziu inconsistência, ora sanada pela atual regulamentação.

Recentemente o Ministério da Saúde (Brasil, 2017, p. 115) vem se redimindo dessa indefinição, esclarecendo quais profissionais poderão compor as equipes de Saúde Mental: (...) *Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de Saúde Mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em Saúde Mental (...)*

Buscando a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas requisitados pelos movimentos antimanicomiais para materialização dos objetivos de reinserção extra-hospitalar, foi instituído o tratamento em Hospital Dia.

O Hospital Dia é definido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017) como modalidade de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas, estando assim preservada a convivência familiar.

Embora tenha contribuído sobremaneira no processo de mudança do modelo asilar, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) entende que este dispositivo se encontra em processo de superação por apresentar baixa produtividade na reintegração social dos egressos de longa internação. Por outro lado, espera que a expansão da atenção psiquiátrica em hospital geral, CAPS e ambulatórios, proporcione a superação do Hospital Dia.

Quanto à assistência hospitalar, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), estabelece normas definindo que os hospitais psiquiátricos não mais se constituirão em portas de entrada para as próprias internações.

O atendimento emergencial em psiquiatria está regulamentado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1992, p. 5) priorizando os serviços de pronto atendimento gerais. *Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.*

Nestes casos, o paciente ficará sob observação de equipe multiprofissional em período não superior a 72 horas.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2017) institui o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Este programa estabelece a redução gradativa de leitos psiquiátricos, na medida em que o gestor local cria condições para implantação de unidades, em substituição ao leito extinto, o que deve ocorrer principalmente nas regiões com maior concentração de hospitais psiquiátricos.

Assim, com base no o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, os hospitais com mais de 200 leitos deverão reduzir pelo menos 40 leitos/ano. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano. Aqueles com mais de 440 leitos necessitarão reduzir 120 leitos/ano. Então está regulamentada a redução mínima anual de 40 leitos e máxima de 120 (Brasil, 2017).

Desta maneira, está prevista a diminuição gradativa de leitos (Brasil, 2017), mas não se sabe se os gestores acompanham o impacto da redução dos leitos na gestão de Saúde Mental, pois se supõe que os mesmos não cumpram a referida normatização. Até porque, o Ministério da Saúde confere aos CAPS categorias e funções, tais como:

(...) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em Saúde Mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território, coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de Saúde Mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência (...) (Brasil, 2017, p. 252)

Isso se explica pelo fato de que a partir de 1994 foi criado um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em Saúde Mental, pelos diversos níveis do SUS (Brasil, 1994). Assim, encontra-se instituída na área Saúde Mental um sistema exclusivo de autofiscalização, cujos resultados são desconhecidos nas instâncias públicas, além de se contrapor à Lei Orgânica de Saúde.

A questão é que tais funções, segundo a Lei Orgânica de Saúde são de responsabilidade dos gestores locais.

Essa divisão de responsabilidades, acumulada com as fragilidades técnicas já observadas no âmbito do gestor, pode ocasionar que o mesmo perpetre a transferência total de suas atribuições, se omitindo em todos os aspectos relacionados à *accountability* e ao controle e avaliação previstos no Item I, do Artigo 15, da Lei nº 8.080, de 1990.

A representação desta situação é percebida por constantes denúncias junto à mídia e ao Ministério Público. O presente trabalho se traduz em resposta ao que se observa, pois não se verifica se a assistência integral à Saúde Mental vem cumprindo o papel de modelo substituto ao hospitalar, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias, no cumprimento e utilização dos recursos oferecidos pela Política Nacional de Saúde Mental.

Hospitais psiquiátricos são classificados de acordo com o número de leitos constante do SCNES e a falta de rotatividade de leitos interfere na produção dos serviços, com consequência no financiamento, que prevê remuneração diversificada para internações de menor duração.

Recentemente o Ministério da Saúde (Brasil, 2018) acrescentou dois procedimentos na assistência psiquiátrica hospitalar: 03.03.17.019-0 - Tratamento em Psiquiatria de Curta Permanência por dia (Permanência Até 90 Dias) e 03.03.17.020-4 - Tratamento em Psiquiatria por dia (com duração superior a 90 dias de internação ou reinternação antes de 30 dias). Com isso, foram reajustados os valores das diárias, de acordo com a permanência maior ou menor que 90 dias. Mas, a alteração sobremaneira relevante para os hospitais especializados é que estes passaram a compor a RAPS.

Desta forma, conforme pactuado com CONASS e CONASEMS, que as propostas de redirecionamento dos recursos provenientes de AIHs de casos de pacientes transferidos de Hospitais Psiquiátricos para SRTs, ou decorrentes do simples fechamento de unidades hospitalares especializadas devem ser destinados para a RAPS, no respectivo Estado (qualquer Serviço da Rede, incluindo Hospital Psiquiátrico).

Esta destinação do recurso federal deve ser pactuada em CIB e encaminhada a este Ministério, para aprovação. Importante reforçar que o Ministério da Saúde não mais incentiva ou estimula o fechamento de leitos especializados, mas a sua qualificação, elevando os padrões assistenciais (Brasil, 2019, p. 23).

Em 2002 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), a ser realizado anualmente por técnicos da vigilância sanitária e de controles normativos. O PNASH avalia a estrutura física do hospital e realiza entrevistas com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar, gerando uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência, os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações.

O cumprimento desta estratégia de redução progressiva de leitos garante ao prestador da assistência hospitalar a recomposição dos valores das diárias pagas pelo Ministério da Saúde, levando-se em conta o seu porte e a qualidade do atendimento avaliada anualmente pelo PNASH/Psiquiatria (Brasil, 2017).

O PNASH/Psiquiatria estabelece que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por técnicos das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias Estaduais, podendo contar com outros profissionais convocados por decisão do gestor local.

Os hospitais que obtiverem índice inferior a 40% do PNASH, assim como os hospitais que não alcançarem o índice mínimo de 61%, após o processo de reavaliação, não serão

classificados conforme o estabelecido na portaria. Em 2016 a SAS indicou o descredenciamento do SUS de 27 hospitais psiquiátricos em Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Maranhão, Mato Grosso, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo (Brasil, 2016).

Mas, passam a ser melhor remunerados pelo SUS todos os hospitais que reduzem leitos e que melhoram a qualidade de atendimento, aferida pelo PNASH/Psiquiatria. Entretanto, é uma medida em que é muito comum se observar que, para se adequar a uma boa classificação, os hospitais passem a praticar a triagem seletiva de pacientes com menor expectativa de longa permanência, produzindo a célebre porta giratória, em que os pacientes recebem alta de um hospital e imediatamente são admitidos em outro.

Santos (2007) considera que estudos sobre o fenômeno da porta giratória ou “revolving door”, no Brasil são escassos, no entanto as evidências e consequências são percebidas nas práticas do dia-a-dia e sugerem sua grande importância. A rotatividade, à custa da curta permanência, incitada pela legislação e a prevalência de diagnósticos graves são duas condições necessárias para o surgimento e persistência do fenômeno da porta giratória no SUS.

A SAS incluirá na tabela do SIH/SUS, procedimento específico para o processamento das AIHs dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS Brasil, 2017.

E regulamenta que é atribuição intransferível do gestor local do SUS compor o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.

§ 1º Para a organização da porta de entrada, devem ser seguidas as recomendações contidas no Manual do Gestor para Atendimento Territorial em Saúde Mental.

§ 2º O número mensal de internações e o limite de internações para cada município ou região, estimadas de acordo com as metas estabelecidas, deverão constar do Plano Diretor de Regionalização (Brasil, 2017, p. 366).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2017) instituiu no âmbito do SUS, o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”, determinando à SAS a estruturação, organização e acompanhamento das ações assistenciais em Saúde Mental.

Mas, observa-se escassa demarcação de metas na área de Saúde Mental. O Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do MS para o triênio 2013 a 2015 (Brasil, 2014, p.24) traz como Diretriz 4 – Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de *crack*, álcool e outras drogas. Traz como Objetivo *Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais*. Como Indicador se refere a *Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial*. Assim, há previsões em termos qualitativos, sem definições quantitativas para a área de Saúde Mental.

O Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO), sistema utilizado para definir os indicadores, conforme pactuações efetivadas no Ministério da Saúde, em 2012 se restringiu ao único objetivo de ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em Saúde Mental, planejando a cobertura dos CAPS em 0.49 por 100.000 habitantes. Em 2017 o indicador de número 21 - Ações de Matriciamento Realizadas por CAPS com Equipes de Atenção Básica foi incluído como meta no SISPACTO.

Neste momento é adequado informar que o Ministério da Saúde (Brasil, 2013-2015) se vale do SISPACTO para efetuar suas pactuações. Trata-se de um termo de compromisso, contendo prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação que os gestores do SUS se empenham em atingir no prazo estipulado.

Este indicador traz como relevante o fato de proporcionar a integração da atenção primária no cuidado em Saúde Mental, de acordo com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) o que já constitui diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de ser imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável “Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da Saúde Mental e bem estar” (COSEMS, 2018).

Mas, no Apêndice Z.c, inserido ao final deste trabalho, onde estão apontadas as pactuações para o indicador 21, dos 27 gestores responsáveis pelas capitais brasileiras, é possível observar que nem todos o consideraram, a exemplo de Salvador e Brasília. Porto Alegre pactuou a realização de 1.800% de ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica, propiciando limitações quanto à objetividade na interpretação desta meta.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), dispondo sobre o processo de pactuação de indicadores para o período 2017-2021, propõe ações de matriciamento por CAPS com equipes

da atenção básica no indicador 21 (Brasil, 2016). Entre os 23 indicadores da resolução, o indicador 21 é o único que faz referência à Saúde Mental.

O Controle Social a ser exercido por Conselhos de Saúde, regulamentado pela Lei nº. 8.142, de 1990, também tem inexpressiva atuação no campo da Saúde Mental. Os Conselhos e as Conferências de Saúde poderiam desempenhar papel fundamentalmente fiscalizador e gestor na organização de serviços e ações e no direcionamento dos recursos, uma vez que as unidades ofertantes de serviços são essencialmente públicas e funcionam com recursos públicos.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, especialmente a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, momento em que se solidificou a política oficial de Saúde Mental no SUS, poderiam garantir a participação de familiares, usuários e trabalhadores nos processos de gestão do SUS. Mas ainda é verticalizada a normatização, considerando que unidades federativas e municípios, emitem regulamentos, respeitadas as especificidades loco-regionais, desde que não se contraponham a nenhum preceito nacionalmente instituído.

As Comissões Intersetoriais de Saúde Mental dos conselhos de saúde, que são regulamentadas pelo CNS têm pouca resolutividade, pois apesar de terem as suas resoluções, caráter deliberativo, não se observam alterações no quadro geral da reforma antimanicomial.

De 1993 a 2018 o CNS (Brasil, 2018) aprovou oito resoluções na área de Saúde Mental, cinco destas resoluções aprovando comissões de trabalho, uma aprovando recursos, uma aprovando funcionamento de residências terapêuticas e uma solicitando convocação para conferência nacional de saúde.

Deste modo, as ações de fiscalização tendo como objetivo avaliar a resolutividade, qualidade da assistência prestada, considerando a capacidade operacional das Comissões Intersetoriais de Saúde Mental dos Conselhos de Saúde, tendo como foco a Rede Efetiva em Saúde Mental (Atenção Básica, através do Programa de Saúde da Família, CAPS, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, ambulatórios em Saúde Mental, Hospitais Psiquiátricos e Gerais), estão prejudicadas e sem efeito.

Da mesma forma a qualificação da gestão municipal, nos moldes estabelecidos pela legislação brasileira para efetivação da Saúde Mental não tem sido monitorada, sempre cabendo aos prestadores hospitalares a culpa por estarem ainda prestando atendimento aos doentes mentais, que ainda não foram inseridos nas outras modalidades de atenção.

A Vigilância Epidemiológica sobre as condições de Saúde Mental da população é praticamente pouco efetiva. Este serviço ainda é pouco atuante quanto aos agravos não transmissíveis, especialmente os decorrentes das condições de Saúde Mental da população que

são de difícil monitoramento pelo longo curso assintomático e por não serem de notificação compulsória.

Lessa (2004) considera que indicadores gerados pelos países industrializados são por vezes complexos e de difícil aplicação pelos países em desenvolvimento. Isto porque requer investimentos na capacitação de recursos humanos, estruturação de um sistema com base de dados nacional, para monitoramento e avaliação.

A Vigilância Epidemiológica está regulamentada na Lei Orgânica de Saúde, que apreende a vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990).

A Lei Orgânica de Saúde esclarece que a organização social e econômica do país, é condicionada a determinantes como: alimentação, a moradia, o saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

O Parágrafo único do Artigo 3º elucida: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. ”

No Plano Nacional de Saúde – Um Pacto Pela Saúde No Brasil, o Ministério da Saúde definiu que as iniciativas para o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis se constituiriam em prioridade a partir de 2004.

Apesar de tudo, consideram-se insipientes as condutas de vigilância e controle epidemiológicos, a partir da situação analisada. Não se encontra ainda concretizada uma política de vigilância em Saúde Mental, que possibilite interpretação rápida e oportuna de eventos de forma a auxiliar o planejamento de ações que proporcionem a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da Saúde Mental.

Com o objetivo de favorecer a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais o Ministério da Saúde (Brasil, 2017, p. 626) determinou regras para esta modalidade assistencial em que foram instituídos os chamados serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, adotando as normativas que se seguem:

Art. 14. Fica instituído incentivo financeiro de custeio anual no valor de R\$ 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte e um reais e trinta e dois centavos) por cada leito implantado.

§ 1º O cálculo do custo por leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi baseado nos seguintes critérios:

I - taxa média de ocupação de 85% (oitenta e cinco por cento), com base na Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - tempo médio de permanência de 5,5 dias (cinco dias e meio), com base na Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e

III - previsão de utilização dos leitos na seguinte proporção:

a) 60% (sessenta por cento) das diárias de até 7 (sete) dias;

b) 30% (trinta por cento) das diárias entre 8 e 15 (quinze) dias; e

c) 10% (dez por cento) das diárias superiores a 15 (quinze) dias.

§ 2º O valor das diárias considerado para o cálculo de custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi o seguinte:

I - R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação;

II - R\$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e

III - R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação.

Como se vê, as mudanças ocorridas na área da Saúde Mental foram desencadeadas de forma concomitante e com a mesma competência da reforma política, que levou ao movimento sanitário, à promulgação do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e ao advento do SUS.

Certamente que não se exauriu aqui toda a legislação em Saúde Mental existente no país. Diariamente, centenas de portarias são publicadas pelo Ministério da Saúde. A Saúde Mental é um campo vasto, com muitas fragilidades e intermitências quotidianas, intercedendo por constantes e novas iniciativas, que a sociedade de forma solidária deve proativamente diligenciar.

Infere-se que outros reveses poderão advir neste campo, onde as políticas implantadas nem sempre resolvem a complexidade circunstancial desta área reconhecidamente vulnerável.

Mas esta não é a única dificuldade a ser superada. A ideologia da reforma, quando considerada em seus aspectos mais abrangentes, encontra questões ainda mais intrincadas, que solicitam mais reflexão e zelo na busca por soluções ou resultados adequados.

A internação de longa permanência, caracterizada como excludente asilar deve, entre outros conteúdos, considerar a abordagem de muitos obstáculos, entre os quais, a baixa oferta de atendimentos ambulatoriais ou não hospitalares, se distinguindo como o maior desafio entre todos os outros e se impondo como pretexto para o nosso próximo estudo, relacionado ao provimento das unidades de Saúde Mental, a partir das alterações advindas da reforma e com base nos parâmetros definidos pelos normativos do Ministério da Saúde, sejam eles mediante proposição de metas no SISPACTO devidamente inseridas em seus planos de regionalização e ainda, pela definição de parâmetros em portarias ministeriais.

6 Implementação das unidades substitutivas ao modelo asilar.

Neste momento nos atribuímos a incumbência de estimar o provimento das unidades estabelecidas como substitutivas ao modelo centrado nas históricas internações asilares, pois, a despeito de serem essenciais à consolidação da reforma, nem sempre são explícitos os parâmetros de provisionamento.

Entende-se o manicômio como a instituição para tratamento psiquiátrico e o manicômio asilar, como aquele que institucionalizou o indivíduo, por meio de assistência pautada no isolamento e entende-se que a superação deste modelo requer a desinstitucionalização, como já foi aludido neste estudo. Entende-se por serviços substitutivos aqueles descritos no Capítulo II deste trabalho, criados para suprir o modelo asilar, cuja extinção está preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental. Além dos serviços substitutivos, também foi considerado o suprimento de leitos hospitalares psiquiátricos.

De forma que foram cotejados os leitos existentes, aos quais estão inseridos os SUS e não SUS, pois os parâmetros de cobertura no momento em que são estabelecidos não fazem distinção entre públicos e privados.

Para o levantamento das informações foram consultados os relatórios do SCNES, no período outubro, novembro, dezembro de 2018. Os cálculos realizados foram os propostos pelo Ministério da Saúde em suas normativas relacionadas a parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da OMS e da OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento.

Foram considerados censos e estimativas populacionais do IBGE, para 2018, relacionados a cada unidade da federação e às 27 capitais brasileiras.

Buscando séries históricas no banco de dados DATASUS, é observado que as informações se reportam a fevereiro de 2012, sem registros anteriores a essa data, quanto às buscas de interesse do objeto proposto neste estudo. Assim, neste interregno de seis anos, verificou-se a variação da quantidade de leitos psiquiátricos nos 27 Estados da federação e suas capitais, tal como estão expostos na Tabela 1- Oferta de Leitos Psiquiátricos por UF e Capital.

A distribuição dos leitos psiquiátricos informa a existência de 46.786 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, especializados e clínicas em todo o território nacional em fevereiro de 2012. Já em dezembro de 2018 constam 32.256, portanto uma queda de 14.620 leitos em 2018, em relação a 2012.

Se forem contabilizados apenas os leitos de cada capital, sem considerar os existentes no restante de cada Estado, verifica-se que a soma de leitos psiquiátricos em todas capitais foi de 16.000 em 2012 e de 10.643 em 2018, portanto um decréscimo de 5.357 leitos.

Aos leitos psiquiátricos não estão incluídos os leitos em Saúde Mental, que são considerados sob diferente lógica. Nos CAPS, Hospitais Dia e Hospitais Gerais os pacientes utilizam leitos, por necessitarem de repouso/observação/tratamento, sem estarem de fato, em regime de internação, entretanto no SCNES estes leitos são computados como leitos de Saúde Mental, sendo a despeito desta circunstância, remunerados pelo Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (Brasil, 2017).

Na Tabela 1 – Oferta de Leitos Psiquiátricos por UF e Capital: 2012-2018 os Estados detentores de maior número de leitos psiquiátricos em 2018 são: São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco e Goiás. Já os Estados com menor número de leitos desta mesma especialidade são: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Encontra-se na Região Norte a menor oferta de leitos psiquiátricos em 2018, enquanto as Regiões Sudeste e Sul mantêm maior concentração desde 2012.

Os Estados de Tocantins e Piauí foram os que apresentaram expressiva variação a menor de leitos 2018, em relação a 2012. Os que apresentaram variação a maior, considerando o período de 2012 a 2018 foram: Roraima, Goiânia, Mato Grosso, Distrito Federal e Rio Grande do Sul.

Entre as capitais, destaca-se a variação percentual da oferta de leitos a maior para Boa Vista, Salvador, Brasília, Goiânia e Florianópolis com 9.09, 26.89, 22.78, 8.83 e 64.000 respectivamente. A Região Norte, que já apresentava em 2012 a menor oferta, se comparada às demais, teve os seus leitos psiquiátricos ainda mais reduzidos em 2018, destacando-se Manaus, com -73% e Porto Velho, com - 38% e Palmas, com - 100%.

O objeto de nossa pesquisa são as capitais brasileiras, selecionadas por serem metrópoles com atribuições previstas nos Planos Diretores de Regionalização de cada uma das unidades da federação, dentre elas a polarização da demanda, em função das suas capacidades de oferta, seja em decorrência de recursos próprios em suas redes instaladas ou pela competência atribuída aos gestores de agregar recursos de outras localidades, quando necessários.

Acredita-se que esta escolha possibilitará maior isenção ao aferir contingenciamento, independentemente do desenho institucional presente em cada território.

Tabela 1 - Oferta de Leitos Psiquiátricos por UF e Capital: 2012-2018.

Região	UF	Leitos 2012	Leitos 2018	% (*)	Capital	Leitos 2012	Leitos 2018	% (*)
Norte	AC	75	68	-9	Rio Branco	57	53	-7
	AP	16	16	0	Macapá	16	16	0
	AM	130	49	-62	Manaus	128	34	-73
	PA	174	98	-44	Belém	98	79	-19
	RO	65	48	-26	Porto Velho	63	39	-38
	RR	11	14	27	Boa Vista	11	12	9
	TO	187	17	-91	Palmas	10	0	-100
Nordeste	AL	1.000	701	-30	Maceió	880	560	-36
	BA	1.070	881	-18	Salvador	383	486	27
	CE	1.372	988	-28	Fortaleza	1.107	733	-34
	MA	819	649	-21	São Luís	693	583	-16
	PB	905	491	-46	João Pessoa	626	242	-61
	PE	2.380	1.349	-43	Recife	934	483	-48
	PI	445	219	-51	Teresina	394	175	-55,5
	RN	717	495	-31	Natal	532	403	-24
Centro-oeste	SE	507	265	-48	Aracaju	507	265	-48
	GO	1.927	2.091	8,5	Goiânia	1.019	1.109	9
	MT	214	227	6	Cuiabá	120	120	0
	MS	403	264	-34	Cpo Grande	285	159	-44
Sudeste	DF	531	598	13	Brasília	183	598	227
	ES	817	429	-47	Vitória	36	20	-44
	MG	3.929	2.356	-40	B Horizonte	881	430	-51
Sul	SP	14.159	9.015	-36	São Paulo	1.586	1.350	-15
	RJ	8.346	3.705	-56	R de Janeiro	3.583	1.134	-68
	PR	3.236	2.647	-18	Curitiba	759	509	-33
	RS	3.036	3.268	7,7	Porto Alegre	1.107	921	-17
	SC	1.536	1.304	-15	Florianópolis	2	130	6400
	Total	48.007	32.252	-	Total	16.000	10.643	-

Fonte: DATASUS, IBGE (estimativa populacional para 2018).

Nota: (*) – Variação percentual de 2018 em relação a 2012.

% com dados numéricos resultantes de arredondamento conforme Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 2018).

Os SRTs não são cadastrados como estabelecimentos isolados hospitalares, mas são vinculados à rede SUS, adstrita à localização do SRT (Brasil, 2017). Constam no SCNES sob o código 001 – Residência Terapêutica em Saúde Mental. Sob o código 014 Serviço Residencial Terapêutico Tipo I e 005 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo II.

Estas diversidades de códigos respondem às modificações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que se ajusta às imposições da reforma por meio de publicação de portarias e manuais.

A cada norma publicada em Diário Oficial da União é alterado o sistema de repasses e custeio, introduzindo códigos diferentes para cadastro no SCNES.

A faixa de admissões permitida é de quatro a dez usuários por SRT. Desta forma, pode-se assegurar a quantidade de serviços introduzidos sem, entretanto, definir o número de moradores.

Observa-se na Tabela 2 - Oferta de Serviços Residenciais Terapêuticos nas capitais brasileiras em 2018 que nem todos os gestores anuíram aos SRT, especialmente aos instituídos na modalidade Unidade de Atendimento em Regime Residencial - UARR, que tem caráter provisório para tratamento em comunidades terapêuticas. Nenhuma das capitais partes desta amostragem apresentou assentimento a esta modalidade de atenção, conforme se visualiza na coluna *UARR* da Tabela 2 – Oferta de Serviços Residenciais Terapêuticos em 2018.

Ressalte-se na coluna *SRT* da Tabela 2 - Oferta de Serviços Residenciais Terapêuticos nas capitais brasileiras em 2018 que, das 27 capitais, apenas João Pessoa, Natal, Aracaju, Goiânia, Cuiabá, São Paulo e Rio de Janeiro aderiram a essa modalidade de serviço.

Ainda na Tabela 2 é possível visualizar que recai na Região Sudeste a maior oferta de SRTs em 2018, enquanto a Região Norte encontra-se desfalcada deste serviço, ocorrendo em Manaus dois SRTs, um do Tipo I e outro do Tipo II.

Na Região Sudeste encontra-se em São Paulo e Rio de Janeiro a concentração de SRT ofertados, enquanto Vitória se apresenta com escassez assinalada por um SRT do Tipo I.

O entrave maior para se definir a provisão de SRT se localiza na quantidade de pessoas potencialmente elegíveis e que ainda estão institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais. A questão é que, para se presumir o número ideal de SRT teria que ser demonstrada a demanda reprimida, em lista de espera, com explicitação clara e quantitativa de pessoas que cumprem medida penal em instituições hospitalares ou prisionais e que poderiam se inserir nesta modalidade de tratamento e ainda, de pessoas sem vínculo familiar, “vivendo” nos hospitais.

Tabela 2 - Oferta de Serviços Residenciais Terapêuticos nas capitais brasileiras em 2018

Região	UF	Capital	SRT	SRT		
				Tipo I	Tipo II	UARR
Norte	AC	Rio Branco	0	0	0	0
	AP	Macapá	0	0	0	0
	AM	Manaus	0	1	1	0
	PA	Belém	0	0	1	0
	RO	Porto Velho	0	0	0	0
	RR	Boa Vista	0	0	0	0
	TO	Palmas	0	0	0	0
Nordeste	AL	Maceió	0	0	0	0
	BA	Salvador	0	0	5	0
	CE	Fortaleza	0	2	1	0
	MA	São Luís	0	1	2	0
	PB	João Pessoa	1	1	0	0
	PE	Recife	0	8	4	0
	PI	Teresina	0	3	1	0
	RN	Natal	1	0	2	0
	SE	Aracaju	1	0	2	0
	Centro-oeste	GO	Goiânia	1	1	3
MT		Cuiabá	2	0	0	0
MS		Cpo Grande	0	0	1	0
DF		Brasília	0	0	0	0
Sudeste	ES	Vitória	0	1	0	0
	MG	B Horizonte	0	7	8	0
	SP	São Paulo	3	17	18	0
Sul	RJ	R de Janeiro	2	10	15	0
	PR	Curitiba	0	4	0	0
	RS	Porto Alegre	0	1	3	0
	SC	Florianópolis	0	0	0	0

Fonte: DATASUS.

Já os Hospitais Dia são cadastrados como serviços especializados em clínicas, CAPS, hospitais gerais ou especializados (Brasil, 2017).

Na Tabela 3 – Oferta de Hospitais Dia nas UF e capitais brasileiras: Serviços Cadastrados em 2018 foram relacionados os registros de Hospitais Dia classificados como de Saúde Mental, ou psiquiátricos, com inadequações cadastrais referidas no transcorrer das apreciações dos dados obtidos. Torna-se apropriado ressaltar que o leito psiquiátrico não significa que seja asilar. Aliás, não existe leito asilar, mas paciente vivendo em condições asilares, como já foi exposto.

A distribuição de Hospitais Dia e as quantidades ofertadas nas capitais são apresentadas na Tabela 3 – Proporção de Oferta de Hospitais Dia nas capitais em relação às UF: serviços cadastrados em 2018, onde se nota a proeminência desta oferta nas Regiões Sudeste e Sul, enquanto a Região Norte evidencia a menor oferta entre as regiões. Manaus, Campo Grande e

Brasília são as capitais com 100% da oferta. A UF com maior proporção de oferta em relação às suas respectivas capitais são Ceará, Rio Grande do Norte e Minas Gerais.

Tabela 3 – Proporção de Oferta de Hospitais Dia nas Capitais em relação às UF: Serviços Cadastrados em 2018

Região	UF	HD (*)	Proporção de Oferta - UF	Capital	HD (*)	Proporção da oferta - capital
Norte	AC	0	0	Rio Branco	0	0
	AP	0	0	Macapá	0	0
	AM	3	0	Manaus	3	100
	PA	5	40	Belém	3	60
	RO	1	0	Porto Velho	0	0
	RR	0	0	Boa Vista	0	0
	TO	4	0	Palmas	0	0
Nordeste	AL	3	67	Maceió	1	33
	BA	15	67	Salvador	5	33
	CE	16	82	Fortaleza	3	18
	MA	6	33	São Luís	4	67
	PB	3	67	João Pessoa	1	33
	PE	4	75	Recife	1	25
	PI	1	0	Teresina	0	0
	RN	5	80	Natal	1	20
	SE	0	0	Aracaju	0	0
Centro-oeste	GO	11	73	Goiânia	3	27
	MT	1	0	Cuiabá	0	0
	MS	2	0	Cpo Grande	2	100
	DF	6	0	Brasília	6	100
Sudeste	ES	1	0	Vitória	1	100
	MG	26	85	B Horizonte	4	15
	SP	57	58	São Paulo	24	42
	RJ	33	70	R de Janeiro	10	30
Sul	PR	10	50	Curitiba	5	50
	RS	19	63	Porto Alegre	7	37
	SC	6	67	Florianópolis	2	33

Fonte: DATASUS. Consulta em 18/01/2019.

Notas: (*) HD: Hospitais Dia

Proporção de ofertas nas capitais, em relação às unidades da federação com dados numéricos arredondados conforme Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 2018).

Nem todos os Hospitais Dia possuem leitos e nem todos os cadastrados estão sujeitos às orientações contidas na Política Nacional de Saúde Mental, considerando que alguns são instituições privadas e por esse motivo não estão integrados, nem se submetem às normas da

administração pública, ainda que seja indispensável o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no país, vinculados ou não ao SUS (Brasil, 2017).

E sabe-se que está preconizado que Hospitais Dia sejam unidades situadas em área específica, independente de estrutura hospitalar e que desenvolvam atividades comunitárias objetivando a integração e inserção do usuário em seu meio social (Brasil, 1992). No entanto, de acordo com o levantamento realizado, constam Hospitais Dia, incluindo os de natureza pública, cadastrados como serviços de outros estabelecimentos de saúde, e não como unidades isoladas, tal como está previsto na legislação. Acontece que os estabelecimentos de saúde são definidos com base nas atividades e serviços ofertados à população. Os serviços desenvolvidos por cada estabelecimento são codificados de acordo com o conjunto de ações realizadas, e cada serviço está classificado de acordo com a complexidade ou outra especificação que identifique mais precisamente o que é ofertado no serviço. Mas, os Hospitais Dia aparecem no SCNES, ora como estabelecimentos de saúde, ora serviços cadastrados em outro estabelecimento de saúde.

Ocorre que as diretrizes almejadas pela Política Nacional de Saúde Mental se aplicam às unidades que funcionem com financiamento e mecanismos de controles do SUS, sob regência pública. Estabelecimentos privados não estão sujeitos aos controles aplicados na administração pública e não se sabe se seguem as mesmas diretrizes.

Já os Consultórios na Rua são registrados como serviços especializados vinculados a unidades básicas de saúde. Estão previstas na legislação três modalidades de eCR do tipo I, II e III Brasil, 2017. As principais distinções entre as modalidades estabelecidas tratam de incentivos financeiros e integrantes profissionais de cada modalidade das eCR.

Os critérios definidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017, p. 113) para cálculo de número máximo de eCR por município consideram os seguintes dados:

I - para Municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

II - para os Municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011.

Os municípios com população inferior a 100.000 habitantes serão contemplados com eCR, se comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos.

De acordo com os cálculos realizados pelo Departamento de Atenção Básica do

Ministério da Saúde (DAB/MS) vinte capitais brasileiras têm requisitos suficientes para ampliar a oferta, com recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019), nas quantificações demonstradas na Tabela 4 – eCR a Serem Acrescentadas conforme Oferta e Demanda por eCR nas capitais brasileiras em 2018.

Tabela 4 – eCR a Serem Acrescentadas conforme Oferta e Demanda nas capitais brasileiras em 2018.

Capitais	eCR			eCR a Serem Acrescentadas
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	
Aracaju	0	0	1	Mais 1
Belém	0	0	1	Mais 1
Belo Horizonte	0	4	0	0
Boa Vista	0	0	0	0
Brasília	1	0	2	0
Campo Grande	0	1	0	Mais 1
Cuiabá	0	0	1	Mais 1
Curitiba	2	0	1	0
Florianópolis	1	0	0	0
Fortaleza	0	1	0	Mais 3
Goiânia	2	0	0	Mais 4
João Pessoa	0	4	0	Mais 2
Macapá	0	1	0	Mais 1
Maceió	0	5	0	Mais 4
Manaus	0	0	1	Mais 1
Natal	0	3	0	Mais 2
Palmas	1	0	0	0
Porto Alegre	0	1	1	Mais 2
Porto Velho	0	0	1	Mais 1
Recife	2	0	0	Mais 1
Rio Branco	1	0	0	Mais 1
Rio de Janeiro	0	1	6	Mais 5
Salvador	2	2	2	Mais 5
São Luís	0	0	1	Mais 1
São Paulo	0	0	15	Mais 16
Teresina	0	1	0	Mais 1
Vitória	0	2	0	0

Fonte: DATASUS. DAB/MS.

Sendo assim, Aracaju, Belém, Campo Grande, Cuiabá, Macapá, Manaus, Porto Velho, Recife, Rio Branco, São Luís e Teresina são capitais que já podem acrescentar cada uma delas, mais uma eCR;

João Pessoa, Natal, Porto Alegre, mais duas equipes;

Fortaleza pode acrescentar três eCR;

Goiânia e Maceió, mais quatro;

Já Rio de Janeiro e Salvador, cinco eCR;

São Paulo tem critérios para acrescentar mais 16 equipes às já existentes.

Na coluna eCR a Serem Acrescentadas, constam os resultados dos cálculos realizados segundo parâmetros reconhecidos pelo DAB/MS.

Municípios onde a existência de população em situação de rua não corresponde aos parâmetros populacionais previstos, não estão contemplados com o acréscimo, uma vez que depende que seja comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos. Nesta situação encontram-se Belo Horizonte, Boa Vista, Brasília, Curitiba, Florianópolis, Palmas e Vitória.

Ainda na Tabela 4 – Oferta e Demanda por eCR nas capitais brasileiras em 2018 nota-se que São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador são as capitais que, segundo cálculos realizados pelo DAB, se apresentam com maior necessidade de ajustes.

Quanto aos Hospitais Gerais, foram definidos critérios para cadastramento de leitos e habilitação de hospitais gerais de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo em vista, termos e parâmetros internacionais.

Para estimar a quantidade necessária de leitos de atenção integral em Saúde Mental, o Ministério da Saúde considera o contexto local da rede, de modo que onde houver uma rede de atenção integral efetiva, o parâmetro de cobertura pode variar em decorrência de diversificados fatores, na ordem de 1 leito em hospital geral para cada 23 mil habitantes (Brasil, 2017).

Rede efetiva é aquela capaz de controlar a porta de entrada das internações, reduzir o tempo médio de permanência, sendo composta por dispositivos como CAPS, SRTs, Programa de Volta Para Casa, Saúde Mental na atenção básica, leitos em hospitais gerais, serviços de atendimento emergenciais (Brasil, 2017).

Além disso, as pactuações entre gestores de saúde são sujeitas a outras variantes, a depender de suas capacidades e interesse em assumir prerrogativas e responsabilidades.

A OMS explica leitos psiquiátricos em hospital geral, como leitos de base comunitária. De acordo com estudo realizado a OMS, em parceria com técnicos brasileiros, observaram que nos países das Américas a taxa de leitos em hospital geral por 100.000 habitantes foi de 0,61 (WHO, 2013).

A legislação brasileira determina que leitos nos hospitais gerais e hospitais dia são considerados diferentes dos leitos psiquiátricos. São denominados “leitos em Saúde Mental”, assim considerados na Política Nacional de Saúde Mental.

O valor das diárias nos hospitais habilitados como serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas varia de acordo com o tempo de permanência, a começar pelo valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação. Do 8º ao 15º dia de internação, o valor da diária passa a ser de R\$ 100,00 (cem reais) e de R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação Brasil, 2017. Observa-se assim que está favorecida com valor mais alto, a internação de menor duração de até sete dias (Brasil, 2017).

Já os Hospitais Dia, para fins de financiamento no sistema de Informações Hospitalares /SIH /SUS são remunerados por Autorização de Internação Hospitalar 1 (AIH-1) pelo máximo de 45 dias corridos. Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor local (Brasil, 2017).

Estabelece o Ministério da Saúde (1992) que municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

Os critérios utilizados no Brasil, com a intenção de limitar a inserção de leitos, estão definidos em portarias específicas, restringindo a existência de no máximo 30 por hospital geral, sendo estes leitos, cadastrados no SCNES como de base comunitária ou de Saúde Mental (Brasil, 2017).

Entretanto, ao efetuar o levantamento de leitos nos variados tipos de estabelecimentos de saúde, tendo como fonte de consulta o SCNES, foram detectados cadastros em hospitais gerais e em hospitais dia, de leitos psiquiátricos, assim configurando uma divergência inequívoca a ser ajustada na área de Saúde Mental, para a qual, devem os gestores e demais grupos envolvidos com a luta antimanicomial, atentar.

Considerando que a legislação prevê a oferta de 1 leito de hospital geral para cada 23 mil habitantes (Brasil, 2012), foi utilizada a fórmula: $\text{população}/23.000$, para obter a quantidade relacionada à demanda por estes leitos. Em seguida foi realizado o cálculo do percentual da oferta para cada uma das capitais e inserindo os resultados na coluna % de cobertura, tal como são demonstrados os dados constantes da Tabela 5 – Percentual de Cobertura conforme Relação Oferta/Demanda de Leitos em Hospital Geral nas capitais brasileiras em 2018.

Tabela 5 – Percentual de Cobertura conforme Relação Oferta/Demanda de Leitos em Hospital Geral nas capitais brasileiras em 2018

Capitais	População	Oferta	Demanda	% de cobertura
Aracaju	648.939	54	28	100
Belém	1.485.732	80	65	100
Belo Horizonte	2.501.576	23	109	21
Boa Vista	375.374	23	16	100
Brasília	2.974.703	82	129	63,5
Campo Grande	885.711	14	39	36
Cuiabá	607.153	0	26	0
Curitiba	1.917.185	10	83	12
Florianópolis	492.977	2	21	9,5
Fortaleza	2.643.247	41	115	36
Goiânia	1.495.705	3	65	5
João Pessoa	800.323	4	35	11
Macapá	493.634	16	21	76
Maceió	1.012.382	1	44	2
Manaus	2.145.444	3	93	3
Natal	877.640	25	38	66
Palmas	291.855	11	13	85
Porto Alegre	1.479.101	327	64	100
Porto Velho	519.531	39	23	100
Recife	1.637.834	73	71	100
Rio Branco	401.155	18	17	100
Rio de Janeiro	6.688.927	132	291	45
Salvador	2.857.329	197	124	100
São Luís	1.094.667	24	48	50
São Paulo	12.176.866	318	529	60
Teresina	861.442	12	37	32
Vitória	358.267	20	16	100

Fontes: IBGE (estimativas para 2018). DATASUS.

Nota: % de cobertura com dados numéricos resultantes de arredondamento conforme Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 2018).

Tal como está evidenciado na Tabela 5 – Relação Oferta/Demanda de Leitos em Hospital Geral nas capitais brasileiras em 2018, as capitais com números de leitos correspondentes aos previstos, com 100% de cobertura são: Aracaju, Belém, Boa Vista, Porto Alegre, Porto Velho, Salvador, Recife, Rio Branco e Vitória. As demais encontram-se aquém dos parâmetros de cobertura estabelecidos, entre as quais destacam-se Goiânia (5%), Maceió (2%) e Manaus (3%).

Nos Hospitais Gerais, assim como nos CAPS AD III a admissão aos leitos tem caráter clínico, em especial para desintoxicação ou por necessidades psicossociais, observação, repouso e proteção, controle de conflito, dentre outros (Brasil, 2017). Neste caso, as pactuações de leitos de retaguarda em hospitais gerais são necessárias para o atendimento de intercorrências ocasionais, especialmente as de caráter clínico. Essas possibilidades, carretam ambiguidade de interpretação por parte dos gestores, que inserem registros no SCNES, de leitos psiquiátricos em CAPS, ou cadastros de leitos de Saúde Mental em hospitais especializados psiquiátricos, gerando informações incompatíveis com as orientações legais, tal como se pode comprovar nos Apêndices B até o Z.d deste estudo, onde constam observações atinentes às incoerências detectadas.

O SCNES é a base de dados em saúde hospitalar e ambulatorial, independentemente da natureza jurídica, imprescindível ao conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades. Visa auxiliar no planejamento em saúde, disponibilizando informações para outros sistemas, além de subsidiar gestores, pesquisadores e sociedade em geral, na tomada de decisões, planejamento, programação acerca da organização e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2017).

Entretanto, não dispõe de mecanismos de controle ou críticas que possam detectar dados incompatíveis com os regulamentos. Por se tratar de um sistema em que a alimentação de dados é de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou administrativos, muitas das vezes desconhecedores das políticas implantadas para cada programa ou serviço de saúde, inserem cadastros inadequados, como reportamos nos Apêndices de A a Z.d deste trabalho.

Em Manaus (Apêndice D) nota-se o registro de leitos de Acolhimento Noturno e Leitos Psiquiátricos em CAPS, configurando duplicidade no registro, conflitante com o que está regulamentado. Ainda é possível observar a existência de CAPS ofertando leito privado, não destinado ao SUS. A natureza jurídica privada causa a incerteza quanto à modalidade de CAPS ou de ambulatório de Saúde Mental.

Em Belém (Apêndice E) consta uma unidade sob gestão municipal, cadastrada como CAPS III, oferecendo 5 leitos privados em Saúde Mental. Nesta unidade os leitos de acolhimento noturno são cadastrados como psiquiátricos.

Em Maceió, consta no Apêndice I que foi incluído Hospital Dia em Hospital Geral, enquanto em Salvador (Apêndice J) foram observados registros em duplicidade, desvirtuando a configuração da rede local. Detectou-se também a existência de leitos cadastrados como de Hospital Dia em hospitais gerais, situação igualmente observada em Fortaleza.

Nota-se que em Recife (Apêndice N) consta uma clínica, onde são cadastrados leitos psiquiátricos e em Saúde Mental, com psicólogos, sem a presença de psiquiatras ou médicos de qualquer outra especialidade, e sem outros profissionais de Saúde Mental.

Em Teresina, no Apêndice O vê-se Hospital Dia cadastrado em clínica psiquiátrica, enquanto em Goiânia, no Apêndice R, leitos de Saúde Mental em Hospital Dia são cadastrados em hospital psiquiátrico.

Em Brasília (Apêndice U) foram registrados leitos de Saúde Mental em hospital psiquiátrico, mas, quantificados no SCNES como leitos psiquiátricos.

Em São Paulo, observa-se que consta ambulatório de Saúde Mental cadastrado como CAPS, conforme consta no Apêndice X. Sabe-se que nos CAPS as pessoas em tratamento são inseridas nas modalidades previstas de tratamento intensivo, semi-intensivo, não intensivo, enquanto que nos ambulatórios os atendimentos são causais, e o prosseguimento do tratamento, se necessário, ocorrerá mediante referenciamento do usuário a outras instituições.

No Rio de Janeiro (Apêndice Y) foi inserido o registro de leito de Saúde Mental cadastrado em clínica especializada em psiquiatria. Constam leitos sob gestão da justiça e sob gestão intersetorial do Ministério da Justiça em parceria com o Ministério da Saúde, mas estes leitos não foram quantificados nem como psiquiátricos, nem como leitos de Saúde Mental.

Em Porto Alegre (Apêndice Z.a), as informações demonstram que existem registros em duplicidade, 60 leitos registrados em hospital geral e CAPS cadastrados como hospitalais.

Em Florianópolis (Apêndice Z.b), consta leito em hospital psiquiátrico cadastrado como leito de Saúde Mental em Hospital dia.

São diversas as incompatibilidades detectadas nos registros do SCNES, denotando incoerência com a Política Nacional de Saúde Mental, e com os próprios objetivos do SCNES ao pretender subsidiar conhecimento através de seus dados.

No entanto, importa acrescentar que para o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), o SCNES é a fonte de informações oficial e a ferramenta de representação das redes locais regionais de saúde. Portanto, deve ser adotado e reconhecido por todo e qualquer sistema de informação nacional e internacional que se utilize de seus dados para pesquisa ou comparabilidade em nível global.

Além destes requisitos, estão previstos dispositivos que possibilitem melhorias à medida em que ocorrerem mudanças nos fluxos, métodos ou incorporação de novas informações (Brasil, 2017). Os gestores se incumbirão de manter os aplicativos computacionais, serviços de internet, portais e bancos de dados necessários para suportar o sistema de informação do CNES e deverão dispor sobre os padrões de comunicação e interoperabilidade dos aplicativos e bancos

de dados utilizados. As inconformidades cadastrais, detectadas por órgãos de controle ou pelo poder judiciário estarão sujeitas às correções que se fizerem indispensáveis.

Quanto aos leitos psiquiátricos, a partir de 2015 o Ministério da Saúde deixou de abalizar parâmetros específicos. Até então, era recomendado que não se contratasse novos leitos psiquiátricos onde a capacidade instalada já tivesse atingido 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes (Brasil, 2011). Desta forma, considera-se adequado que a tendência almejada seja a diminuição gradativa de leitos psiquiátricos em hospitais especializados.

A partir de 2015, considerando a necessidade de flexibilizar a aplicação dos parâmetros propostos, possibilitando ajustes necessários, impostos por necessárias e naturais variações epidemiológicas, advieram novos preceitos que passaram a vigorar sem, entretanto, estimar referências quantitativas para cobertura de leitos psiquiátricos, consideradas em normativas anteriores. É possível aferir como adequada a diminuição gradativa dos leitos em hospitais especializados, tal como prevista na legislação, embora essa circunstância seja passível de insatisfações por parte de grupos, a exemplo da já referida neste trabalho, ABP, cujos interesses estejam contrariados. Ocasionalmente são observadas situações contrárias aos anseios preconizados pela luta Antimanicomial, suscitando retrocessos pressionados ou não por estes grupos.

Sabe-se que o CNS deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, de forma compartilhada com os gestores das secretarias do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, Tribunais de Contas, Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e Ministério Público (Brasil, 1990).

Cabe acrescentar que, segundo atribuições legais, o CNS tem atribuição combativa, defensiva contra desvios e distorções das políticas instituídas, buscando o acompanhamento das ações, de forma articulada com as instâncias envolvidas, incluindo as sociais, representadas pelos conselhos estaduais, municipais e conferências municipais, estaduais e nacionais de Saúde Mental (Brasil, 1990).

Recentemente, o CNS (Brasil, 2018) emitiu recomendação ao Ministério da Saúde solicitando revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, por considerá-la um anacronismo em relação à Política Nacional de Saúde Mental, especialmente porque, entre outros pontos, propõe a desestruturação da lógica organizativa da RAPS indicando a inclusão do hospital psiquiátrico e o aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos.

A definição dos critérios e parâmetros de cobertura das ações e serviços de saúde está prevista na Lei nº. 8080/90, em seu Artigo 26 e diz respeito a uma referência fixa, baseada na

quantidade de ações ou serviços pelo número de habitantes, mas a SAS, a quem cabe definições normativas não constituiu ainda parâmetros amoldáveis especificamente às constantes variações impostas pelas lutas antimanicomiais, notadamente em decorrência de que referências fixas não se aplicam nesta área sujeita a frequentes transformações.

Desta forma, foram relacionados na Tabela 6 – Oferta de Leitos de Saúde Mental e Psiquiátricos nas capitais brasileiras em 2018. Na coluna *Psiquiátricos* constam os leitos cadastrados em hospitais especializados, Hospitais Gerais, incluindo CAPS.

Já a coluna Saúde Mental, que está subdividida em três outras colunas SM, AN e HD são e deveriam ser os leitos cadastrados em serviços substitutivos.

As capitais que detêm 100% de leitos psiquiátricos, em relação aos de Saúde Mental são Cuiabá e Porto Velho. Em Palmas, a oferta de 100% é para os leitos de Saúde Mental.

Em São Paulo é observada a oferta de 75% de leitos psiquiátricos e 25% de leitos de Saúde Mental.

Campo Grande, Curitiba, Rio Branco e Vitória são as capitais que se apresentam na Tabela 6 – Oferta de Leitos de Saúde Mental e Psiquiátricos nas capitais brasileiras em 2018 com relação equilibrada entre a oferta de leitos psiquiátricos e os de Saúde Mental.

Tabela 6 – Oferta de Leitos de Saúde Mental e Psiquiátricos nas capitais brasileiras em 2018.

Capitais	População	Saúde Mental				Psiquiátricos	
		SM *	AN**	HD***	%	Leitos	%
Aracaju	648.939	30	36	0	20	265	80
Belém	1.485.732	7	4	12	22,5	79	77,5
B. Horizonte	2.501.576	0	81	0	16	430	84
Boa Vista	375.374	11	16	0	70	12	31
Brasília	2.974.703	96	21	55	22	598	78
Cpo. Grande	885.711	0	60	40	39	159	61
Cuiabá	607.153	0	0	0	0	120	100
Curitiba	1.917.185	6	37	498	51,5	509	48,5
Florianópolis	492.977	0	0	9	6,5	130	93,5
Fortaleza	2.643.247	0	23	120	16	733	84
Goiânia	1.495.705	0	14	101	9	1.109	91
João Pessoa	800.323	4	36	0	14	242	86
Macapá	493.634	0	0	0	0	16	100
Maceió	1.012.382	0	8	1	1,5	560	98,5
Manaus	2.145.444	1	5	0	15	34	85
Natal	877.640	21	1	0	5	403	95
Palmas	291.855	11	11	0	100	0	0
Porto Alegre	1.479.101	136	1	39	16	921	84
Porto Velho	519.531	0	0	0	0	39	100
Recife	1.637.834	30	44	7	14	483	86
Rio Branco	401.155	18	23	0	44	53	56
Rio de Janeiro	6.688.927	90	52	402	32,5	1.134	67,5
Salvador	2.857.329	0	0	205	30	486	70
São Luís	1.094.667	24	1	160	24	583	76
São Paulo	12.176.866	12	200	232	25	1.350	75
Teresina	861.442	10	10	30	22	175	78
Vitória	358.267	0	14	0	41	20	59

Fonte: DATASUS.

Notas: Dados numéricos de percentuais de leitos de Saúde Mental e Leitos psiquiátricos resultantes de arredondamentos conforme Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 2018).

*Saúde Mental Clínicos: Cadastrados no SCNES como Saúde Mental em hospitais, clínicas, CAPS e hospitais gerais e especializados.

** Acolhimento Noturno.

***Hospital Dia.

****Cadastrados no SCNES como leitos psiquiátricos em hospitais especializados, hospitais gerais, clínicas e CAPS.

Na Tabela 7 – Relação de Oferta/Demanda de Leitos em Hospitais Especializados nas capitais sem indicação de novas contratações em 2018 foram inseridos somente os leitos cadastrados nos hospitais psiquiátricos e acrescentados os cálculos relacionados ao limite estabelecido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011) de 0,45 leitos/1000 habitantes, demarcado

para evitar novas contratações de leitos. O resultado do cálculo, utilizando a fórmula aludida, população x 0,45 / 1000 subsidia a noção de quais são as capitais sem possibilidade de novas contratações: Goiânia, Natal, Maceió, Porto Alegre e São Luís. Desta forma, Goiânia é a capital com mais leitos excedentes.

Tabela 7 – Relação de Oferta/Demanda de Leitos em Hospitais Especializados nas capitais sem indicação de novas contratações em 2018.

Capitais	População	Leitos (*)	Resultado (**)	Leitos excedentes
Goiânia	1.495.705	1.107	673	434
Maceió	1.012.382	560	455	105
Natal	877.640	399	394	5
Porto Alegre	1.479.101	739	665	74
São Luís	1.094.667	583	492	91

Fonte: DATASUS. IBGE (estimativas para 2018).

Notas: (*) Psiquiátricos em Hospitais Especializados.

(**) Resultados da fórmula aplicada: população x 0,45 / 1000.

Quanto aos CAPS a existência de seus leitos é regulamentada pela Política Nacional de Saúde Mental, conforme portarias ministeriais para observação e monitoramento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

O CAPS AD tem como uma de suas atribuições regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros (Brasil, 2017).

Está previsto que os do Tipo I sejam criados em municípios com mais de 20.000 habitantes, os do Tipo II em municípios com até 70.000 habitantes e os do Tipo III nos municípios com mais de 200.000. CAPS AD, municípios com pelo menos 70.000 habitantes e CAPS AD III, que sejam implantados nos municípios com até 200.000 habitantes. Mas o Ministério da Saúde (Brasil, 2018) está criando o porte IV para CAPS, definindo critérios para assistência a pessoas com quadros graves causados por dependência de substâncias psicoativas, com complexidade superior ao CAPS AD III quanto à abrangência e assistência.

Os CAPS não são considerados exatamente, hospitalares e nem ambulatoriais, mas intermediários entre as duas modalidades. Os usuários dos CAPS com leitos cadastrados serão acolhidos, se necessário, inclusive no período noturno, até que se estabilizem.

A redação disposta na legislação estabelece que cada CAPS infanto juvenil, CAPSi, seja referência para populações de 200.000, sem definir a faixa etária correspondente a este critério, abrindo precedente para considerar a população geral, vez que CAPSi são estabelecimentos, cujo público-alvo admite pessoas até 18 anos.

Este conjunto de orientações abre precedente para inferências sobre a faixa etária das populações a que se referem os CAPS AD, designados para atenção, especialmente, a público-alvo adulto.

Mas, em apreço ao fator de risco detectado na faixa etária preponderantemente vulnerável ao consumo de drogas o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), selecionou a faixa etária de 10 a 19 anos, segundo levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID, realizado em 2010 e se vale de dados da OMS, em que 6% da população apresentem transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas para estimar número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas. De modo que para calcular parâmetro populacional de elegibilidade ao CAPS AD o Ministério da Saúde indica a fórmula:

$$(\text{número de habitantes entre 10 e 19 anos} \times 6) / 100.$$

Na Tabela 8 – População Elegível/Oferta de CAPS AD nas capitais brasileiras em 2018 encontram-se os resultados da fórmula proposta, referentes à população de risco para consumo de álcool e outras drogas.

Entretanto o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) ao aferir necessidades da população para CAPS AD estima que seja implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes. Mas, este parâmetro trata da população geral. Portanto não reserva conformação entre as faixas etárias, de forma a proporcionar critério para interpretação dos dados e para o interesse de qual alvo deseja atingir.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 8 - População Elegível/Oferta de CAPS AD nas capitais brasileiras em 2018 é observado que São Paulo, com população de 190.326 pessoas em situação de risco para desenvolver problemas relacionados ao álcool e outras drogas, oferta 22 CAPS AD. Da mesma forma, Fortaleza, que conta com 40.598 pessoas em situação de risco e oferta 11 CAPS AD.

Rio Branco e Palmas, constam na Tabela 8 - População Elegível/Oferta de CAPS AD nas capitais brasileiras em 2018 desprovidos de CAPS AD ainda que existam em seus territórios populações com potencial de risco na ordem de 3.732 e 2.286 respectivamente.

Entre as capitais que se apresentam similares em número de habitantes distingue-se Fortaleza, que com a população de 40.598, oferece 11 CAPS AD. Enquanto Brasília e Porto Alegre, com 40.857 e 39.093 respectivamente, ofertam, cada qual, 6 e 5 CAPS AD.

Tabela 8 – População Elegível/Oferta de CAPS AD nas capitais brasileiras em 2018

Capitais	População de 10 a 19 anos	População de risco	Oferta
Rio Branco	62.201	3.732	0
Macapá	80.602	4.836	1
Manaus	354.763	21.285	1
Belém	413.647	24.818	3
Porto Velho	76.071	4.564	1
Boa Vista	53.015	3.180	1
Palmas	38.114	2.286	0
Maceió	195.195	11.711	2
Salvador	647.540	38.852	3
Fortaleza	676.648	40.598	11
São Luís	185.375	11.122	2
João Pessoa	177.824	10.669	2
Recife	696.747	41.804	4
Teresina	177.191	10.669	2
Natal	222.151	13.329	2
Aracaju	148.811	8.928	2
Goiânia	342.963	20.577	3
Cuiabá	137.324	8.239	1
Cpo. Grande	129.800	7.788	1
Brasília	680.955	40.857	6
Vitória	256.920	15.415	1
B. Horizonte	846.938	50.816	5
São Paulo	3.172.106	190.326	22
Rio de Janeiro	1.889.494	113.369	7
Curitiba	566.465	33.987	3
Porto Alegre	651.557	39.093	5
Florianópolis	160.328	9.619	2

Fonte: DATASUS. CEBRID.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) evidencia, mediante estudos realizados, que a implementação dos CAPS por força da reforma, aconteceu inicialmente de acordo com a configuração da rede local, e posteriormente, a sua expansão foi também interiorizada, especialmente na região nordeste, onde havia em 2002 uma cobertura média de 0,12 CAPS por 100.000 habitantes e em 2010 com 0,81 CAPS por 100.000 habitantes. Em 2014 a cobertura média de CAPS/100.000 foi de 0,66 no Nordeste e no Brasil, de 0,86 (Brasil, 2015).

Em 2018 a cobertura de CAPS foi de 1,44. Com 3.020 CAPS registrados no SCNES em todo o território nacional, considerando a população brasileira estimada pelo IBGE para 2018, de 208.494.900 e aplicando a fórmula nº. de CAPS em 2018/população em 2018*100.000, é possível chegar a esse resultado.

O parâmetro CAPS/100.000 habitantes foi incluído como o indicador principal da Saúde Mental no Pacto pela Vida no SUS, exigindo dos gestores maiores esforços para a implantação

e qualificação dos CAPS em seus municípios e Estados Ministério da Saúde, 2011. Considera o Ministério da Saúde (Brasil, 2015. p.11) que *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.*

Desta maneira, conforme se observa na Tabela 9 – Cobertura populacional de CAPS nas capitais brasileiras segundo critérios definidos em 2018, é utilizado o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes, o CAPS-III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes. De maneira que está indicada a fórmula (Brasil, 2008):

$$[(n^{\circ} \text{CAPSI} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{CAPSII}) + (n^{\circ} \text{CAPSIII} \times 1,5) + \dots] \quad (1)$$

$$[(n^{\circ} \text{CAPSi}) + (n^{\circ} \text{CAPSad}) / \text{população}] \times 100.000 \text{ habitantes} \quad \dots(2)$$

O Ministério da Saúde (Brasil, 2008) objetivando proporcionar aos gestores instrumento para avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial, estabelece critérios utilizados para apreciar o parâmetro de cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes, de forma que a cobertura acima de 0,70 é considerada *Muito Boa*. A cobertura considerada *Boa* fica na faixa de 0,50 e 0,69. É considerada *Regular/Baixa* a cobertura que vai de 0,35 a 0,49. E assim, cobertura *Baixa*: de 0,20 a 0,34; cobertura *Insuficiente/Crítica*, abaixo de 0,20.

Então, ao aplicar a fórmula indicada, observa-se que os dados inseridos na Tabela 9 – Cobertura populacional de CAPS nas capitais brasileiras segundo critérios definidos em 2018 trona-se possível distinguir os municípios que se encontram em conformidade com o parâmetro definido como cobertura *Muito Boa*: João Pessoa, Recife, Aracaju, Cuiabá, Campo Grande, Fortaleza, Vitória, Belo Horizonte, São Paulo, Salvador, Curitiba, Porto Alegre, Maceió, Palmas, Boa Vista, Porto Velho e Florianópolis.

Em contraposição encontra-se Manaus, localizada na faixa considerada *Baixa* e Belém, na categoria *Regular*. Nenhuma das capitais estudadas obteve o limiar referente à faixa *Insuficiente/Crítica*.

Os outros municípios componentes deste estudo, quais sejam, Rio de Janeiro, Rio Branco, Macapá, Belém, Brasília, Teresina, Natal, São Luís, Goiânia, encontram-se na faixa definida como *Boa*.

Tabela 9 - Cobertura populacional de CAPS nas capitais brasileiras segundo critérios definidos em 2018

Município	População	CAPS Existentes					i	Cobertura/ 100.000 hab. (*)
		AD	I	II	III			
Aracaju	648.939	2	0	0	3	1	1,15	
Belém	1.485.732	3	4	1	1	0	0,50	
Belo Horizonte	2.501.576	5	0	1	9	0	0,76	
Boa Vista	375.374	1	0	1	1	0	0,93	
Brasília	2.974.703	6	1	8	0	3	0,58	
Campo Grande	885.711	1	0	1	3	1	0,84	
Cuiabá	607.153	1	1	1	0	2	0,74	
Curitiba	1.917.185	3	0	2	5	3	0,80	
Florianópolis	492.977	2	0	1	0	1	0,81	
Fortaleza	2.643.247	11	1	5	0	3	0,73	
Goiânia	1.495.705	3	0	5	0	1	0,60	
João Pessoa	800.323	2	0	0	2	1	0,74	
Macapá	493.634	1	0	1	0	1	0,60	
Maceió	1.012.382	2	0	3	1	1	0,74	
Manaus	2.145.444	1	0	0	2	1	0,23	
Natal	877.640	2	0	2	0	1	0,56	
Palmas	291.855	0	0	1	1	0	0,85	
Porto Alegre	1.479.101	5	1	4	1	2	0,87	
Porto Velho	519.531	1	0	2	0	1	0,76	
Recife	1.637.834	4	0	8	1	4	1,06	
Rio Branco	401.155	0	0	1	1	0	0,62	
Rio de Janeiro	6.688.927	7	0	16	4	8	0,55	
Salvador	2.857.329	3	0	14	0	2	0,66	
São Luís	1.094.667	2	1	1	1	1	0,54	
São Paulo	12.176.866	22	5	26	16	24	0,80	
Teresina	861.442	2	0	4	0	1	0,58	
Vitória	358.267	1	0	1	1	1	1,25	

Fonte: DATASUS, IBGE (estimativas populacionais para 2018).

Foram localizadas no SCNES os serviços e unidades constituintes da RAPS em 2018 e inseridos na Tabela 10 - Rede de Atenção Psicossocial nas Capitais Brasileiras – 2018, onde é possível visualizar a conformação da rede contemplando um modelo de atenção aberto e de base comunitária, em que estão incluídos CAPS, SRTs, Hospitais Dia e Especializados.

Seguramente não estão incluídos outros recursos que também contribuem para a inclusão dos indivíduos com transtorno mentais ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como centros de convivências, praças públicas, meios culturais, sociais, que sobremaneira contribuem para a desinstitucionalização.

Optamos por não incluir número de leitos na coluna Hospitais Psiquiátricos da Tabela 10, pois nos deparamos com mais uma incongruência de registros no SCNES. Os dados são

alterados, a depender das opções escolhidas para a pesquisa.

Assim, tomemos, por exemplo, número de leitos psiquiátricos em Salvador. Se o caminho utilizado para a consulta for: leitos > Estado Bahia > município Salvador > especialidade Psiquiatria > Competência 2018, é possível encontrar o número de 486 leitos psiquiátricos em 2018 (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=29&VMun=292740&VComp=201812). Mas, se o caminho escolhido no SCNES for: Tipos de Estabelecimentos > Estado Bahia > município Salvador > Competência 2018 > Tipo Hospital Especializado . Sub Tipo Psiquiatria (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2927400004472), a informação processada é de cinco hospitais que, juntos, ofertam 357 leitos psiquiátricos. Assim, os dados dependem da forma em que a pesquisa é desenvolvida, gerando instabilidade na interpretação e análise dos mesmos.

Ocorre que foram detectados registros de leitos de Saúde Mental em Hospitais Psiquiátricos. É necessário reiterar que leitos de Saúde Mental, conforme previsão legislativa, sejam cadastrados nas unidades substitutivas ao modelo hospitalar.

A seguir, na Tabela 10 – Rede de Atenção Psicossocial nas capitais brasileiras em 2018 foram catalogados serviços e unidades constituintes da RAPS, assim como estão demonstrados.

Por estar considerando o aparato instituído de todos os modelos previstos para a assistência aos portadores de transtornos mentais no âmbito do SUS, os dados levantados facilitam a visualização da diversidade de oferta e acesso aos pontos de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Entre as capitais constantes da Tabela 10 – Rede de Atenção Psicossocial nas Capitais Brasileiras em 2018, as que se apresentam com evidente escassez na atenção psicossocial são Cuiabá, Florianópolis, Cuiabá, Macapá, Porto Velho e Vitória.

Quanto a Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Recife, Salvador, São Luís, São Paulo são as que garantem quantidades e variedades nos serviços ofertados.

As capitais que se sobressaem pela variedade, sem, entretanto, apresentar destaque quanto às quantidades são Brasília, Campo Grande e Maceió.

Tabela 10 – Rede de Atenção Psicossocial nas Capitais Brasileiras em 2018

Capital	SRT	eCR	CAPS	HD (*)	CAPS ^c leitos	Nº Leitos	Hosp Gerais ^c Leitos	Nº. Leitos	HD ^c Leitos	Nº. Leitos	Hospitais Psiquiátricos
Aracaju	3	1	6	0	5	36	4	54	0	0	3
B. Horizonte	15	4	15	4	15	81	4	23	0	0	6
Belém	1	1	9	3	1	4	7	80	3	12	0
Boa Vista	0	0	3	0	3	16	1	23	0	0	0
Brasília	0	2	18	6	2	21	9	82	4	55	9
Cpo. Grande	1	0	6	2	6	60	2	14	1	40	2
Cuiabá	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1
Curitiba	4	3	13	5	5	37	5	10	5	498	9
Florianópolis	0	1	4	2	0	0	2	2	2	9	2
Fortaleza	3	1	20	3	5	143	6	41	2	120	4
Goiânia	5	2	9	3	1	14	2	3	9	832	7
J Pessoa	2	4	5	1	4	36	2	4	0	0	2
Macapá	0	1	3	0	0	0	2	16	0	0	0
Maceió	0	5	7	1	1	8	0	1	1	1	3
Manaus	2	1	4	3	5	36	1	3	0	0	0
Natal	3	3	5	1	1	1	5	25	0	0	3
Palmas	0	1	2	0	1	11	1	11	0	0	0
Porto Alegre	4	2	13	7	1	1	13	327	2	39	6
Porto Velho	0	1	4	0	0	0	4	39	0	0	0
Rio Janeiro	27	7	35	10	9	54	14	132	6	402	12
Recife	12	2	17	1	7	44	7	73	0	0	4
Rio Branco	0	1	2	0	2	23	1	18	0	0	1
Salvador	5	6	19	5	0	0	4	197	4	155	7
São Luís	3	1	6	4	3	11	3	24	4	160	3
São Paulo	38	15	93	24	32	233	21	318	24	232	14
Teresina	4	0	7	0	1	10	3	12	1	30	2
Vitória	1	0	2	1	2	14	2	20	0	0	0

Fonte: DATASUS, IBGE.

(*) HD - Hospitais Dia

Por fim, torna-se importante informar que os parâmetros considerados neste trabalho representam aproximações relacionadas às necessidades populacionais, visando equacionar a programação e a oferta de serviços e ações, a despeito de tantas outras variáveis a serem consideradas, como restrições financeiras e configuração loco regional, segundo a qual, a distribuição de unidades seja de acordo com modelo assistencial implantado. Assim, não há como explicitar exatamente, por exemplo, quantos CAPS de cada tipo deveria ou poderia ser criado em determinado contingente populacional ou até mesmo, epidemiológico. Por ser caracterizado como substituto do modelo hospitalar, é de se esperar que os municípios com

concentração de leitos psiquiátricos, implantem mais CAPS, enquanto que municípios sem hospitais com leitos psiquiátricos não absorverão demanda para unidades substitutivas, tornando o perfil epidemiológico local indispensável nas considerações quanto à rede física necessária. Esta interpretação, suscitada em consequência de um viés de origem, já deveria ser suplantada pela real ideologia conceitual dos CAPS, validando a sua implementação, independentemente da rede hospitalar.

Portanto, acredita-se que a instituição de parâmetros seja continuamente revisada, em função da finalidade a que se propõe de proporcionar oferta suficiente à demanda.

7 Considerações Finais

Em meio a controvérsias provenientes do ambiente complexo em que a reforma se instala, é fato que a atenção à Saúde Mental encontra-se em certa medida focada nas modalidades não hospitalares, motivando aos municípios historicamente detentores de concentração de leitos com pacientes asilares, que se ressintam em maior extensão que os demais, das alterações sobrevindas das pressões por uma reforma.

Situação esta que se agrava por contermos um sistema de saúde híbrido, constituído por prestadores públicos e privados, sendo o setor público submetido aos regulamentos instituídos e o privado, às regras do mercado. Torna-se inexecutável a formação de parcerias entre os setores público e privado, pois o funcionamento do primeiro está sob dependência da gestão pública e o outro, atua de forma independente, de acordo com os fundamentos da administração privada.

A provisão elevada de leitos em hospital psiquiátrico é indicativa de baixa implantação da agenda da reforma. Do mesmo modo, a disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospital geral e residências terapêuticas indica a aderência do sistema nacional de saúde às diretrizes de desinstitucionalização.

Após análise dos dados considerados neste trabalho, nota-se que práticas alternativas ao modelo hospitalar vêm se firmando, não obstante os recorrentes obstáculos presentes desde o desencadear inicial do processo até recentemente quando mediante emissão de nota técnica o Ministério da Saúde se posiciona em claro retrocesso, com a inclusão das comunidades terapêuticas e hospitais especializados na RAPS

Os pressupostos antimanicomiais são marcados por posicionamentos diversos, onde alguns defendem que a reforma é psiquiátrica, outros que é pela extinção dos hospitais e há ainda os que dizem que se trata de uma politização ou socialização da loucura.

Giovanella et al. (2008), quando se referem à instituição total, defendendo a necessidade de desospitalizar deixam claro que quando se referem à desconstrução do manicômio, falam da desmontagem da lógica institucional, político, jurídico, social e cultural que se estruturou em torno do conceito da doença mental como sinônimo da perda da razão.

Filho e Lemos (2012) alegam que ao se constituir como matriz orientando experiências concretas, os diversos discursos da reforma não constituem uma disciplina de saber nem formam uma teoria, uma vez que não tratam das mesmas questões, elegem alvos diversos, propõem diferentes estratégias, não compondo unidade ou consenso. São na verdade discursos que ora dialogam, ora rivalizam em relação aos condicionantes sociais da loucura e aos modos de governá-la, assumindo idiosincrasias marcadas por efervescências, quando na verdade o

que está ausente é uma política pública caracterizada por investimentos financeiros apropriados, *accountability*, valorização dos profissionais envolvidos, medicamentos e equipamentos adequados.

Como protótipo de ambiguidade entre a luta antimanicomial e política pública de Saúde Mental arrazoamos sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, adotados pelo Ministério da Saúde mediante publicação de parâmetros que representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores, na prática de suas políticas, ofertando quantidades adequadas de leitos, de forma coerente com a população local, mas que divergem da crescente desospitalização induzida por movimentos antimanicomiais. Instituídos os parâmetros, após momentos marcantes da reforma, como: Decreto nº. 3.657, de 1989, Declaração de Caracas, de 1990, III Conferência Nacional de Saúde Mental, Lei nº. 10.216, de 2001, os parâmetros produzem certa apreensão, quando estabelecem estimativas populacionais para leitos, sem considerar tais elementos.

Os momentos políticos influenciam os números registrados neste trabalho no que se refere a leitos psiquiátricos: em 1978, época em que estavam consolidadas as colônias agrícolas, existiam 78.278 leitos psiquiátricos, que aumentaram para 95.506 no período pós-ditadura militar até 1990. No contexto da redemocratização nacional, quando ocorria simultaneamente a luta contra a ditadura militar e a luta antimanicomial, grupos denunciavam que as vítimas dos hospitais eram não somente os pacientes, mas também, alguns presos políticos Filho e Lemos (2012). Assim, os números registrados no Brasil em 2018 de 32.252 leitos, demonstram a adoção da política incitada pelos movimentos sociais em busca de uma reforma no sistema asilar.

Atualmente o SUS adota os termos “portadores de transtornos”, “usuários” para se referir aos beneficiários da Saúde Mental, bem mais adequado que os outros tantos preteridos, como: alienado, perturbado, demente ou maluco.

Mas é preciso frisar que a luta antimanicomial não se restringe a desospitalizar, como aconteceu na experiência americana em que a desospitalização significou o fechamento dos hospitais psiquiátricos, objetivando reduzir despesas do Estado, sem ter, em contrapartida, adequada criação de serviços comunitários, configurando-se no fenômeno “os loucos na rua”, como alega Kantorski (2001).

A sociedade atual em alguma medida já compreende que as políticas a serem adotadas não devem se restringir somente à reformulação de serviços, criação de aparatos normativos ou jurídicos, mas de internalizar um novo *éthos* referencial, concebendo uma nova visão igualitária, capaz de transformar a relação cultural de toda a coletividade e de todos os

segmentos para com os portadores de distúrbios mentais, reconhecendo cada vez mais a complexidade da questão, para cada vez mais agregar à Saúde Mental abordagens técnicas interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais.

Przeworski (2005) ao tratar das reformas institucionais argumenta que as instituições são endógenas, e reproduzem as suas condições iniciais, conhecidas como *path dependence*, ou seja, a história faz a diferença. Analisando sob essa perspectiva, torna-se possível se acercar novamente do embaraço: o sistema manicomial pode se ajustar aos elementos antimanicomiais e se reproduzir sob novas circunstâncias?

O movimento pela reforma continua e os que a vêm por um único ângulo, intencionalmente ou não, deixam de perceber a sua real dimensão.

8 REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.** Disponível em: <<https://www.abp.org.br/search-results-page/ABP%25202006>> Acesso em 12/12/2018.
- BRASIL. Constituição.** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php> Consulta em 27/01/2019.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=>> Consulta em 27/01/2019.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php>. Consulta em 27/01/2019.
- BRASIL.** Conselho Nacional de Saúde em <conselho.saude.gov.br/resolucoes>. Consulta em 18/12/2018.
- BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL.** Lei nº 8.142, de 28/12/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL.** Decreto n. 3689 03 de outubro de 1941. **Código Processo Penal.** Diário Oficial da União. Brasília, 1941.
- BRASIL.** Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009.
- BRASIL.** Decreto nº 4.740, de 13/06/ 2003. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2003.
- BRASIL.** Lei nº. 10.216, de 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Brasília, 2001.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Nota Técnica nº. 1, de 01/01/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2019.
- BRASIL.** CIT. Resolução nº. 298, de 2 de dezembro de 1999. Regulamenta a composição de comissão na Saúde Mental. Brasília, 1999.

- BRASIL.** CIT. Resolução nº. 32. Estabelece diretrizes de fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Dez. Brasília, 2017.
- BRASIL.** CIT. Resolução n. 8, de 24/11/2008. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Brasília, 2016.
- BRASIL.** CIT. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília, 2017.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Glossário Temático: Economia da Saúde.** 3ª Ed. Brasília, 2013
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2005.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Instrumentos de Gestão em Saúde.** Brasília. 2002.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar.** Brasília, 2012.
- BRASIL.** Ministério da Saúde; CONASS. **Assistência da Média e Alta Complexidade no SUS.** Volume 9. Brasília, 2007.
- BRASIL.** **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica, Saúde Mental.** N. 34. Brasília, 2013.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Cadernos de Diretrizes, Metas e Indicadores 2013-2015.** 2ª Edição. Brasília, 2014, p. 24.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS/01/2002. Brasília, 2002.
- BRASIL.** Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados.* Março de 2012, Ano VII, número 10.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Brasília, 2018.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão. 2003-2006.** Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília. 2007.

- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2007-2010.** Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília. 2011.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2010-2015.** Cuidado em Liberdade, Defesa dos Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Brasília. 2016.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília, 2005.
- BRASIL.** Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê voltado à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa. Brasília, 2017.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria n.º. 1.315, de 11 de maio de 2018. Habilita municípios a desenvolverem projetos de prevenção ao suicídio, no âmbito da rede de atenção psicossocial. Brasília, 2018.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria n.º. 2.663, de 11 de outubro de 2017. Institui incentivo financeiro no âmbito da rede psicossocial para assistência aos povos indígenas. Brasília, 2017.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria n.º. 147, de 25/08/1994. Amplia o item 4.2 da PT MS/SNAS n.º 224/92 de 29.01.92. Dispõe sobre o projeto terapêutico. Brasília, 1994.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria n.º. 145, de 25/08/1994. Cria subsistema de supervisão, controle e avaliação na área de Saúde Mental. Brasília, 1994.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em Saúde Mental no SUS. Brasília, 1992.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º. 353, de 07/03/2005. Institui grupo de trabalho e dá outras providências. Brasília, 2005.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS n.º. 856, de 22 de agosto de 2012. Inclui no SCNES a Unidade de Atenção e Regime Residencial. Brasília, 2012.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. SAS. Portaria n.º. 1.727, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Brasília, 2016.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de CAPS AD do Tipo IV e dá outras providências. Brasília, 2018.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018. Reajusta valores de internação hospitalar. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº. 1 de 28/09/2017. Origem: Portaria/GM nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº. 1 de 28/09/2017. Origem: Portaria nº. 1.646, de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 1, de 27 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 1, de 27 de setembro de 2017. Origem Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Origem Portaria nº. 52, de 20/01/2004, alterada pela Portaria n. 2.644, de 28/10/2009. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Origem Portaria nº. 122, de 25/01/2011. Define diretrizes de organização e funcionamento de eCR. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Origem Portaria nº 94, de 14/01/2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Origem: Portaria nº. 131, de 26/01/2012. Institui incentivo financeiro para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Origem: Portaria nº. 132, de 26/01/2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017. Origem: Portaria nº. 44, de 10/01/2001. Institui no âmbito do SUS a modalidade Hospital Dia. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 3, de 27 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da

saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Origem: PRT MS/GM nº. 148/2012, Art. 3º, VI. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 3, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 336, de 10/02/2002. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 3, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 106, de 11/02/2000. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 3, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 3088, de 23/12/2011. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 3, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 3090, de 23/12/2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, custeio mensal para implantação SRT. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº. 5 de 28/09/2017, origem Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Define e Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº. 5 de 28/09/2017, origem Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000. Cria grupo permanente de estruturação e acompanhamento em Saúde Mental. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 5, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 122, de 25/01/2012. Define diretrizes de funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 6, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 615, 15/04/2013. Institui incentivo financeiro para construção de CAPS AD. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 6, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 52, de 20/01/2004, alterada pela Portaria nº. 2.640, de 28/10/2009. Institui o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 6, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 132, de 26/01/2012. Institui incentivo financeiro para desenvolvimento de reabilitação psicossocial. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS de Consolidação nº 6, de 27 de setembro de 2017. Origem: PRT/MS/GM nº. 2.480, de 29/12/2014. Cria o programa de desinstitucionalização do RAPS. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017, origem Portaria/GM nº 148/2012. Estabelece normas de funcionamento para Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com

Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº. 3.588, de 21/12/2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº. 25, de 2012. Apresenta informações sobre a implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, in** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Padroniza nomenclatura hospitalar. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Saúde Mental em Dados 12.** Ano 10 número 12. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2017.

BRASIL. CNS. Recomendação nº. 1, de 31 de janeiro de 2018. Recomenda a revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, 2018.

BRITO M.A.M. e Dimenstein M. **Contornando as grades do manicômio:** histórias de resistências esculpidas na instituição total. UFRN. 2008, p.1.

CEBRID. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. 1º. Ed. Disponível em < <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-M%C3%A9dio-das-Redes-P%C3%ABlica-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf>> Consulta em 05/02/2019. Brasília, 2010.

CERVANTES, M. **Dom Quixote de La Mancha.** Tradução e notas de Ernani Ssó. Le Livros. 2012.689p.

CONAD disponível em

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=102581>. Consulta em 07/04/2014.

CONAD. Resolução nº. 1, 19/12/2017. Define as diretrizes para realinhamento da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2017.

DATASUS em <www.cnes.gov.br>. Consulta em 01/10/2018. 2018.

DATASUS em

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=> Consulta em 28/01/2019.

DATASUS em <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=00>
Consulta em 18/01/2019.

DATASUS em <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00>
Consulta em 11/01/2019.

DELGADO P. G. et al. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

FERNANDES F. e MOURA J. A. **Institucionalização da Loucura**: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da Saúde Mental (parte II). in: <<http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/2009>> consulta em 19/03/2019.

FILHO K.P.e LEMOS F.C. **Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil**. Contemporânea ISSN: 2236-532X v. 2, n. 1. pp. 45-63 – jan.-jun. 2012.

FOUCAULT M. **História da Loucura**. São Paulo, Ed Perspectiva. São Paulo, 1978.

FURTADO, R.P. et al. **Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias**: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00183.pdf> Consulta em 25/02/2019. Goiânia, 2017.

GENTIL V. **Uma leitura anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”**. Revista USP, SP, nº. 43 p. 6-23, setembro/novembro. 1999.

GIOVANELLA L. et al. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. pp. 735-746. Ed FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2008.

GOFFMAN E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. p. 62. Ed. Perspectiva. São Paulo Brasil, 1974.

GONÇALVES A.M. e SENA R.R. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55.

IBGE disponível em <<https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/consumo/noticia/6922000/cidades-mais-populosas-brasil-segundo-ibge>>. Consulta em 29/08/2018.

ITÁLIA. Lei nº. 180, de 13/05/1978. Dispõe sobre direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Itália, 1978.

KANTORSKI L. P. - **A Reforma Psiquiátrica** - um estudo parcial acerca da produção científica. Disponível em < https://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/reforma.html> Consulta em 06/02/2019. Goiânia, 2001.

LANCMAN S. **Instituições psiquiátricas e comunidades:** um estudo de demanda em Saúde Mental no Estado de São Paulo, Cadernos de Saúde Pública vol.13 n.1 Rio de Janeiro.1997.

LESSA I. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:** um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.4, pp.931-943. ISSN 1413-8123.

LÒPEZ J.J. Ibor. **The founding of the first psychiatric hospital in the World** in Valencia. Spain. 2008.

ASSIS, M. **O Alienista.** Rio de Janeiro. Nova Aguilar 1994. 10p

MENICUCCI, T.M.G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

MOURA E.S. **Aos Loucos o Hospício.** FAPESP Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Ed. 263 São Paulo jan. 2018.

NIETZSCHE, F. **Assim Falava Zaratustra** . Tradução, prefácio José Mendes de Souza. Versão para eBook.com. 2002 33p.

OPAS. CONASS. As Redes de Atenção à Saúde. MENDES VM. Disponível em < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/as_redes_de_atencao_a_saude.pdf> consulta em 01/03/2017. Brasília, 2011.

PRZEWORSKI, A. **A Última Instância.** As instituições são a causa primordial do desenvolvimento econômico? In < <http://www.scielo.br/pdf/nec/n72/a04n72.pdf>> Consulta em 12/02/2019.

Psiquiatria Geral. Disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/estigmatizacao_manicomios.htm>. Consulta em 25/07/2014.

SANTOS R. **Porta giratória: conceito e ocorrências nas internações psiquiátricas em** Ribeirão Preto. Ribeirão Preto/SP. 2007.

SILVEIRA LC e BRAGA VAB. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19>> Consulta em 25/02/2019. 2005.

TENÓRIO F. **A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos.** Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Consulta 3m 20/03/2019. Rio de Janeiro, 2009.

VENEZUELA. Declaração de Caracas. Caracas, 1990.

VIEIRA S.T. e MONTEIRO C.F.S. **Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica,** in Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.3, n.3, p.44-48, Jul-Ago-Set. 2010.

WHO AIMS: REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEMS IN Latin America and the Caribe. Page 25, 27. Washington. 2013.

9 APÊNDICES

- A – População das Capitais Brasileiras
- B – Rio Branco/AC: Rede de Serviços
- C – Macapá/AP: Rede de Serviços
- D – Manaus/AM: Rede de Serviços
- E – Belém/PA: Rede de Serviços
- F – Porto Velho/RO: Rede de Serviços
- G – Boa Vista/RR: Rede de Serviços
- H – Palmas/TO: Rede de Serviços
- I – Maceió/AL: Rede de Serviços
- J – Salvador/BA: Rede de Serviços
- K – Fortaleza/CE: Rede de Serviços
- L – São Luís/MA: Rede de Serviços
- M – João Pessoa/PB: Rede de Serviços
- N – Recife/PE: Rede de Serviços
- O – Teresina/PI: Rede de Serviços
- P – Natal/RN: Rede de Serviços
- Q – Aracaju/SE: Rede de Serviços
- R – Goiânia/GO: Rede de Serviços
- S – Cuiabá/MT: Rede de Serviços
- T – Campo Grande/MS: Rede de Serviços
- U – Brasília/DF: Rede de Serviços
- V – Vitória/ES: Rede de Serviços
- W – Belo Horizonte/MG: Rede de Serviços
- X – São Paulo/SP: Rede de Serviços
- Y – Rio de Janeiro/RJ: Rede de Serviços
- Z – Curitiba/PR: Rede de Serviços
- Z.a – Porto Alegre/RS: Rede de Serviços
- Z.b – Florianópolis/SC: Rede de Serviços
- Z.c – SISPACTO
- Z.d – UARR/Brasil

9.1 A - População das Capitais Brasileiras

Regiões	Estados	Capitais	População Estimada - 2018
Norte	Acre	Rio Branco	401.155
	Amapá	Macapá	493.634
	Amazonas	Manaus	2.145.444
	Pará	Belém	1.485.732
	Rondônia.	Porto Velho	519.531
	Roraima	Boa Vista	375.374
	Tocantins	Palmas	291.855
Nordeste	Alagoas	Maceió	1.012.382
	Bahia	Salvador	2.857.329
	Ceará	Fortaleza	2.643.247
	Maranhão	São Luís	1.094.667
	Paraíba	João Pessoa	800.323
	Pernambuco	Recife	1.637.834
	Piauí	Teresina	861.442
	Rio Gr do Norte	Natal	877.640
Centro-Oeste	Sergipe	Aracaju	648.939
	Goiás	Goiânia	1.495.705
Sudeste	Mato Grosso	Cuiabá	607.153
	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	885.711
	Distrito Federal	Brasília	2.974.703
Sul	Espírito Santo	Vitória	358.267
	Minas Gerais	Belo Horizonte	2.501.576
	São Paulo	São Paulo	12.176.866
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	6.688.927
TOTAL	Paraná	Curitiba	1.917.185
	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	1.479.101
	Santa Catarina	Florianópolis	492.977
TOTAL			49.724.699

Fontes: consulta em 21/12/2018.

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/rio-branco/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/belem/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/boa-vista/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/natal/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasilia/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>

9.2 B - Rede de Serviços: Rio Branco/AC

Tipo de Leito	Leitos		
	Estabelecimento	Existentes	SUS
Saúde Mental em CAPS - Acolhimento Noturno	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Sumaúma	8 15	8 15
Saúde Mental em Hospital Geral	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco	18	18
Em Hospitais Psiquiátricos	Hospital de Saúde Mental do Acre	53	53

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 21/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Sumaúma	CAPS II
Total	2

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 21/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
URAP Dra. Cláudia Vitorino	1	0	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=12&VMun=120040&VComp=00&VTerc=00&VServico=161 Consulta em 24/01/2019.

9.3 C - Rede de Serviços: Macapá/AP

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Saúde Mental em Hospital Geral	SES Ap Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima	14	14
	SES Ap Hospital de Emergência	2	2

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
Centro de Atenção Psicossocial para Infância	CAPSi
SES Ap Centro de Atenção Psicossocial Casa Gentileza	CAPS II
SES Ap Centro de Atenção Psicossocial Espaço Acolher	CAPS AD
Total	3

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
UBS Perpétuo Socorro	0	1	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=161&VListar=1&VEstado=16&VMun=160030&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus= Consulta em 24/01/2019.

9.4 D - Rede de Serviços: Manaus/AM

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiátricos em Hospital Geral	Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto	3	3
Acolhimento	CAPS Benjamim Matias Fernandes	1	1
Noturno em CAPS	*CAPS AD Dr. Afrânio Soares	1	0
	**CAPS Dr. Silvério Tundis	3	3
Psiquiátrico	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	28	28
	**CAPS Dr. Silvério Tundis	3	3

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

*CAPS ofertando leito privado.

**CAPS Dr. Silvério Tundis registro de 3 leitos de Acolhimento Noturno em CAPS em duplicidade com o registro de leitos psiquiátricos.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Dr. Afrânio Soares	CAPS AD
CAPS Benjamim Matias Fernandes	CAPS III
CAPS Dr. Silveiro Tundis	CAPS III
CAPS Infante Juvenil Leste	CAPSi
Total	4

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
UBS Morro da Liberdade	1	0	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=1302602011778&VListar=1&VEstado=13&VMun=130260&VZera=1 Consulta em 24/01/2019.

9.5 E – Rede de Serviços: Belém/PA

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiátrico em Hospital Geral	Hospital de Clínicas Gaspar Viana	60	60
	Clínica Dr. Mário Machado	8	8
	Hospital Adventista de Belém	2	0
	*Hospital Naval de Belém	2	0
	*Hospital Porto Dias	2	0
Saúde Mental em Hospital Geral	Porto Dias Prime	1	0
	Centro de Cuidados a Dependentes Químicos	5	5
Psiquiátrico em CAPS	**Centro Atenção em Saúde Mental Adulto	4	4
Hospital Dia	Centro Atenção em Saúde Mental Adulto	5	0
	Clínica Dr. Mário Machado	2	0
	***CAPS Grão-Pará	5	5
Acolhimento Noturno	Centro Atenção em Saúde Mental Adulto	4	4

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

Notas:

* Especializados em ortopedia

**Centro Atenção em Saúde Mental Adulto, sob gestão municipal, cadastrado como CAPS III, oferece 5 leitos em Saúde Mental, nenhum deles para o SUS. Seus leitos de acolhimento noturno são cadastrados como psiquiátricos.

*** CAPS cadastrado em hospital dia.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS Grão Pará	CAPS AD
Casa AD Centro Atenção Psicossocial Usuário Álcool e Droga	CAPS AD
Centro de Cuidados a Dependentes Químicos	CAPS AD
CAPS Renascer	CAPS I
Casa Mental Mosqueiro	CAPS I
CAPS I Icoaraci	CAPS I
Centro de Atenção Psicossocial da Marambaia CAPS	CAPS I
CAPS II	CAPS II
Centro Atenção em Saúde Mental Adulto	CAPS III
Total	9

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Estabelecimento	Consultório na Rua			Total
	Modalidade			
	I	II	III	
Unidade Básica de Saúde do Jurunas	0	0	1	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=15&VMun=150140&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=003 Consulta em 24/01/2019.

9.6 F - Rede de Serviços: Porto Velho/RO

Tipo de Leito	Leitos		
	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiátrico em	Complexo Hospitalar Central	1	0
Hospital Geral	Hospital de Base Porto Velho	35	35
	Hospital Unimed	2	0
	Sinergia	1	0

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD	CAPS AD
CAPS do Município de Porto Velho	CAPS II
CAPS II Estadual Madeira Mamoré	CAPS II
CAPS Infante Juvenil	CAPSi
Total	4

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Estabelecimento	Consultórios na Rua		
	Modalidade		
	I	II	III
Unidade de Saúde da Família Osvaldo Piana	0	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=161&VListar=1&VEstado=11&VMun=110020&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=003&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus= Consulta em 24/01/2019.

9.7 G - Rede de Serviços: Roraima/Boa Vista

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Acolhimento Noturno em CAPS	Centro de At Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS AD	8	8
	Centro de Atenção Psicossocial Edna Macellaro M Souza CAPS III	8	8
Saúde Mental em Hospital Geral	*Hospital Geral de Roraima	11	11
Psiquiátrico em Hospital Geral	*Hospital Geral de Roraima	12	12

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Dona Antônia D Matos Campos	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS AD	CAPS AD III
Centro de Atenção Psicossocial Edna Macellaro M Souza CAPS III	CAPS III
Total	3

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

9.8 H – Rede de Serviços: Palmas/Tocantins

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Acolhimento Noturno em CAPS	CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	11	11
Saúde Mental em Hospital Geral	Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres	11	11

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	CAPS AD III
CAPS II Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II
Total	2

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
Centro de Saúde da Comunidade Prof. ^a Isabel Auler	1	0	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=17&VMun=172100&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=001 Consulta em 24/01/2019.

9.9 I – Rede de Serviços: Maceió/AL

Leitos				
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
*Saúde Mental em Hospital Dia	Hospital do Açúcar	1	0	
Saúde Mental Acolhimento Noturno	CAPS AD Infante Juvenil Dr. Everaldo Moreira	8	8	
Em Hospitais Psiquiátricos	Casa de Saúde e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano	200	160	
	Casa de Saúde Miguel Couto	200	160	
	Hospital Portugal Ramalho	160	160	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

*Hospital Dia cadastrado em Hospital Geral.

CAPS		
Estabelecimento	Tipo	
CAPS AD Infante Juvenil Dr. Everaldo Moreira	CAPSi III	
CAPS Dr. Sadi Feitosa de Carvalho	CAPS II	
CAPS II Dr. Rostand Silvestre	CAPS II	
CAPS Noraci Pedrosa Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	
CAPSi Luiz da Rocha Cerqueira	CAPSi	
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD	CAPS AD	
Centro de Atenção Psicossocial CAPS Casa Verde	CAPS AD	
Total	7	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			
	I	II	III	
C S Roland Simon Pam Vergel 2 DS	0	1	0	
Centro de Saúde Dr. Hamilton Falcão 6 DS	0	1	0	
Centro de Saúde Oswaldo B Vilela 1 DS	0	1	0	
Unidade de Saúde da Família Durval Cortez	0	1	0	
Unidade de Saúde da Família Jose Araújo Silva 5 DS	0	1	0	
Total	0	5	0	

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=27&VMun=270430&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002 Consulta em 24/01/2019.

9.10 J – Rede de Serviços: Salvador/BA

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiátricos em Hospital Geral	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	14	14
	Hospital Santo Antônio	33	33
	Hospital Municipal de Salvador HMS	10	10
Saúde Mental em Hospital Dia (**)	CACIPP	50	0
	Ciclos Hospital de Saúde da Mente	1	0
	Clínica NUPSI	13	0
	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	1	1
	*Sanatório São Paulo	140	0
Em Hospitais Psiquiátricos	Clínica Ápice	34	0
	Clínica Bom Viver	72	0
	HOLISTE	15	0
	Hospital Especializado Mario Leal	30	30
	Hospital Juliano Moreira	178	178
	Sanatório São Paulo	100	0
	*Sanatório São Paulo	140	0

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

Notas

*Registros em duplicidade.

** Leitos cadastrados como de Hospital Dia em Hospitais Gerais.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD III Gey Espinheira	CAPS AD
CAPS AD Pernambues	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial Gregório de Matos	CAPS AD
CAPS Aguas Claras	CAPS II
CAPS Eduardo Saback Dias de Moraes	CAPS II
CAPS II Antônio Roberto Pellegrino Jardim Baiano	CAPS II
CAPS II Aristides Novis	CAPS II
CAPS II Franco Basaglia	CAPS II
CAPS II Liberdade	CAPS II
CAPS II Nise da Silveira	CAPS II
CAPS II Oswaldo Camargo	CAPS II
CAPS II Pau da Lima	CAPS II
CAPS II UFBA	CAPS II
CAPS Maria Celia da Rocha	CAPS II
CAPS Professor Adilson Peixoto Sampaio	CAPS II
CAPS Rosa Garcia	CAPS II
CAPS São Caetano Valeria	CAPS II
CAPSIA Liberdade	CAPSi
Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Meira Lessa	CAPS I

	Estabelecimento	Tipo
Total		19

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

9.11 K - Rede de Serviços: Fortaleza/CE

		Leitos	
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiátricos em Hospital Geral	HJMA Hospital Jose Martiniano de Alencar	2	2
	HIAS Hospital Infantil Albert Sabin	1	1
	Hospital Cura Dars	1	1
	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	12	12
	SOPAI Hospital Infantil	25	25
Saúde Mental em Hospital Dia *	FUJIDAYCLINC	0	
	Casa de Saúde São Gerardo	60	0
	Hospital de Saúde Mental de Messejana	60	60
Saúde Mental em CAPS - Acolhimento Noturno	CAPS AD SER I	10	10
	CAPS AD SER II	8	8
	CAPS Geral SER II	5	5
Em Hospitais Psiquiátricos	Comunidade Terapêutica Instituto Volta Vida	86	0
	Comunidade Terapêutica Vila dos Pinheiros	34	0
	Hospital de Saúde Mental de Messejana	180	180
	Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	130	130
	Hospital Universitário Walter Cantídio	2	2
	Instituição Espirita Nosso Lar	260	160

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 27/12/2018.

Notas: *Leitos de Hospital Dia cadastrados em Hospital Geral.

*FUJIDAYCLINC sem leitos e sem profissionais médicos ou de Saúde Mental cadastrados.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Marcus Vinicius de Oliveira Silva	CAPS AD
CAPS AD SER I	CAPS AD
CAPS AD SER II	CAPS AD
CAPS AD SER III	CAPS AD
CAPS AD SER IV	CAPS AD
CAPS AD SER V	CAPS AD
CAPS AD SER VI	CAPS AD
Unidade de Acolhimento Mario Cleiton Marçal UAA	CAPS AD
Unidade de Acolhimento Poeta Mario Gomes UAA	CAPS AD
Unidade de Acolhimento Adulto Silas Munguba Feminina	CAPS AD
Unidade de Acolhimento Adulto Silas Munguba Masculino	CAPS AD
CAPS Infantil SER III	CAPSi
Unidade de Acolhimento Dr. Marcus Vinicius Ponte Souza UAA	CAPSi

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS I SER IV	CAPSi
CAPS Geral SER IV	CAPS I
CAPS Geral SER I	CAPS II
CAPS Geral SER II	CAPS II
CAPS Geral SER III	CAPS II
CAPS Geral SER V	CAPS II
CAPS Geral SER VI	CAPS II
Total	21

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 27/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
UAPS Paulo Marcelo	0	1	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=23&VMun=230440&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002 Consulta em 24/01/2019.

9.12 L - Rede de Serviços: São Luís/MA

Leitos				
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
Saúde Mental em Hospital Dia	Clínica Santa Martha Ltda.	70	70	
	Criança Adolescente do Maranhão	30	0	
	Hospital Dia Vida e Liberdade	30	30	
	Hospital São Benedito	30	0	
Acolhimento Noturno em CAPS	CAPS Dr. Bacelar Viana CAPS III	1	1	
Saúde Mental em Hospital Geral	Hospital da Criança Dr. Odorico Amaral de Matos	5	0	
	Hospital da Mulher	5	0	
	Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira	4	0	
	Hospital Municipal Djalma Marques Socorro I	5	0	
	Socorrão II	5	0	
Em Hospitais Psiquiátricos	Clínica La Ravardiere Ltda.	240	240	
	Clínica São Francisco	240	240	
	Hospital Nina Rodrigues	103	103	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Total
CAPS AD	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD	CAPS AD
Centro de Assistência D Joao Antônio Farina	CAPS I
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II
CAPS Dr. Bacelar Viana CAPS III	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil	CAPSi
Total	6

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
Centro de Saúde Dr. José Carlos Macieira	0	0	1	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=161&VListar=1&VEstado=21&VMun=211130&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=003&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus= Consulta em 24/01/2019.

9.13 M - Rede de Serviços: João Pessoa/PR

Leitos						
Tipo de Leito	Estabelecimento				Existentes	SUS
Saúde Mental em Hospital Geral.	Complexo Hospitalar de Mangabeira	Governador Tarcísio Burity			4	0
Psiquiátrico em Hospital Geral	Complexo Hospitalar de Mangabeira	Governador Tarcísio Burity			10	10
Acolhimento Noturno em CAPS	CAPS AD David Capistrano				10	10
	CAPS AD Jovem Cidadão				12	12
	CAPS III Caminhar				8	8
	Centro de Atenção Psicossocial Dr. Gutemberg Botelho				6	6
Em Hospitais Psiquiátricos	Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira				72	72
	Instituto de Psiquiatria				160	160

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD David Capistrano	CAPS AD
CAPS AD Jovem Cidadão	CAPS AD
CAPS III Caminhar	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial Dr. Gutemberg Botelho	CAPS III
CAPSI Infanto Juvenil Cirandar	CAPSi
Total	5

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultórios na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
Unidade do PSF Timbo II	0	1	0
USF Integrada Cruz Das Armas	0	1	0
USF Integrada São Jose	0	1	0
USF Integrada Varadouro	0	1	0
Total	0	4	0

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=25&VMun=250750&VComp=00&VTerc=00&VServico=161 Consulta em 24/01/2019.

9.14 N – Rede de Serviços: Recife/PE

		Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS		
Psiquiatria em Hospital Geral	Hospital das Clínicas	12	12		
	Hospital Oswaldo Cruz	2	2		
	Hospital Otávio de Freitas	23	23		
	US 115 Hospital Geral de Areias	6	6		
Saúde Mental em Hospital Geral.	Hospital Evangélico De Pernambuco	14	14		
	IMIP Hospitalar	10	10		
	US 115 Hospital Geral de Areias	6	0		
Saúde Mental em unidade especializada	*Clínica Terapêutica Viva	7	0		
Acolhimento Noturno em CAPS	US 170 CAPS Dr. Galdino Loreto	7	7		
	US 263 CAPS José Carlos Souto	1	1		
	US 304 CAPS David Capistrano	6	6		
	US 306 CAPS AD Professor Luiz Cerqueira	10	10		
	US 318 CAPS CPTRA Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo	8	8		
	US 319 CAPS Espaço Azul	6	6		
	US 330 CAPS Espaço Livremente	6	6		
Em Hospitais Psiquiátricos	Clínica Psiquiátrica Santo Antônio	150	0		
	*Clínica Terapêutica Viva	1	0		
	Hospital Psiquiátrico Pernambuco	Ulysses	115	115	
	Sanatório Recife		174	159	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

Nota: *Clínica Terapêutica Viva, onde são cadastrados leitos psiquiátricos e em Saúde Mental, com psicólogos, sem a presença de psiquiatras ou médicos de qualquer outra especialidade, e sem outros profissionais de Saúde Mental.

CAPS		
Estabelecimento		Tipo
US 303 CAPS AD Espaço Travessia Rene Ribeiro		CAPS AD
US 335 CAPS AD Estação Vicente Araújo		CAPS AD
US 318 CAPS CPTRA Centro de Prevenção, Trat e Reab de Alcoolismo		CAPS AD
US 320 CAPS Centro Eulampio Cordeiro de Recuperação Humana		CAPS AD
US 310 CAPS AD Professor José Lucena		CAPS II
US 170 CAPS Dr. Galdino Loreto		CAPS II
US 253 CAPS Espaço Vida		CAPS II
US 263 CAPS José Carlos Souto		CAPS II
US 277 CAPS Esperança		CAPS II
US 319 CAPS Espaço Azul		CAPS II
US 330 CAPS Espaço Livremente		CAPS II
US 348 CAPS Boa Vista		CAPS II
US 304 CAPS David Capistrano		CAPS III
US 306 CAPS AD Professor Luiz Cerqueira		CAPSi
US 308 CAPS Professor Zaldo Rocha		CAPSi
US 340 CAPS Clea Lacet		CAPSi
US 343 CAPS CEMPI Centro Médico Psicol. Pedagógico Infantil		CAPSi
Total		17

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultórios na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
US 148 SC Dom Miguel de Lima Valverde	1	0	0
US 278 PSF N. Sra. do Pilar Bairro do Recife	1	0	0
Total	2	0	0

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=26&VMun=261160&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=001 Consulta em 24/01/2019.

9.15 O – Rede de Serviços: Teresina/PI

Leitos				
Tipo de Leito		Estabelecimento	Existentes	SUS
Saúde Mental em Hospital Geral.		Unidade Integrada do Mocambinho	10	10
Psiquiatria em Hospital Geral		Hospital Santa Maria	1	0
		Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí	1	1
*Saúde Mental em Hospital Dia		Hospital Areolino de Abreu	30	30
Saúde Mental em CAPS –Acolhimento Noturno.		Centro de Atenção Psicossocial CAPS III Sul	10	10

Em Hospitais	Hospital Areolino de Abreu	172	160
Psiquiátricos	PRONTOMED Adulto	1	0

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

Nota: *Hospital Dia cadastrado em clínica psiquiátrica

CAPS			
Estabelecimento			Tipo
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga Dr. Clidenor			CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial CAPS III Sul			CAPS AD
CAPS II Centro Norte			CAPS II
CAPS II Leste Sudeste			CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Sudeste			CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Sul			CAPS II
CAPS Infante Juvenil Dr. Martinelli Cavalca			CAPSi
Total			7

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
Unidade Básica de Saúde Dr. Jose R de Carvalho Cidade Verde	0	1	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=22&VMun=221100&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002 Consulta em 24/01/2019.

9.16 P - Rede de Serviços: Natal /RN

Leitos				
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
Psiquiátrico em Hospital Geral	Hospital Naval	4	0	
Saúde Mental em Hospital Geral.	Hospital Dr. Jose Pedro Bezerra	4	0	
	Hospital Maria Alice Fernandes	6	0	
	Hospital Municipal de Natal	5	5	
	HUOL Hospital Universitário Onofre Lopes	6	6	
Saúde Mental em CAPS Acolhimento Noturno.	- CAPS III Leste André Luís	1	1	
Em Hospitais Psiquiátricos	Clínica Santa Maria	48	0	
	Hospital Colônia Dr. Joao Machado	131	131	
	Hospital Psiquiátrico Prof. Severino Lopes	220	160	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Leste Dr. Luiz Gonzaga Moreira	CAPS AD
CAPS AD Norte Jose Jeová dos Santos	CAPS AD
CAPS III Leste André Luís	CAPS II
CAPS Oeste Dra. Nise da Silveira	CAPS II
CAPS Infantil Esperança	CAPSi
Total	5

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultórios na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
UBS São João	0	1	0
Unidade Mista de Mãe Luiza	0	1	0
USF Ponta Negra	0	1	0
Total	0	3	0

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=24&VMun=240810&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002 Consulta em 24/01/2019.

9.17 Q - Rede de Serviços: Aracaju /SE

Leitos				
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
Psiquiátrico em	Hospital de Cirurgia	16	16	
Hospital Geral	Hospital Universitário de Sergipe HUSE	8	8	
Saúde Mental em	Hospital de Cirurgia	16	16	
Hospital Geral.	Hospital São José	14	14	
Saúde Mental em	CAPS AD III Infanto-juvenil Vida	6	6	
CAPS	CAPS Álcool e Droga Primavera	6	6	
Acolhimento	CAPS III Dr. David Capistrano Filho	8	8	
Noturno.	CAPS III Jael Patrício de Lima	8	8	
	CAPS III Liberdade	8	8	
Em Hospitais	Clínica de Repouso São Marcello Ltda.	140	80	
Psiquiátricos	HCTP	77	77	
	Recomeçar Centro Terapêutico	24	0	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD III Infanto-juvenil Vida	CAPSi AD
CAPS Álcool e Droga Primavera	CAPS AD
CAPS III Dr. David Capistrano Filho	CAPS III
CAPS III Jael Patrício de Lima	CAPS III

CAPS III Liberdade
 CAPS Infante Juvenil Dona Ivone Lara
 Total

CAPS III
 CAPSi
 6

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
US Maria do Céu Santos Pereira	0	0	1	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=28&VMun=280030&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=003 Consulta em 24/01/2019.

9.18 R – Rede de Serviços: Goiânia/GO

Leitos					
Tipo de Leito			Estabelecimento	Existentes	SUS
Saúde Mental em Hospital Geral.	em	Hospital e Maternidade Jardim América		1	0
			Hospital Renaissance Ltda.	1	0
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno.			CAPS Noroeste	14	14
*Saúde Mental em Hospital Dia	em	Casa de Eurípedes		100	30
		Hospital Renaissance Ltda.		1	0
Em Hospitais Psiquiátricos		ASMIGO		33	3
		Casa de Eurípedes		103	60
		Clínica de Recuperação Fiori		20	0
		Clínica de Repouso Bom Jesus		203	0
		Clínica de Repouso Bom Jesus		70	0
		Clínica de Repouso de Goiânia		200	0
		Clínica Isabela		102	0
		Clínica Jardim América		120	0
		Hospital e Maternidade Jardim América		1	0
		Hospital e Maternidade Renaissance Ltda.		1	0
		Instituto Espirita Batuira de Saúde Mental		129	129
		Maya Internação		52	0
		Pronto Socorro Psiquiátrico Professor Wassily Chuc		30	30
Revitale		45	0		

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

Nota: *Leitos de Saúde Mental em Hospital Dia cadastrados em Hospital Psiquiátrico

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Ipê	CAPS AD
CAPS Noroeste	CAPS AD
Centro de Atenção à Saúde de Alcoolistas e Toxic CAPSAD	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial Beija Flor	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Esperança	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Girassol	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Vida	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Água Viva	CAPSi
Total	9

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
CSF Bairro Goiás	1	0	0
CSF Leste Universitário	1	0	0
Total	2	0	0

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=52&VMun=520870&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=001 Consulta em 24/01/2019

9.19 S – Rede de Serviços: Cuiabá/MT

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Em Hospitais			
Psiquiátricos	CIAPS Hospital Aduino Botelho	120	120

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Aduino Botelho	CADS AD
CAPS CPA IV	CAPS I
CAPS II Verdão	CAPS II
CAPS AD Adolescer	CAPSi
Centro Psicossocial Infantil	CAPSi
Total	5

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
Consultório na Rua Novo Amanhecer	0	0	1	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=51&VMun=510340&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=003 Consulta em 28/01/2019.

9.20 T - Rede de Serviços: Campo Grande/MS

Leitos				
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
Leito Psiquiátrico em Hospital Geral	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul PRNCOR	12	12	
		2	0	
Saúde Mental em Hospital Dia	Hospital Nosso Lar	40	0	
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno	Centro de Atenção Psicossocial AD Fatima M Medeiros CAPS AD IV	20	12	
	Centro de Atenção Psicossocial CAPS III Afrodite Dóris de Conti	8	8	
	Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho	8	8	
	Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida	8	8	
	Centro de Atenção Psicossocial III Vila Margarida	8	8	
	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil III	8	8	
Em Hospitais Psiquiátricos	Clínica Caranda	32	0	
	Hospital Nosso Lar	113	53	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
Centro de Atenção Psicossocial AD Fatima M Medeiros CAPS AD IV	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial CAPS III Afrodite Dóris de Conti	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial III Vila Margarida	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil III	CAPSi
Total	6

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua				
Estabelecimento	Modalidade			Total
	I	II	III	
USF Vila Carvalho	0	1	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=161&VListar=1&VEstado=50&VMun=500270&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus= Consulta em 24/01/2019.

9.21 U – Rede de Serviços: Brasília/DF

Leitos				
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
Psiquiátrico em	Hospital Universitário de Brasília	1	1	
Hospital Geral	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal	36	36	
Saúde Mental em	Hospital Materno Infantil de Brasília HMIB	10	10	
Hospital Geral.	Hospital Regional de Ceilândia	3	3	
	HRG	8	8	
	HRGU	5	5	
	HRL	3	3	
	HRS	10	10	
	HRSM	6	6	
Saúde Mental em	Centro Clínico Ananke	28	0	
Hospitais Dia	Clínica Crescer Humanizada em Psiquiatria	15	0	
	Clinica Khenosis	6	0	
	Instituto Ser Humano	6	0	
*Saúde Mental em Hospital Especializado	SER Clínica de Saúde Mental	51	0	
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno	Centro de Atenção Psicossocial AD III Ceilândia	9	9	
	Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD III Brasília	12	12	
Em Hospitais Psiquiátricos	Centro Clinico Ananke	8	0	
	Centro de Convivência e Atenção Psicossocial Ltda.	150	0	
	Clinica Crescer Humanizada em Psiquiatria	60	0	
	Clínica do Renascer	58	0	
	Clinica Recanto	100	0	
	Clínica. Recomeçar	52	0	
	Hospital São Vicente de Paulo HSVP	83	83	
	RM Clinica de Reabilitação	50	0	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

Nota: *Saúde Mental cadastrado em hospital psiquiátrico, quantificado no SCNES como leito psiquiátrico.

CAPS		
Estabelecimento		Tipo
CAPS AD Itapoã		CAPS AD
CAPS AD Santa Maria		CAPS AD
CAPS AD Sobradinho		CAPS AD
CAPS Guar		CAPS AD
Centro de Ateno Psicossocial AD III Ceilândia		CAPS AD
Centro de Ateno Psicossocial CAPS AD III Brasília		CAPS AD
Centro de Ateno Psicossocial I Brazlndia		CAPS I
CAPS AD III Samambaia		CAPS II
CAPS I Recanto Das Emas		CAPS II
CAPS I Taguatinga		CAPS II
CAPS II Parano		CAPS II
CAPS II Planaltina		CAPS II
CAPS I Taguatinga		CAPS II
CAPS III Samambaia		CAPS II
Centro de Ateno Psicossocial CAPS II Brasília		CAPS II
CAPSi Sobradinho		CAPSi
CAPS Asa Norte		CAPSi
CAPS Riacho Fundo		CAPSi
Total		18

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
UBS 5 Taguatinga	1	0	0
UBS Consultório na Rua de Brasília Asa Norte	0	0	1
UBS 5 Ceilândia	0	0	1
Total	1	0	2

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=53&VMun=530010&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=00 Consulta em 24/01/2019

9.22 V – Rede de Serviços: Vitória/ES

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiatria em	HAFPES	2	2
Hospital Geral	Hospital da Polícia Militar HPM	18	18
Saúde Mental em	Centro de Ateno Psicossocial AD III	8	8
CAPS –			
Acolhimento	Centro de Ateno Psicossocial São Pedro	6	6
Noturno.			

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 29/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
Centro de Atenção Psicossocial AD III	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial CAPS II	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial São Pedro	CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil	CAPSi
Total	4

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 29/12/2018.

Estabelecimento	Consultório na Rua		
	Modalidade		
	I	II	III
Unidade Básica de Saúde de Andorinhas	0	1	0
Unidade Básica Vitória	0	1	0
Total	0	2	0

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=32&VMun=320530&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002 Consulta em 24/01/2019.

9.23 W - Rede de Serviços: Belo Horizonte /MG

Leitos			
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
Psiquiátricos em Hospitais Gerais	Hospital Governador Israel Pinheiro HGIP	20	0
	Hospital João XXIII	1	1
	Hospital Matermed	1	0
	Hospital Metropolitano Odilon BHERENS HOB	1	1
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno.	Centro de Referência à Criança e Adolescente Nordeste	4	4
	Centro de Referência à Criança e Adolescente Noroeste	4	4
	Centro de Referência em Saúde Mental AD Barreiro	4	4
	Centro de Referência em Saúde Mental AD Nordeste	4	4
	Centro de Referência em Saúde Mental AD Pampulha	6	6
	Centro de Referência em Saúde Mental Barreiro	4	4
	Centro de Referência em Saúde Mental Leste	6	6
	Centro de Referência em Saúde Mental Nordeste	8	8
	Centro de Referência em Saúde Mental Noroeste	8	8
	Centro de Referência em Saúde Mental Norte	4	4
Centro de Referência em Saúde Mental Oeste	8	8	

	Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha	6	6
	Centro de Referência em Saúde Mental Venda Nova	6	6
	Centro Mineiro de Toxicomania	4	4
	Centro Psíquico da Adolescência e Infância	5	5
Em Hospitais Psiquiátricos	Centro Psicoterápico	16	0
	CEPSI	16	0
	Clinica Pinel	55	0
	Hospital Galba Velloso	130	130
	Instituto Raul Soares	104	104
	Santa Maria Centro de Atenção em Psiquiatria	86	0

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 28/12/2018.

CAPS		
Estabelecimento		Tipo
Centro Mineiro de Toxicomania		CAPS AD
Centro de Referência em Saúde Mental AD Nordeste		CAPS AD
Centro de Referência em Saúde Mental AD Pampulha		CAPS AD
Centro de Referência à Criança e Adolescente Nordeste		CAPS AD
Centro de Referência em Saúde Mental AD Barreiro		CAPS AD
Centro de Referência em Saúde Mental Norte		CAPS II
Centro de Referência em Saúde Mental Barreiro		CAPS III
Centro de Referência em Saúde Mental Leste		CAPS III
Centro de Referência em Saúde Mental Nordeste		CAPS III
Centro de Referência em Saúde Mental Noroeste		CAPS III
Centro de Referência em Saúde Mental Oeste		CAPS III
Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha		CAPS III
Centro de Referência em Saúde Mental Venda Nova		CAPS III
Centro Psíquico da Adolescência e Infância		CAPS III
Centro de Referência à Criança e Adolescente Noroeste		CAPS III
Total		15

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 28/12/2018.

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
Centro de Saúde Carlos Chagas	0	1	0
Centro de Saúde Cícero Ildefonso	0	1	0
Centro de Saúde Felicidade II	0	1	0
Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes	0	1	0
Total	0	4	0

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=310620&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=002 Consulta em 24/01/2019.

9.24 X - Rede de Serviços: São Paulo/SP

Tipo de Leito	Estabelecimento	Leitos	
		Existentes	SUS
Psiquiátricos em Hospitais Gerais	Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário São Paulo	8	8
	Conjunto Hospitalar do Mandaqui São Paulo	34	34
	HC da FMUSP Instituto do Coração Incor São Paulo	1	1
	Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira São Paulo	34	0
	Hospital Municipal Carmen Prudente	10	10
	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro De Saboya	18	18
	Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro	14	14
	Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio	10	10
	Hospital Municipal Dr. Jose Soares Hungria	2	2
	Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha	14	14
	Hospital Municipal Gilson de Cassia Marques De Carvalho	10	10
	Hospital Municipal M Boi Mirim	10	10
	Hospital Municipal Professor Dr. Waldomiro De Paula	16	16
	Hospital Municipal Professor Dr. Alípio Correa Netto	18	18
	Hospital Municipal Tide Setúbal	29	29
	Hospital Municipal Vereador José Storopolli	9	9
	Hospital Santa Marcelina São Paulo	3	3
	Hospital Geral Jesus Teixeira da Costa Guaianases São Paulo	24	24
	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista São Paulo	22	22
	Hospital Katia de Souza Rodrigues Taipa SSP São Paulo	16	16
Hospital São Paulo Hospital de Ensino da UNIFESP São Paulo	16	16	
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno.	CAPS AD III Centro	5	5
	CAPS AD III Complexo Prates	8	8
	CAPS AD III FO Brasilândia	8	8
	CAPS AD III Butantã	8	8
	CAPS AD III Centro	5	5
	CAPS AD III Complexo Prates	8	8
	CAPS AD III FO Brasilândia	8	8
	CAPS AD III Itaquera	8	8
	CAPS AD III J Angela	8	8
	CAPS AD III Leopoldina	8	8
CAPS AD III Penha	8	8	

Tipo de Leito	Estabelecimento	Leitos	
		Existentes	SUS
	CAPS AD III Pirituba Casa Azul	8	8
	CAPS AD III Santana	10	10
	CAPS Ad III São Mateus Liberdade De Escolha	8	8
	CAPS AD III Sao Miguel	8	8
	CAPS Adulto III Capela Do Socorro	8	8
	CAPS Adulto III Grajau	6	6
	CAPS Adulto III Itaim Bibi	6	6
	CAPS Adulto III Largo 13	6	6
	CAPS Adulto III Mandaqui	5	5
	CAPS Adulto III Paraisópolis	8	8
	CAPS Adulto III Parelheiros	5	5
	CAPS Adulto III Pirituba Jaraguá	8	8
	CAPS Adulto III Sapopemba	6	6
	CAPS Adulto III Vila Matilde	8	8
	CAPS Álcool e Drogas III Campo Limpo	8	8
	CAPS Álcool e Drogas III Grajau	6	6
	CAPS Infantil III Santana	3	3
	CAPS Infanto Juvenil III Cidade Dutra	8	8
	Unidade De Apoio Redenção Helvetia	14	14
Saúde Mental em CAPS*	CAPS AD III Pirituba Casa Azul	6	0
	CAPS AD III Pirituba Jaraguá	6	0
Saúde Mental em Hospital Dia	CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Agua Funda SP	40	40
	Clínica Médica Vila Serena	28	0
	Clínica Prisma de Psiquiatria e Psicologia	1	0
	Complexo de Saúde Dr. Wladimir Arruda	1	0
	Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP	45	45
	Instituto de Psiquiatria SP		
	Hospital Vera Cruz	50	0
	Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana	50	50
Vila Serena São Paulo	17	0	
Em Hospitais Psiquiátricos	API Assistência Psiquiátrica Integrada	51	0
	CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Agua Funda SP	130	130
	CAISM Philippe Pinel São Paulo	136	136
	Casa de Saúde de São Joao de Deus	144	90
	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fatima	190	0
	Clinica Brasileira de Psiquiatria	1	0
	Clínica Spatiium	15	0
	Fundação Faculdade De Medicina HCFMUSP	78	78
	Instituto de Psiquiatria SP		
	Hospital Vera Cruz	80	0
	Hospital Cantareira	75	0
	Hospital Geral de Pedreira	21	21
Hospital Israelita Albert Einstein	4	0	

		Leitos	
Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS
	Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana	27	27
	UNAD Unidade de Atendimento ao Dependente	80	80

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 29/12/2018.

Nota: *Leitos privados em CAPS

		CAPS
Estabelecimento		Tipo
CAPS AD II Cachoeirinha		CAPS AD
CAPS AD II Ermelino Matarazzo		CAPS AD
CAPS AD II Guaianases		CAPS AD
CAPS AD II J Nelia		CAPS AD
CAPS AD II Jabaquara		CAPS AD
CAPS AD II Mooca		CAPS AD
CAPS AD II penha		CAPS AD
CAPS AD II Santo Amaro		CAPS AD
CAPS AD II Sapopemba		CAPS AD
CAPS AD II V Mariana		CAPS AD
CAPS AD III Capela Do Socorro		CAPS AD
CAPS AD III Centro		CAPS AD
CAPS AD III Heliópolis		CAPS AD
CAPS AD Pinheiros		CAPS AD
CAPS AD V Madalena Prosam		CAPS AD
CAPS Álcool e Drogas II Cangaíba		CAPS AD
CAPS Álcool e Drogas III Campo Limpo		CAPS AD
CAPS Álcool e Drogas III Grajau		CAPS AD
Unidade de Apoio Redenção Helvetia		CAPS AD
CAPS AD III FO Brasilândia		CAPS AD
CAPS AD III Leopoldina		CAPS AD
CAPS AD III Santana		CAPS AD
*Ambulatório de Saúde Mental Centro São Paulo		CAPS I
CAPS AD Pirituba Casa Azul		CAPS I
CAPS Adulto I Butantã		CAPS I
CAPS Adulto III São Mateus		CAPS I
CAPS Infantil II Mooca		CAPS I
CAPS AD II Jardim São Luiz		CAPS II
CAPS AD II Sacoma		CAPS II
CAPS ADULTO II Aricanduva Formosa		CAPS II
CAPS ADULTO II Brasilândia		CAPS II
CAPS ADULTO II Casa Verde		CAPS II
CAPS ADULTO II Cidade Ademar		CAPS II
CAPS Adulto II Cidade Tiradentes		CAPS II
CAPS Adulto II Dr Leonídio Galvão dos Santos		CAPS II
CAPS Adulto II Ermelino Matarazzo		CAPS II
CAPS Adulto II Guaianases Artur Bispo do Rosário		CAPS II
CAPS Adulto II Itaim Paulista		CAPS II
CAPS Adulto II Itaquera		CAPS II

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS Adulto II J Lúcia	CAPS II
CAPS Adulto II Jabaquara	CAPS II
CAPS Adulto II Lapa	CAPS II
CAPS Adulto II M Boi Mirim	CAPS II
CAPS Adulto II Perdizes Manoel Munhoz	CAPS II
CAPS Adulto II Pirituba Jaraguá	CAPS II
CAPS Adulto II São Miguel	CAPS II
CAPS Adulto II Sé	CAPS II
CAPS Adulto II V Monumento	CAPS II
CAPS Adulto II Vila Prudente	CAPS II
CAPS Infanto Juvenil II Perus	CAPS II
CAPS Infantojuvenil II Parelheiros Aquarela	CAPS II
CAPS Infantojuvenil II Penha	CAPS II
Luiz da Rocha Cerqueira Itapeva CAPS São Paulo	CAPS II
CAPS AD III Complexo Prates	CAPS III
CAPS AD III Itaquera	CAPS III
CAPS AD III J Angela	CAPS III
CAPS AD III São Mateus Liberdade de Escolha	CAPS III
CAPS AD III São Miguel	CAPS III
CAPS Adulto III Capela do Socorro	CAPS III
CAPS Adulto III Grajau	CAPS III
CAPS Adulto III Itaim Bibi	CAPS III
CAPS Adulto III Largo 13	CAPS III
CAPS Adulto III Mandaqui	CAPS III
CAPS Adulto III Paraisópolis	CAPS III
CAPS Adulto III Parelheiros	CAPS III
CAPS Adulto III Sapopemba	CAPS III
CAPS Adulto III Vila Matilde	CAPS III
CAPS Infantil III Santana	CAPS III
CAPS Infanto Juvenil III Cidade Dutra	CAPS III
CAPS IJ II Ipiranga	CAPSi
CAPS Infantil II Cidade Líder	CAPSi
CAPS Infantil I Itaim Paulista	CAPSi
CAPS Infantil II Itaquera	CAPSi
CAPS Infantil II Jabaquara Casinha	CAPSi
CAPS Infantil II São Mateus	CAPSi
CAPS Infantil II Sapopemba	CAPSi
CAPS Infantil II Sé	CAPSi
CAPS Infantil II Vila Mariana Quixote	CAPSi
CAPS Infantil II Vila Prudente	CAPSi
CAPS Infanto Juvenil Butantã	CAPSi
CAPS Infanto Juvenil II Ermelino Matarazzo	CAPSi
CAPS Infanto Juvenil II Freguesia do O Brasilândia	CAPSi
CAPS Infanto Juvenil II M Boi Mirim	CAPSi
CAPS Infanto Juvenil III Heliópolis	CAPSi
CAPS Infanto Juvenil Lapa	CAPSi
CAPS Infantojuvenil Guaianases Coloridamente	CAPSi

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo	CAPSi
CAPS Infantojuvenil II Capela do Socorro Piração	CAPSi
CAPS Infantojuvenil II Cidade Ademar	CAPSi
CAPS Infantojuvenil II Santo Amaro	CAPSi
CAPS Infantojuvenil II Vila Maria Vila Guilherme da Vila	CAPSi
CAPS Infantojuvenil III São Miguel	CAPSi
CAPS Infantojuvenil Nise da Silveira	CAPSi
Total	93

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 29/12/2018.

Nota: *Ambulatório de Saúde Mental cadastrado como CAPS.

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
AMA UBS Integrada Pari	0	0	1
UBS Belenzinho Marcus Wolosker	0	0	1
UBS Bom Retiro Octávio Augusto Rodovalho	0	0	1
UBS Boracea	0	0	1
UBS Bras Manoel Saldiva Neto	0	0	1
UBS Dr. Humberto Pascale Santa Cecília	0	0	1
UBS Jd Aeroporto Dr. Massaki Udihara	0	0	1
UBS Joaquim Antônio Eirado	0	0	1
UBS José de Barros Magaldi	0	0	1
UBS Mooça I	0	0	1
UBS Nossa S do Brasil Armando Darienzo	0	0	1
UBS Pq da Lapa	0	0	1
UBS Pq São Rafael Dr. Ora Rosen	0	0	1
UBS República	0	0	1
UBS Sé	0	0	1
Total	0	0	15

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=35&VMun=355030&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=003 Consulta em 24/01/2019.

9.25 Y - Rede de Serviços: Rio de Janeiro/RJ

Tipo de Leito	Leitos		Existentes	SUS
	Estabelecimento	Tipo		
Psiquiátricos em Hospitais Gerais	CBMERJ	Hospital	15	0
	Aristarcho	Pessoa do		
	Corpo de Bombeiros			
	Clínica Ênio Serra	Hospital Geral	2	0
	Hospital Central da Policia Militar do Estado do Rio de Janeiro	Hospital Geral	12	0

Tipo de Leito	Leitos		Existentes	SUS
	Estabelecimento	Tipo		
	Hospital São Francisco na Providencia de Deus	Hospital Geral	72	0
	UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Hospital Geral	6	6
	SMS Hospital Municipal Lourenço Jorge AP 40	Hospital Geral	5	5
	UERJ Hospital Univ. Pedro Ernesto	Hospital Geral	13	13
	UFRJ Maternidade Escola da UFRJ	Maternidade	1	1
	SMS Coordenação de Emergência Regional CER Barra AP 40	Pronto Socorro Geral	6	0
Saúde Mental Hospital geral e CAPS	*Espaço Clif	Especializado	39	0
	SMS Hospital Municipal Evandro Freire AP 31	Hospital Geral	15	15
	SMS Hospital Municipal Pedro II AP 53	Hospital Geral	19	19
	SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla AP 33	Hospital Geral	15	15
	**SMS CAPS Arthur Bispo do Rosário AP 40	CAPS	1	0
	**SMS CAPS João Ferreira Silva Filho AP 31	CAPS	1	0
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno.	SMS CAPS AD III Paulo da Portela AP 33	CAPS	8	8
	SMS CAPS AD Miriam Makena AP 31	CAPS	9	9
	SMS CAPS AD Raul Sexes AP 32	CAPS	8	8
	SMS CAPS Arthur Bispo do Rosário AP 40	CAPS	6	6
	SMS CAPS Franco Basaglia AP 21	CAPS	5	5
	SMS CAPS João Ferreira Silva Filho AP 31	CAPS	8	8
	SMS CAPS Maria do Socorro Santos AP 21	CAPS	8	8
Saúde Mental em Hospital Dia	Casa de Saúde Saint Roman	Hospital Dia	75	0
	Clinica Jorge Jaber Vargem Pequena	Hospital Dia	150	0
	Instituto de Psiquiatria da UFRJ IPUB	Hospital Dia	90	90

Tipo de Leito	Leitos		Existentes	SUS
	Estabelecimento	Tipo		
	Núcleo Integrado de Prevenção e Tratamento em Dependência Química	Hospital Dia	2	0
	SESDEC RJ Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	Hospital Dia	85	85
Em hospital especializado	Clínica De Repouso Santa Alice	Especializado	88	0
	Clínica Jorge Jaber	Especializado	124	0
	Instituto De Psiquiatria Da UFRJ IPUB	Especializado	100	100
	Instituto Fênix Saúde	Especializado	50	0
	****SEAP CGSP RJ Hosp. de Custódia e Trat. Psiquiátrico Heitor Carrilho	Especializado de Custódia e tratamento psiquiátrico	198	167
	SEAP CGSP RJ Hosp Dr Hamilton Agostinho Vieira Castro	Pronto Socorro Geral	1	1
	SEAP CGSP RJ Hosp Penal Psiquiatrico Roberto Medeiros	Especializado Penal Psiquiátrico	161	161
	SESDEC RJ Centro Psiquiátrico Rio De Janeiro	Especializado	23	23
	SMS Hospital Municipal Jurandyr Manfredini Ap 40	Especializado	60	60
	SMS IMAS Juliano Moreira Ap 40	Especializado	200	200
	SMS Instituto Municipal Philippe Pinel Ap 21	Especializado	71	71
	SMS Rio Instituto Municipal Nise Da Silveira Ap 32	Especializado	118	118
		Especializado	124	124

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 30/12/2018.

Notas: *Leito de Saúde Mental cadastrado em clínica especializada em psiquiatria.

**CAPS ofertando leito privado.

*** Leitos sob gestão da justiça e sob gestão intersetorial do Ministério da Justiça em parceria com o Ministério da Saúde. O SEAP CGSP RJ Hosp. de Custódia e Trat. Psiquiátrico Heitor Carrilho está cadastrado no SCNES, mas os seus leitos não foram quantificados nem como psiquiátricos, nem como leitos de Saúde Mental.

CAPS		
Estabelecimento		Tipo
SESDEC RJ CAPS AD Central Rio		CAPS AD
SMS CAPS AD III Antônio Carlos Mussum AP 40		CAPS AD
SMS CAPS AD III Paulo da Portela AP 33		CAPS AD
SMS CAPS AD Júlio Cesar de Carvalho AP 53		CAPS AD
SMS CAPS AD Mane Garrincha AP 22		CAPS AD
SMS CAPS AD Raul Seixas AP 32		CAPS AD
SMS CAPS AD Miriam Makeba AP 31		CAPS AD
SMS CAPS Carlos Augusto da Silva Magal AP 31		CAPS II
SMS CAPS Clarice Lispector AP 32		CAPS II
SMS CAPS Dircinha e Linda Batista AP 33		CAPS II
SMS CAPS Ernesto Nazareth AP 31		CAPS II
SMS CAPS Fernando Diniz AP 31		CAPS II
SMS CAPS II EAT Severino dos Santos AP 32		CAPS II
SMS CAPS II Manoel de Barros AP 40		CAPS II
SMS CAPS III Oswaldo dos Santos AP 32		CAPS II
SMS CAPS Lima Barreto AP 51		CAPS II
SMS CAPS Neusa Santos Souza AP 51		CAPS II
SMS CAPS Pedro Pellegrino AP 52		CAPS II
SMS CAPS Profeta Gentileza AP 52		CAPS II
SMS CAPS Rubens Correa AP 33		CAPS II
SMS CAPS Simão Bacamarte AP 53		CAPS II
SMS CAPS Torquato Neto AP 32		CAPS II
UERJ CAPS Universitário		CAPS II
SMS CAPS Arthur Bispo do Rosário AP 40		CAPS III
SMS CAPS Franco Basaglia AP 21		CAPS III
SMS CAPS Joao Ferreira Silva Filho AP 31		CAPS III
SMS CAPS Maria do Socorro Santos AP 21		CAPS III
SMS CAPSI Eliza Santa Roza AP 40		CAPSi
SMS CAPSI Heitor Villa Lobos AP 33		CAPSi
SMS CAPSI Joao de Barro AP 52		CAPSi
SMS CAPSI Maria Clara Machado AP 32		CAPSi
SMS CAPSI Mauricio de Sousa AP 21		CAPSi
SMS CAPSI Pequeno Hans AP 51		CAPSi
SMS CAPSI Visconde de Sabugosa AP 31		CAPSi
UFRJ Instituto Psiquiátrico CAPSi IPUB Carim		CAPSi
Total		35

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 30/12/2018.

Estabelecimento	Consultório na Rua		
	Modalidade		
	I	II	III
SMS CMS Sávio Antunes Antares Ap 53	0	1	0
SMS CF Anthidio Dias da Silveira Ap 32	0	0	1
SMS CF Faim Pedro Ap 51	0	0	1
SMS CF Marcos Valadão Ap 33	0	0	1
SMS CF Nélio de Oliveira Ap 10	0	0	1

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
SMS CF Victor Valla Ap 31	0	0	1
SMS CMS Oswaldo Cruz Ap 10	0	0	1
Total	0	1	6

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=33&VMun=330455&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=00 Consulta em 24/01/2019.

9.26 Z – Rede de Serviços: Curitiba/PR

Leitos					
Tipo de Leito	Estabelecimento	Tipo	Existentes	SUS	
Psiquiátrico em Hospital Geral	Hospital do Trabalhador	Hospital Geral	1	1	1
	Hospital Universitário Cajuru	Hospital Geral	1	1	1
	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba HUEC	Hospital Geral	1	1	1
	MEDCLIN Clínica da Mulher e da Criança	Hospital Geral	1	0	0
Saúde Mental em Hospital Geral.	Hospital do Idoso Zilda Arns	Hospital Geral	6	6	6
Saúde Mental em CAPS – Acolhimento Noturno.	CAPS AD III Cajuru	CAPS	8	8	8
	CAPS AD III Portão	CAPS	8	8	8
	CAPS Boa Vista	CAPS	8	8	8
	CAPS III Boqueirão	CAPS	8	8	8
	CAPS Infantil Centro Vida Boa Vista	CAPS	5	5	5
Saúde Mental em Hospital Dia	Clínica Dr. Hélio Rotenberg	Especializado	235	235	235
	Clínica Heidelberg	Especializado	65	0	0
	Hospital Espirita de Psiquiatria Bom Retiro	Especializado	120	0	0
	Porto Seguro Clínica e Pensão Protegida	Especializado	50	0	0
	UNIICA Unidade Intermediária de Crise e Apoio à Vida	Especializado	28	0	0
Em Hospitais Psiquiátricos	Clínica Dr. Hélio Rotenberg	Especializado	199	143	143
	Clinica Heidelberg	Especializado	49	0	0
	Hospital Espirita de Psiquiatria Bom Retiro	Especializado	150	90	90
	Porto Seguro Clínica e Pensão Protegida	Especializado	50	0	0
	UNIICA Unidade Intermediária de Crise e Apoio à Vida	Especializado	57	0	0

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 30/12/2018.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD Bairro Novo	CAPS AD
CAPS AD Boa Vista	CAPS AD
CAPS AD CIC	CAPS AD
CAPS II Bigorriho	CAPS II
CAPS II Portão	CAPS II
CAPS AD III Cajuru	CAPS III
CAPS AD III Portão	CAPS III
CAPS Boa Vista	CAPS III
CAPS III Boqueirão	CAPS III
CAPS Infantil Centro Vida Boa Vista	CAPS III
CAPS Infantil Centro Vida Vila Izabel	CAPSi
CAPS Infantil Pinheirinho	CAPSi
CAPSi Centro Psiquiátrico Metropolitano	CAPSi
Total:	13

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 30/12/2018.

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
UMS Ouvidor Pardiniho	1	0	0
UMS Vila Hauer	1	0	0
UMA Vila Leão	0	0	1
Total	2	0	1

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=41&VMun=410690&VComp=00&VTerc=00&VServico=161&VClassificacao=00 Consulta em 24/01/2019.

9.27 Z.a - Rede de Serviços: Porto Alegre/RS

Tipo de Leito	Estabelecimento	Existentes	SUS	
Psiquiátricos em Hospitais Gerais	Associação Hospitalar Vila Nova	30	30	
	HBMPA	18	0	
	Hospital Mãe De Deus	36	0	
	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	18	18	
	Hospital Nossa Senhora Da Conceição Sá	22	22	
	Hospital Porto Alegre	34	0	
	Hospital São Lucas Da PUCRS	21	10	
	Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Porto Alegre	1	1	
	UAA Hospital De Clinicas De Porto Alegre	2	0	
	Saúde Mental em Hospital Geral.	*Hospital Porto Alegre	9	0
		**AESC Hospital Santa Ana	60	60

	Hospital De Clinicas	56	26
	UAA Hospital De Clinicas De Porto Alegre	20	20
Acolhimento Noturno em CAPS	CAPS III AD III	1	1
Saúde Mental em Hospital Dia	<u>HEPA</u> <u>Hospital Porto Alegre</u>	30	30
Hospitais Psiquiátricos	Cap Clinica De Atendimento Psiquiátrico	9	0
	Clinica Gramado	10	0
	Clinica Pinel	54	50
	Clinica São José	130	0
	Hepa	162	42
	Hospital Psiquiátrico São Pedro	243	151
		140	140

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 30/12/2018.

Notas: *Registro em duplicidade

**60 leitos registrados em hospital geral.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPS AD II GCC	CAPS AD
CAPS AD IV 24h Centro	CAPS AD
CAPS II AD SCS	CAPS AD
CAPS III AD PLP	CAPS AD
CAPS III AD IAPI	CAPS AD
**Hospital de Clínicas de Porto Alegre CAPS I	CAPS I
**Hospital de Clínicas de Porto Alegre CAPS II	CAPS II
CAPS II Centro	CAPS II
CAPS II GCC	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial II CAPS II Adulto	CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial III AD III	CAPS III
CAPS INF II Casa Harmonia	CAPSi
Centro de Atenção Psicossocial I CAPS I Infantil	CAPSi
Total:	13

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 30/12/2018.

Nota: **CAPS cadastrados como hospitais.

Consultório na Rua			
Estabelecimento	Modalidade		
	I	II	III
Hospital Nossa Sra. da Conceição SA Consultório na Rua	0	1	0
Unidade de Saúde Santa Marta	0	0	1

9.28 Z.b – Rede de Serviços: Florianópolis/SC

Leitos						
Tipo de Leito	Estabelecimento			Tipo	Existentes	SUS
Psiquiátricos em Hospitais Gerais	Hospital Infantil Joana de Gusmão			Hospital Geral	1	1
Saúde Mental em Hospital Geral.	Hospital Infantil Joana de Gusmão			Hospital Geral	1	1
Saúde Mental em Hospital Dia	Caminho do Sol			Especializado	3	0
	*Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico			Especializado	6	6
Hospitais Psiquiátricos	**Caminho do Sol			Especializado	9	0
	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico			Especializado	120	120

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp Consulta em 30/12/2018.

Nota: *Leito de Hospital Psiquiátrico cadastrado em Hospital Dia como leito de Saúde Mental.

CAPS	
Estabelecimento	Tipo
CAPSAD Continente	CAPS AD
CAPSAD Ilha	CAPS AD
CAPS Ponta do Coral	CAPS II
CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Crianças e Adolescentes	CAPSi
Total:	4

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Consulta em 30/12/2018.

9.29 Z.c - SISPACTO

METAS PACTUADAS EM 2017 PARA 2018 NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Indicador 21: Ações de Matriciamento Realizadas por CAPS com Equipes de Atenção Básica.

Estado	Capital	Meta %
Acre	Rio Branco	100,00
Amapá	Macapá	100,00
Amazonas	Manaus	33,00
Pará	Belém	50,00
Rondônia	Porto Velho	100,00
Roraima	Boa Vista	33,00
Tocantins	Palmas	100,00
Alagoas	Maceió	100,00
*Bahia	Salvador	Não se aplica
Ceará	Fortaleza	72,84
Maranhão	São Luís	20,00
Paraíba	João Pessoa	12,00
Pernambuco	Recife	43,00
Piauí	Teresina	50,00

Estado	Capital	Meta %
Rio Grande do Norte	Natal	60,00
Sergipe	Aracaju	100,00
Goiás	Goiânia	42,86
Mato Grosso	Cuiabá	100,00
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	66,66
*Distrito Federal	Brasília	Sem Pactuação
Espírito Santo	Vitória	100,00
Minas Gerais	Belo Horizonte	120,00
São Paulo	São Paulo	85,00
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	100,00
Paraná	Curitiba	100,00
*Rio Grande do Sul/	Porto Alegre	1800,00
Santa Catarina	Florianópolis	100,00

Fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/relatoriosExterno/relatorioExternoPactuacao.jsf?faces-redirect=true> Consulta em 26, 27, 28 e 29/12/2018.

[file:///C:/Users/EU/Downloads/Pactua%C3%A7%C3%A3o%20Individual%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/EU/Downloads/Pactua%C3%A7%C3%A3o%20Individual%20(9).pdf) Consulta em 08/01/2019.

Nota: *Bahia e Distrito Federal não gravaram pactuação para esse indicador, enquanto Porto Alegre registrou a enigmática meta de 1800%.

9.30 Z.d – UARR/Brasil

Estabelecimento	Município
AASDP	Criciúma
ABEI	Imbituba
AMATRE	Laguna
Associação Beneficente Davi Muller	Cianorte
Associação Beneficente Reintegrando Vidas	Agrolândia
Associação Centro de Recup e Integração Social Desafio	Pescaria Brava
Associação Vida Nova	Rodeio
Atena	Mafra
Bispo Almir dos Santos	Juiz De Fora
Casa Dia de Cosmópolis	Cosmópolis
Centro Ambiental Hermon	Porto União
Centro de Recuperação à Vida	Vidal Ramos
Centro de Reintegração Social Beija Flor	Oliveira
Centro de Reintegração Social Beija Flor Fem.	Oliveira
Centro Paulista De Recuperação	Vargem Grande Paulista
Centro Terapêutico Vida	Blumenau
CERENE	Blumenau
CERLUZ	Nova Veneza
Clínica Legacy	Vargem Grande Paulista
Comunidade Terap. Acolhedora Rosa de Saron	Siderópolis
Comunidade Terapêutica Bom Pastor	Ouro Branco
Comunidade Terapêutica Dignidade Para Vida	Erval Velho
Comunidade Terapêutica Essência da Vida	Araquari
Comunidade Terapêutica Reconstruir Vidas	Tubarão
Comunidade Terapêutica República da Vida	Guarujá
Comunidade Terapêutica Restauração Cotere	Araquari

Comunidade Terapêutica São Francisco	Videira
Comunidade Terapêutica São Francisco	Campos Novos
CRBH	Rodeio
Crer	Chapecó
Desafio Jovem Feminino	Criciúma
DJC	Criciúma
Instituição Evangélica Desafio Jovem Cristo e a Solução	Tubarão
Instituto Redenção	Biguaçu
Instituto Redenção Comunidade Terapêutica Bom Sucesso	Camboriú
Instituto Redenção Comunidade Terapêutica Sol Nascente	Camboriú
Magnificat	Balneário Gaivota
Novo Rumo Casa de Recuperação	Gaspar
Projeto Ágape Vida	Laguna
Recanto Parque Iguaçu	Medianeira
SOS Vidas	Juiz de Fora
Vitória Comunidade Terapêutica	Cosmópolis
Vó Maria	Sto Amaro da Imperatriz

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=115&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=115&VClassificacao=008&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus= Consulta em 31/01/2019.