
Saúde Mental em Dados 10



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



Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012*. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Como referir: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10*. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em .../.../...).



Apresentação

O Saúde Mental em Dados vem reunindo, ao longo dos anos, os principais dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisões no âmbito da gestão.

Em sua décima edição o Saúde Mental em Dados apresenta um quadro geral da rede de atenção, identifica os principais desafios e propõe a construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da rede.

O ano de 2011 foi marcado por importantes alterações na lógica de funcionamento do SUS, com o estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde. Especificamente em relação à Política de Saúde Mental a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias. Com a Publicação da Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu-se a *Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - para pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas e/ou da ambiência (espaço interrelacional do sujeito com o local, as pessoas e coisas) no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)*.

O status de Rede prioritária proporcionou a possibilidade de maior investimento financeiro - o que representará para 2012 a injeção de R\$ 200 milhões a mais para o custeio da rede existente – e a criação de novas modalidades de serviços.

Destaca-se ainda o lançamento, em 7 de dezembro de 2011, do Plano “Crack, é Possível Vencer” - que complementa as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010 - com foco nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial que fazem atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Com o cadastramento de 122 novos CAPS, entre eles 5 CAPSad 24h, a cobertura nacional em saúde mental chegou a 72% (considerando-se o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes), com 1742 CAPS. A Rede de Atenção Psicossocial conta ainda com 625 Residências Terapêuticas, 3.961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais.

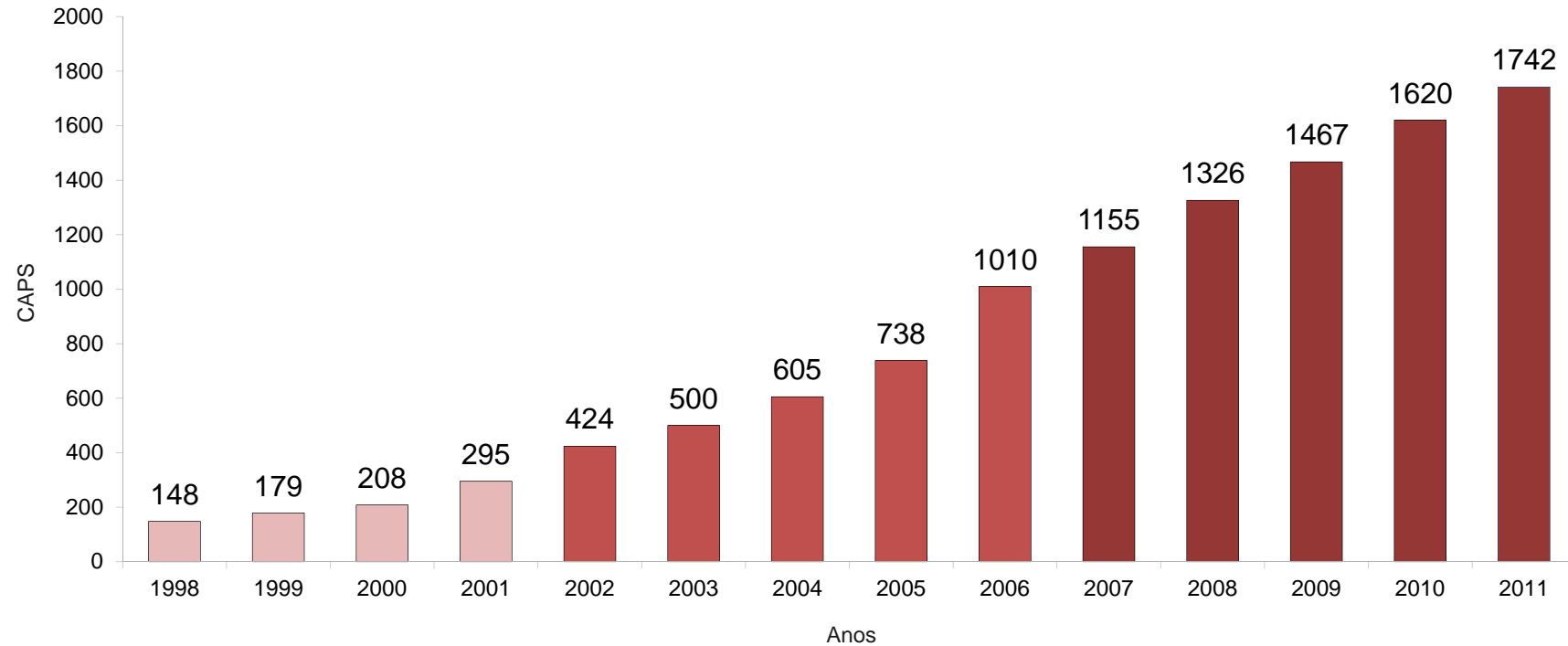
Permanecem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas. Destaca-se ainda a necessidade de aprofundar as discussões relativas à população indígena e população em situação de violência e vulnerabilidade social.

Sobre as Fontes de Dados

Nas seções deste documento será possível encontrar dados de diferentes fontes. Uma das principais fontes é a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde que, com a colaboração das Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental, conserva uma base de dados de todos os programas, ações e serviços da rede hospitalar e extra-hospitalar de atenção à saúde mental. Outra fonte importante é a base de dados DATASUS.



Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 - 2011)



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

O gráfico apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. Ao final de 2011 o número de serviços chegou a 1742, com habilitação de 122 CAPS durante o ano.



Tabela 1 – Série histórica CAPS por Tipo (Brasil, 2006 -2011)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

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

A tabela 1 apresenta a evolução dos diferentes tipos de CAPS a partir do ano de 2006. Aqui pode-se observar o tímido crescimento de serviços que possuem funcionamento 24 horas; bem como o daqueles voltados aos cuidados de populações específicas, como crianças e adolescentes e usuários de álcool e outras drogas.

A tabela nos apresenta também um novo componente da Rede de Atenção Psicossocial: o CAPSad III, serviço destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, que funciona 24 horas, nos 7 dias da semana .



Rede de Atenção Psicossocial

Indicador de Cobertura por Ano

Tabela 2 – Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e UF.
(Brasil, 2002- 2011)

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

O indicador CAPS/100.000 habitantes pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo.

Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; os CAPS III e AD III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes.

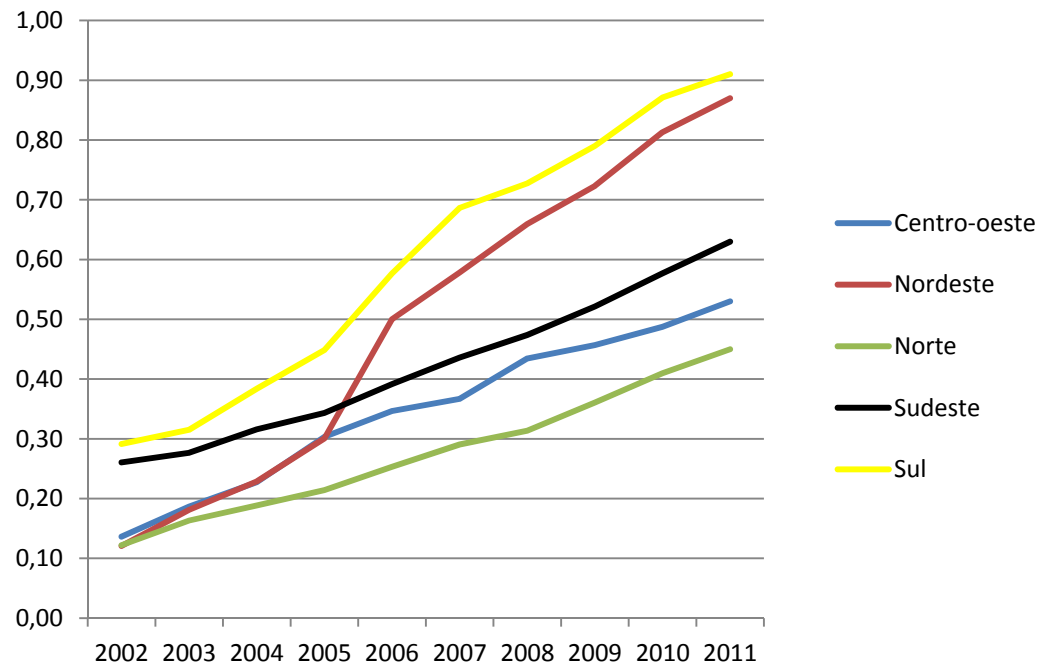
A tabela ao lado mostra o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes para cada unidade da federação desde o ano de 2002. Em 2011 a cobertura assistencial do país chegou a 0,72 CAPS/100.000 habitantes.

Quadro I - Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes:

- Cobertura muito boa (acima de 0,70)
- Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)
- Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
- Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
- Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)



Gráfico 2 –Série Histórica Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por região.
(Brasil, 2002- 2011)



Ao lado é possível observar com maior clareza o comportamento do indicador CAPS/100.000 habitantes para as cinco regiões do país, no período de 2002 a 2011.

É expressivo o crescimento do indicador da cobertura assistencial nas regiões Sul e Nordeste, que apresentam os maiores indicadores, sendo que nesta última região figuram também as maiores coberturas estaduais (Paraíba e Sergipe).

A expansão de serviços na região Centro-Oeste e Norte permanece como desafio para os próximos anos. Com relação à questão específica da expansão dos CAPS na região Norte, para melhor compreensão do problema é preciso ajustar o indicador CAPS/100.000 habitantes, que não é sensível às peculiaridades desta região.

A região Sudeste, que partiu de um patamar relativamente alto de cobertura, segue registrando crescimento em ritmo semelhante ao das regiões Centro-Oeste e Norte e menor do que o das regiões Sul e Nordeste.

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



Rede de Atenção Psicossocial

Rede CAPS Atual

Tabela 3 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2011)

UF	Pop	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
Acre	732793		1			1		2	0,27
Alagoas	3120922	38	6		1	2		47	0,90
Amapá	668689				1	2		3	0,45
Amazonas	3480937	7	4	1				12	0,26
Bahia	14021432	125	32	3	7	16		183	0,87
Ceará	8448055	48	29	3	6	17		103	0,95
Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
Espírito Santo	3512672	7	8		1	3		19	0,44
Goiás	6004045	16	16		2	4		38	0,50
Maranhão	6569683	37	14	1	3	6		61	0,65
Mato Grosso	3033991	24	2		2	5		33	0,69
Mato Grosso do Sul	2449341	9	6	1	1	4		21	0,69
Minas Gerais	19595309	86	44	10	12	21		173	0,69
Pará	7588078	24	15	2	2	6		49	0,50
Paraíba	3766834	39	8	3	8	8		66	1,27
Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
Pernambuco	8796032	28	19	2	7	12	1	69	0,64
Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
Rio de Janeiro	15993583	36	39	1	16	18	1	111	0,59
Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
Rio Grande do Sul	10695532	66	37		17	26	1	147	1,07
Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
Roraima	451227	1				1		2	0,33
Santa Catarina	6249682	47	13	2	6	11		79	0,90
São Paulo	41252160	64	79	27	43	67	2	282	0,64
Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
Tocantins	1383453	7	2			1		10	0,47
Brasil	190732694	822	431	63	149	272	5	1742	0,72

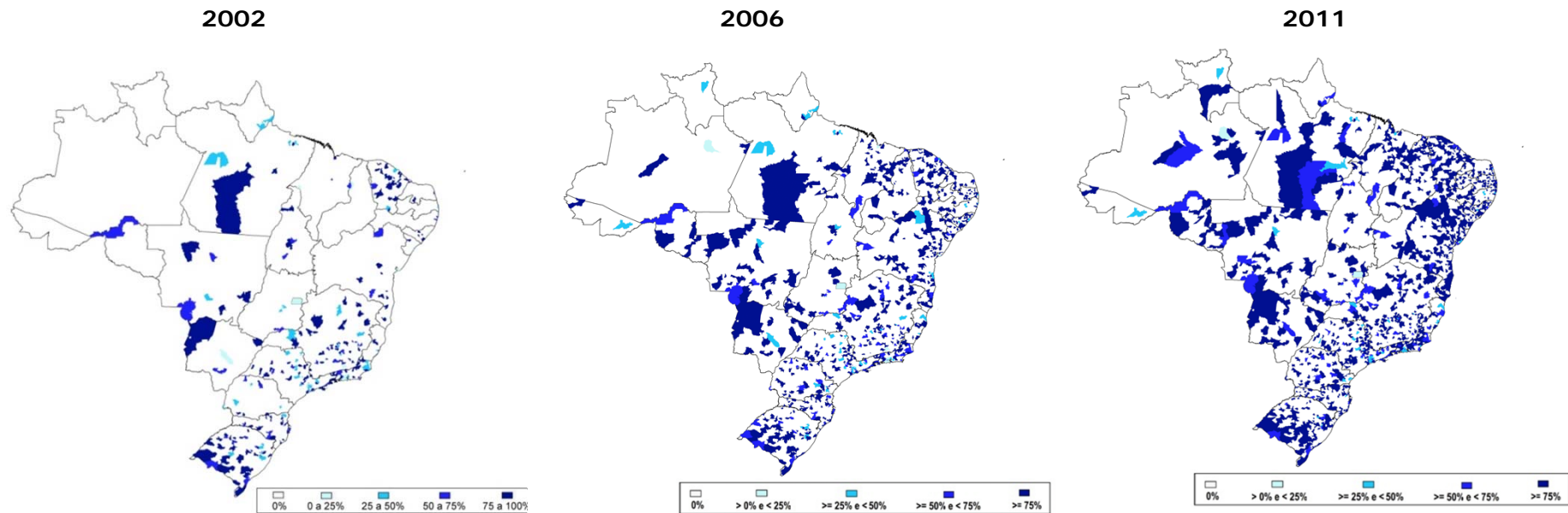
Ao final do ano de 2011 o país chegou a uma cobertura de 0,72 CAPS/100.000 habitantes. Atualmente 11 estados apresentam uma cobertura acima da média nacional.

18 estados possuem pelo menos 1 CAPS 24h (III ou AD III). Por outro lado, 5 estados ainda não possuem nenhum CAPSi e 1 estado não possui nenhum CAPSad.

Destaca-se a implantação de 5 CAPSad III (que são, a partir de 2012, regulamentados pela Portaria GM nº 130 de 23/12/2012) e o empenho em relação ao estado do Amazonas que, por conta da recente expansão de serviços, ultrapassou o DF no que tange a cobertura assistencial em saúde mental.



Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002, 2006 e 2011
(parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)



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

Os mapas acima registram a expansão da cobertura em saúde mental em 3 momentos: 2002, 2006 e 2011. Aqui observa-se também que o adensamento da cobertura na região Nordeste supera o de outras regiões do país.

A escala em azul indica a cobertura dos municípios (quanto mais escuro melhor a cobertura).



Tabela 4 – Residências Terapêuticas por UF.
(Brasil, 2011)

SRTs NO BRASIL – 2011				
UF	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

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

Os SRTs, de acordo com a Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011, constituem-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP.

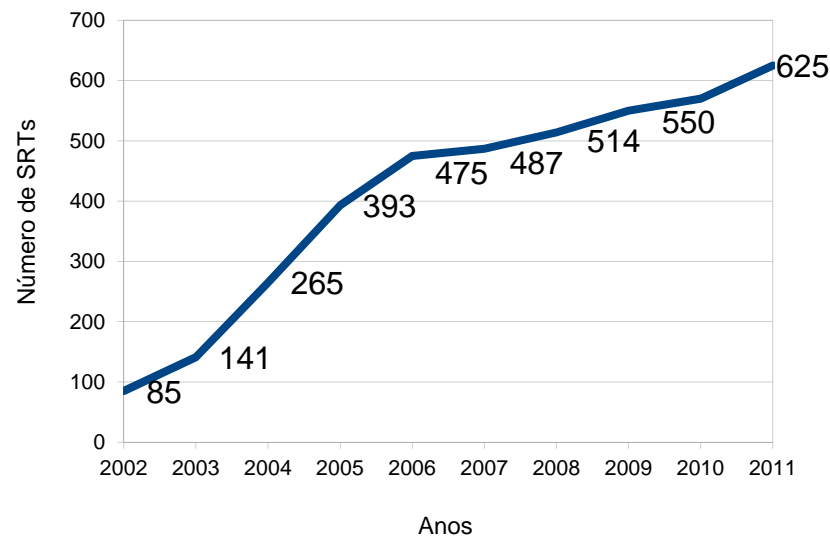
O ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRTs em fase de implantação.

O processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio.

Em 2011 avançamos principalmente nos estados em que não havia SRT implantados. Os estados que descredenciaram leitos em hospitais psiquiátricos também ampliaram seus dispositivos.



Gráfico 3 – Residências Terapêuticas por ano.
(Brasil, 2002- 2011)



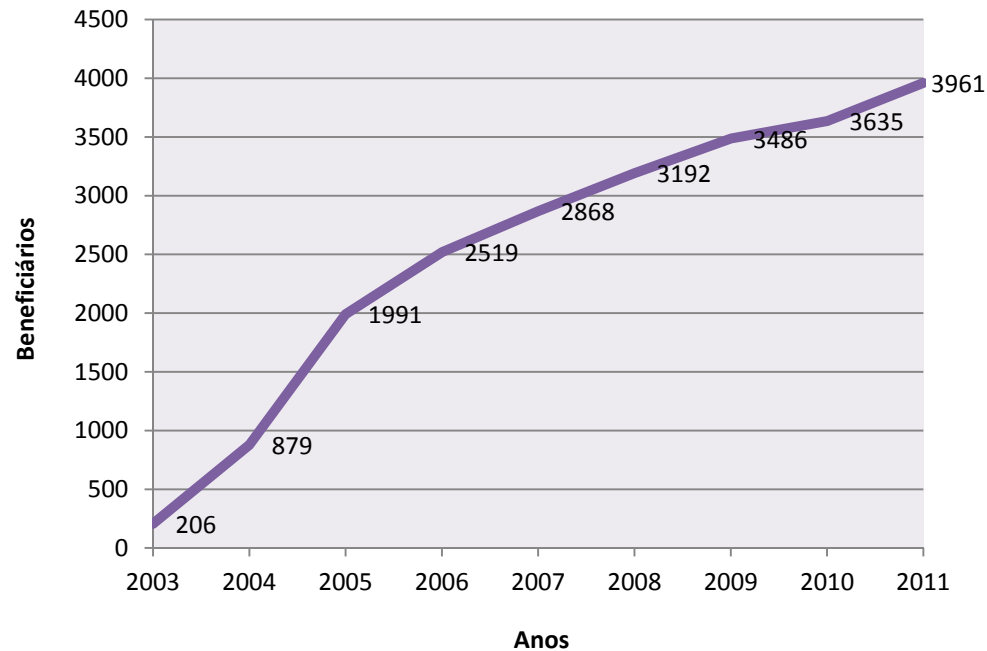
O gráfico ao lado permite observar que até o ano de 2008 houve importante crescimento do número de SRTs, com a implantação de 76% do número atual de serviços.

Nos últimos quatro anos o ritmo de implementação manteve-se contínuo, porém lento em relação ao período anterior. No ano de 2011 houve pequena aceleração, como consequência do desencadeamento do processo de fechamento de grandes Hospitais Psiquiátricos.

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



Gráfico 4 -Beneficiários do Programa De Volta para Casa por UF
(Brasil, 2003 –2011)



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

O Programa de Volta Pra Casa - PVC, instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra, a partir da Portaria/GM nº 3088, a rede de Atenção Psicossocial em seu componente “estratégias de desinstitucionalização”. Tal integração promove um contexto favorável no campo da reinserção social.

É sabido que, em relação ao número de moradores de hospitais, o PVC apresenta evolução tímida na adesão, porém os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial que marcam o final do ano de 2011 fazem do Programa um potencial instrumento no campo da reinserção social e resgate de cidadania de pessoas ainda em situação de internação de longa permanência.

Em fevereiro de 2012 o Programa de Volta Pra Casa alcançou mais de 4 mil beneficiários em folha de pagamento. Os processos de fechamento de hospitais, em especial nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, contribuem de forma significativa para o aumento de beneficiários cadastrados no Programa.



Tabela 5 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005-2010)

UF	Nº Iniciativas de Geração de Renda
Acre	3
Amapá	0
Alagoas	14
Amazonas	7
Bahia	48
Ceará	18
Distrito Federal	9
Espírito Santo	5
Goiás	9
Maranhão	11
Minas Gerais	59
Mato Grosso do Sul	13
Mato Grosso	14
Pará	6
Paraíba	25
Pernambuco	22
Piauí	9
Paraná	46
Rio de Janeiro	114
Rio Grande do Norte	14
Rondônia	1
Rio Grande do Sul	38
Santa Catarina	34
Sergipe	9
São Paulo	99
Tocantins	13
Total	640

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

A Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária surgiu em 2004, por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES do Ministério do Trabalho e Emprego. Desde então, ambos os Ministérios têm desenvolvido ações de incentivo técnico e financeiro para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial e inclusão pelo trabalho de usuários e familiares da rede de atenção psicossocial.

Atualmente, existem mais de 640 iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, que articulam sistematicamente saúde mental e economia solidária. No âmbito da RAPS, tais experiências estão situadas no componente da reabilitação psicossocial.

Em 2011, importantes ações foram realizadas para formação e qualificação de usuários, familiares e trabalhadores que atuam em empreendimentos solidários, como o Curso de Gestão de Empreendimentos da Saúde Mental, nas modalidades a distância e presencial. No âmbito político, a realização do II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental: Rumo ao Cooperativismo Social, realizado nos dias 6 e 7 de dezembro no Rio de Janeiro/RJ, e a inclusão do eixo que trata sobre o acesso ao trabalho e a moradia no Plano de Enfrentamento ao Crack, reforçam a importância da reabilitação psicossocial no cuidado integral, na ampliação da autonomia e no fortalecimento dos laços sociais.

Em janeiro deste ano, o componente da reabilitação psicossocial ganhou força com a publicação da Portaria GM nº 132, de 23 de janeiro, que prevê um incremento no incentivo financeiro para apoio as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais



Tabela 6 – Consultórios de Rua Implantados ou em implantação por UF (Brasil, 2010).

Estado	nº CR
AC	1
AL	4
AM	2
AP	1
BA	4
CE	3
DF	3
ES	3
GO	6
MA	1
MG	1
MG	8
MS	2
MT	1
PA	2
PB	3
PE	4
PI	1
PR	3
RJ	8
RN	2
RO	1
RS	6
SC	4
SP	18
TOTAL	92

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

O Consultório de Rua (CR) nasce como uma estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Através do trabalho no território, visa acolher e ofertar cuidados básicos de saúde; ofertar/motivar para tratamento a agravos relacionados ao consumo de drogas; orientar sobre direitos e políticas públicas em geral e mediar o acesso a estas políticas.

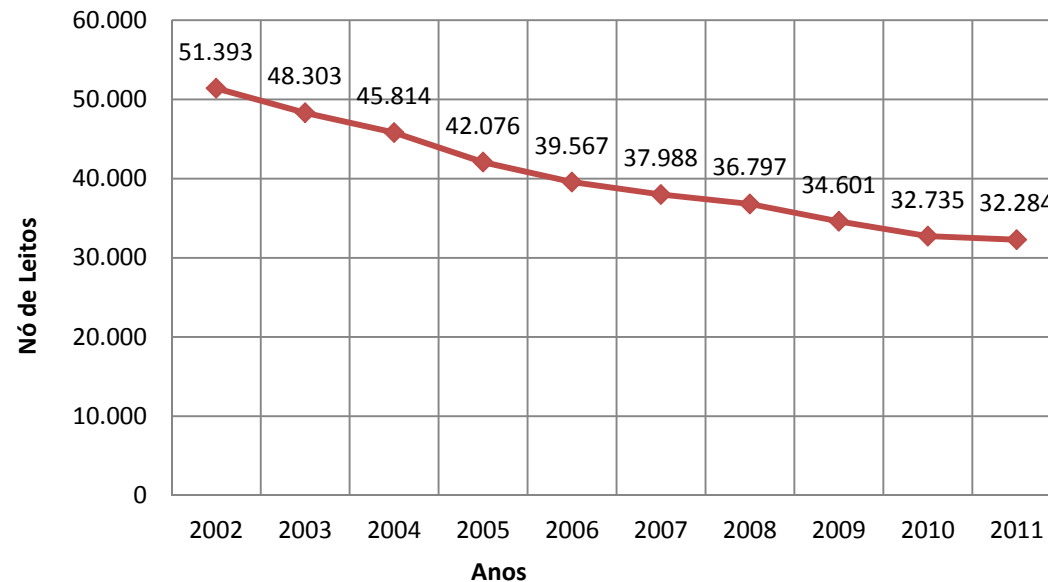
A tabela ao lado apresenta os 92 Consultórios de Rua selecionados através III Chamada para Seleção de projetos de Consultório de Rua (2010) e que estão sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Para 2012, o Consultório de Rua passa a ser denominado “Consultório na Rua”, sendo agora um serviço no âmbito da Atenção Básica.

Os Consultório de Rua poderão integrar as ações da Atenção Básica, como Equipes dos Consultórios na Rua (eCR) após o período de 12 (doze) meses desde o início do financiamento e da execução total do recurso, se adequando a uma das modalidades dispostas na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.



Gráfico 5 – Leitos psiquiátricos SUS por ano (Brasil, 2002 – 2011)



O Gráfico 5 demonstra o processo de redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos no país, desde o ano de 2002.

Este processo decorre da reversão planejada e articulada do modelo de atenção em consonância com a expansão de uma rede de ações e serviços territoriais.

A partir da avaliação do PNASH-Psiquiatria, 18 Hospitais Psiquiátricos foram apontados para descredenciamento do SUS, o que vem ocorrendo gradativamente, em parceria com Estados e Municípios, para implantação da rede substitutiva.

Destaca-se a continuidade da redução dos leitos em Hospital Psiquiátrico de forma longitudinal com a migração de macro para micro hospitais e processos de fechamento em transição

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



Tabela 7 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, 2011).

UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 10.000 hab.
AC	732.793	1	53	0,72
AL	3.120.922	5	880	2,82
AM	3.480.937	1	126	0,36
BA	14.021.432	7	832	0,59
CE	8.448.055	7	928	1,10
DF	2.562.963	1	85	0,33
ES	3.512.672	3	620	0,18
GO	6.004.045	10	1171	1,95
MA	6.569.683	3	663	1,01
MG	19.595.309	17	2242	1,14
MS	2.449.341	2	200	0,82
MT	3.033.991	2	202	0,67
PA	7.588.078	1	56	0,07
PB	3.766.834	5	706	1,87
PE	8.796.032	13	2028	2,31
PI	3.119.015	1	160	0,51
PR	10.439.601	15	2460	2,36
RJ	15.993.583	33	5819	3,64
RN	3.168.133	4	572	1,81
RS	10.695.532	6	801	0,75
SC	6.249.682	4	670	1,07
SE	2.068.031	2	280	1,35
SP	41.252.160	54	10570	2,56
TO	1.383.453	1	160	1,16
Total	188.052.277	198	32.284	1,717
Total Brasil	190.732.694			1,693

A tabela 7 apresenta o número de leitos em Hospital Psiquiátricos por Unidade Federativa.

Cabe ressaltar a grande variação da proporção de leitos nos diferentes Estados. Notoriamente no Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina a proporção de leitos está muito acima da média nacional.

Estados como Pará, Acre e Amazonas, por apresentarem um único hospital em seus territórios, demonstram percentual abaixo da média nacional, em comparação com outros estados. Entretanto, demandam maior incentivo à organização de redes de atenção psicossocial com especificidades geográficas, socioculturais e, conseqüentemente, o aumento da acessibilidade.



Tabela 8 – Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2002 - 2011)

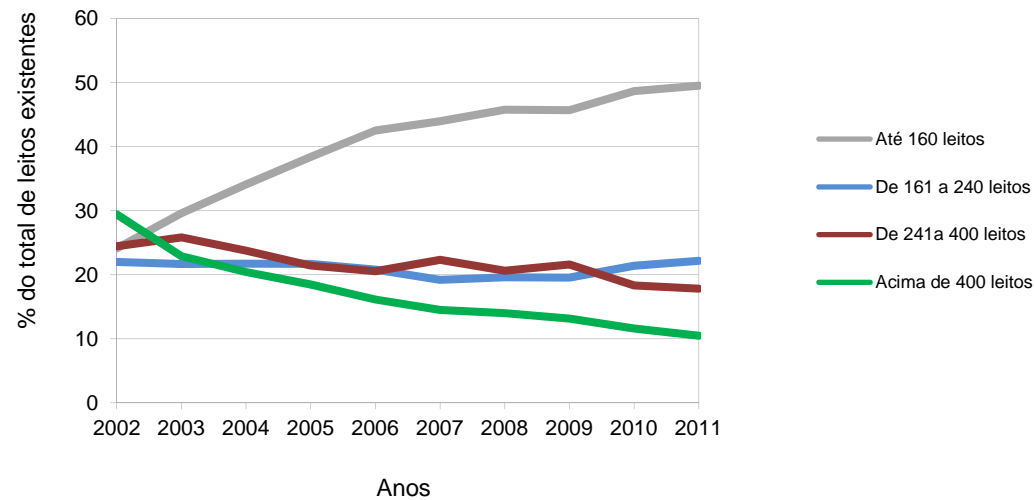
Faixas/Portes Hospitalares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67	15.991	49,53
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.138	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39	7.157	22,17
De 241 a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33	5.752	17,82
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60	3.384	10,48
Total	51.393	100	48.303	100	45.814	100	42.076	100	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100	32.284	100

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

Com o PNASH/Psiquiatria e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH), observa-se, desde de 2002, uma mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos a partir da redução de leitos. Tal cenário foi reforçado com a publicação da Portaria GM 2.644/09, de 28 de outubro de 2009, que vem induzindo o sistema, a partir do reagrupamento dos hospitais psiquiátricos em 4 classes, a remunerar melhor os hospitais de menor porte. Esta mudança estrutural contribui para a qualificação do atendimento, redução dos problemas presentes nos macro-hospitais e se configura como uma estratégia, em contextos mais difíceis, de fechamento processual de leitos.



Gráfico 6 - Série Histórica - % de Leitos psiquiátricos por porte hospitalar.
(Brasil, 2002 – 2011)



O Gráfico ao lado nos mostra o processo de migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte sem a criação de novos leitos ou novos hospitais psiquiátricos (dezembro de 2002 a julho de 2011)

Destaca-se a curva crescente que representa a porcentagem de Hospitais Psiquiátricos de menor porte e reflete a mudança de perfil.

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



Tabela 9 – Leitos em Hospitais Gerais por UF (Brasil, 2011).

UF	Nº DE HOSPITAIS	LEITOS SUS
AC	12	13
AM	1	1
AP	1	16
BA	15	116
CE	29	103
DF	2	33
ES	7	29
GO	13	156
MA	6	20
MG	42	272
MS	29	113
MT	8	10
PA	11	82
PB	17	52
PE	7	68
PI	15	42
PR	19	166
RJ	53	150
RN	5	19
RO	1	60
RR	2	11
RS	199	1086
SC	77	509
SE	3	54
SP	65	712
TO	7	17
Total	646	3910

O cuidado em rede também deve considerar as situações de agravamento, nas quais se faz necessário lançar mão e garantir o acesso à tecnologia hospitalar.

Atualmente, encontram-se habilitados 3910 leitos de psiquiatria em Hospital Geral, distribuídos em 646 Hospitais por todo país.

A Política Nacional de Saúde Mental preconiza que a internação, quando se fizer necessária, ocorra preferencialmente nos Hospitais Gerais, de forma articulada e como retaguarda aos serviços de acompanhamento longitudinal.



Outros Dados

Tabela 10 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ações e programas extra-hospitalares	153,31	226,00	287,35	406,13	541,99	760,47	871,18	1012,35	1.280,60	1.290,70
Ações e programas hospitalares	465,98	452,93	465,51	453,68	427,32	439,90	458,06	482,83	534,25	522,07
Total	619,29	678,94	752,85	859,81	969,31	1.200,37	1329,24	1495,18	1.814,85	1.812,77
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75,24	66,71	61,83	52,77	44,08	36,65	34,46	32,29	29,44	28,80
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24,76	33,29	38,17	47,23	55,92	63,35	65,54	67,71	70,56	71,20
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293,33	30.226,28	36.538,02	40.794,20	46.185,56	49.489,37	54.120,30	62.919,10	67.339,28	78.561,27
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2,19	2,25	2,06	2,11	2,10	2,43	2,46	2,38	2,70	2,31
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293,34	27.181,16	32.703,50	37.145,78	40.750,59	45.803,74	48.670,19	58.270,26	61.965,20	72.332,28
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2,55	2,50	2,30	2,31	2,38	2,62	2,73	2,57	2,93	2,51

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

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

Gastos da Política I

A tabela ao lado informa a evolução dos gastos federais da Política de Saúde Mental durante o período 2002-2011.

Especificamente para o último ano, os dados apresentados correspondem a uma apuração parcial das informações disponibilizadas pelos sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde, tendo em vista que os gestores estaduais e municipais têm prazo até junho/2012 para inserir e/ou corrigir informações de produção através do sistema DATASUS.

Até o momento os valores apurados chegam a 2,31 % do Orçamento Total da Saúde. Se considerarmos apenas os gastos federais com ações e serviços de Saúde (ASPS), o investimento federal em saúde mental em 2011 chega a 2,51% do total gasto pelo Ministério.

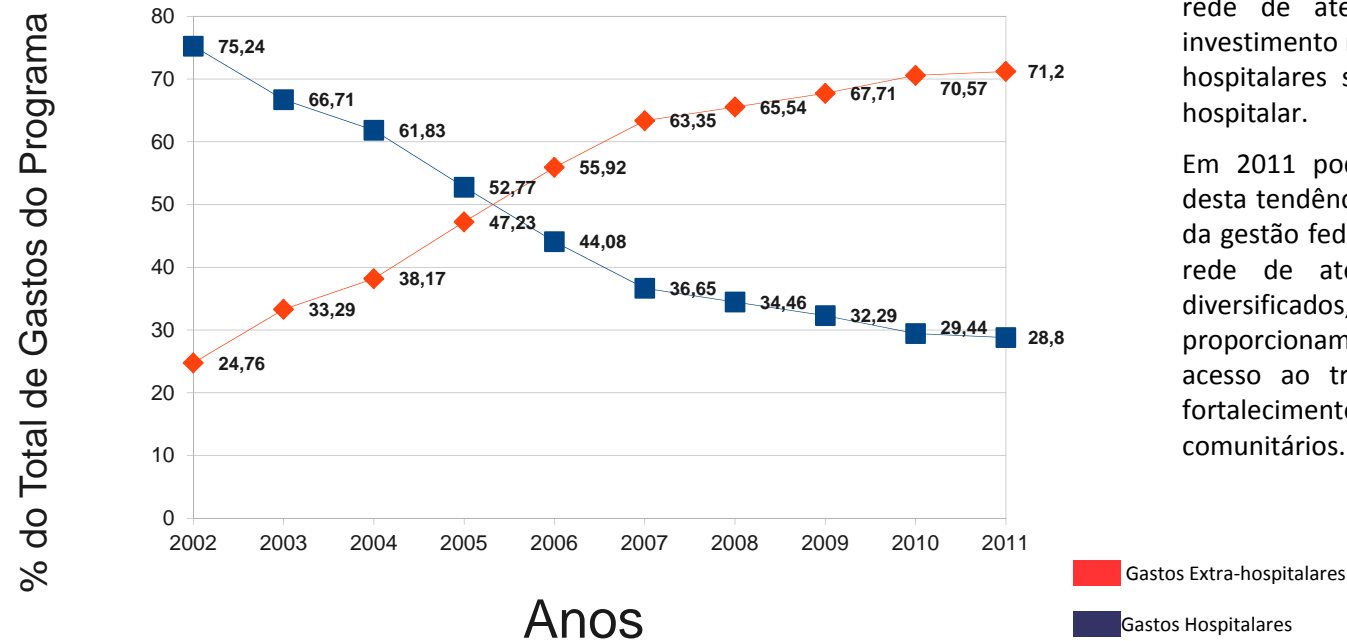
Ao comparar as informações atuais com o ano anterior,, percebemos uma diminuição no valor total de gastos, porém é necessário contextualizar que em 2010 o Ministério da Saúde pôde contar com recursos extraordinários, decorrentes da Medida Provisória nº 498, de 28 de julho de 2010, que estabeleceu recursos no montante de R\$ 90 milhões para o Ministério da Saúde e R\$ 35 milhões para a Secretaria Nacional sobre Drogas, para ações em saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas.

Apesar de não contar com recursos extraordinários em 2011, ainda assim foi possível aumentar o valor gasto com a rede extra-hospitalar em relação ao ano anterior.

Para o ano de 2012 espera-se um aumento significativo do investimento financeiro da Rede de Atenção Psicossocial, por conta do recente reajuste dos valores pagos aos CAPS, da instituição do custeio mensal para os SRTs, da criação de novos dispositivos de cuidado de base comunitária e do investimento para qualificação da rede como um todo.



Gráfico 7 - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011



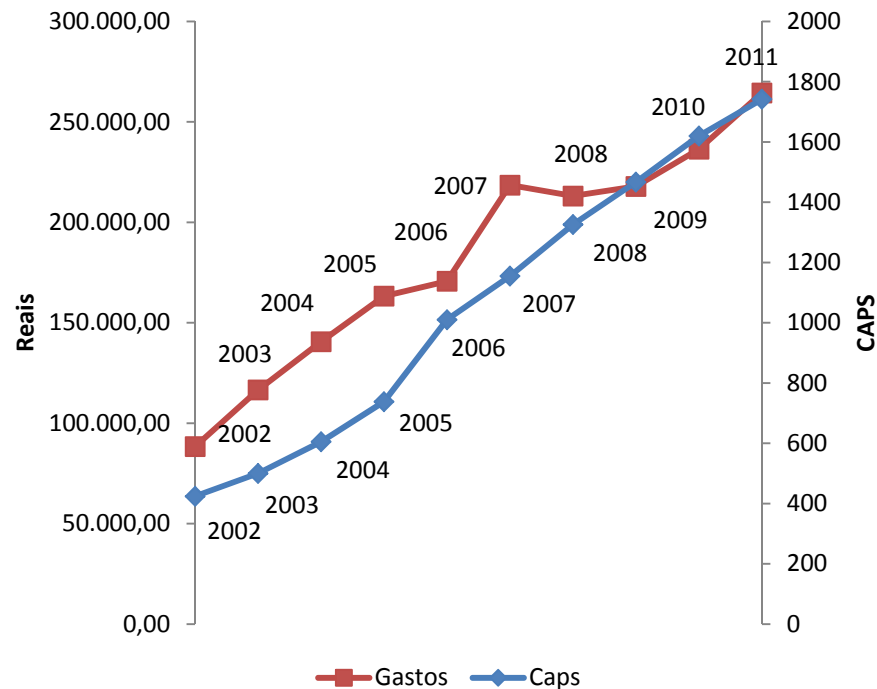
O ano de 2006 marcou a inversão dos gastos na rede de atenção psicossocial, em que o investimento na rede de serviços e ações extra-hospitalares superou os gastos com a rede hospitalar.

Em 2011 podemos observar a continuidade desta tendência, que reafirma o compromisso da gestão federal com o investimento em uma rede de atenção com ações e serviços diversificados, de base comunitária e que proporcionam o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.



Gráfico 8 - Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2002-2011)



O Gráfico ao lado permite visualizar o aumento da média de recursos financeiros federais aplicados no custeio dos CAPS (em vermelho), em função do aumento do número de serviços (em azul).

É nítido o congelamento do financiamento a partir dos anos de 2007 e 2008, que coincide tanto com a alteração dos códigos dos procedimentos dos CAPS na nova tabela unificada de procedimentos do SUS, quanto com o novo modelo de financiamento proposto pela Portaria GM nº 2.867, de 27 de novembro de 2008, que fixou o custeio dos CAPS com base da série histórica de procedimentos.

Com intuito de minimizar a distância entre o aumento de serviços e os recursos a eles destinados, e que o financiamento acompanhe de forma mais compatível a expansão da rede CAPS, foram publicadas as Portarias GM nº 3089 de 23 de dezembro de 2011 - que estabelece novos valores de financiamento para os CAPS - e nº 3099, de 23 de dezembro de 2011 - que repassa novos recursos aos CAPS já existentes para que atinjam os valores da PT nº 3089 - com previsão de impacto significativo para o ano de 2012.

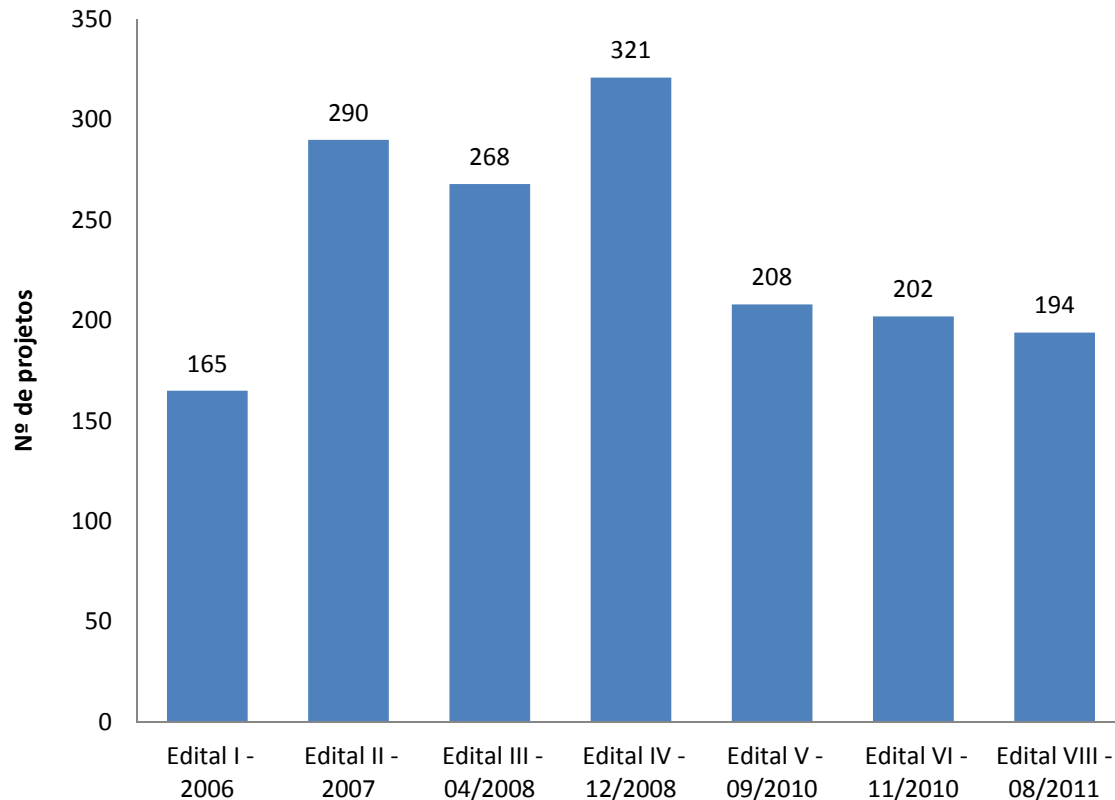
Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.



Outros Dados

Supervisões Clínico-Institucionais I

Gráfico 9 – Número de Supervisões Clínico-Institucionais implantadas por ano, através de editais.
(Brasil, 2005-2011)



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

A Supervisão Clínico-Institucional é importante estratégia de Educação permanente na Saúde Mental. Ela deve promover espaços de trocas de saberes e experiências, que favoreçam a construção de novos conhecimentos e fortaleça a articulação entre os princípios e diretrizes da Saúde Mental e as suas práticas no Território. É importante que o processo de Supervisão Clínico Institucional traga para o palco, outros atores intrasetoriais, intersetoriais e da comunidade, com o objetivo de ampliar e diversificar os recursos de cuidado, promovendo a circulação dos usuários nas diversas redes de atenção. Este modo de operar o cuidado, potencializa as condições dos usuários para a construção da autonomia e o exercício da cidadania.

Entre os anos de 2005 e 2011, foi possível apoiar 851 projetos de supervisão clínico-institucional através do Programa de Qualificação da Rede de Serviços. Em 2011 houve seleção de 194 novos projetos através da VIII chamada de supervisão da rede de atenção psicossocial, álcool e outras drogas.

As novas chamadas para seleção de projetos de supervisão, desde 2010 têm focado as supervisões para toda a rede de atenção psicossocial e não apenas para os CAPS.



Outros Dados

Supervisões Clínico-Institucionais II

Tabela 11 – Número de Supervisões Clínico-Institucionais implantadas por UF/ano, através de editais.
(Brasil, 2005-2011)

Supervisão Clínico-Institucional. CAPS contemplados por UF (2005-2011)								
UF	Edital I - 2006	Edital II - 2007	Edital III - 04/2008	Edital IV - 12/2008	Edital V - 09/2010	Edital VI - 11/2010	Edital VIII - 08/2011	Total
AC	1	2	0	0	0	0	0	3
AL	1	2	3	8	2	2	0	18
AM	0	2	1	0	2	0	1	6
AP	0	0	0	0	1	0	1	2
BA	9	4	2	1	5	4	0	25
CE	2	12	14	15	7	4	10	64
DF	1	1	4	0	0	0	1	7
ES	2	4	1	2	2	1	0	12
GO	0	3	1	1	3	3	2	13
MA	0	3	1	1	2	1	1	9
MG	14	13	10	24	14	8	12	95
MS	0	2	1	5	1	3	1	13
MT	3	2	2	5	0	1	0	13
PA	1	2	11	3	1	2	0	20
PB	3	7	10	11	3	5	6	45
PE	5	6	6	8	4	1	7	37
PI	1	2	0	3	1	2	0	9
PR	3	7	5	13	6	7	5	46
RJ	8	16	14	11	9	18	7	83
RN	0	6	5	4	2	5	2	24
RO	0	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	7	9	14	17	15	10	11	83
SC	7	8	10	7	8	7	7	54
SE	0	4	2	4	2	3	3	18
SP	20	31	18	21	19	15	20	144
TO	0	2	2	1	0	2	1	8
TOTAL	88	150	137	165	109	104	98	851

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

Os dados ao lado apontam os projetos de Supervisão Clínico-Institucional aprovados nos diferentes estados ao longo de período 2006-2011.

Nota-se a o grande número de projetos nas regiões Sul e Sudeste. Isto se deve à concentração de serviços nestas regiões e à maior oferta de supervisores qualificados.

É importante destacar que a região Nordeste também figura entre aquelas com maior número de projetos aprovados. Isto confirma prioridade dada à supervisão dos CAPS na nesta região, como estratégia de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e qualificação da rede.

Para o ano de 2012 há previsão de novas seleções, priorizando os novos CAPSad III e os CAPSad já existentes e que passarão a funcionar 24h.



Quadro II – Escolas de Supervisores apoiadas pelo Ministério da Saúde

AL - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Alagoas
CE - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Ceará
GO - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas de Goiás
MA - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais
MS - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais do Pantanal
MG - Escola de Supervisores da Rede de Atenção em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais – SES/ESP – MG
MG/MONTES CLAROS - Escola de Supervisores Clínico- Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Norte de Minas Gerais
PE - Escola de Formação de Supervisores Clínico-Institucionais – Recife e Região Metropolitana
PI - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Piauí
RJ - Escola de Supervisores do Estado do Rio De Janeiro: Micropolíticas, Cuidado e Produção de Coletivos em Saúde Mental
RJ - Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro (ESAM-SMS Rio-UFRJ)
RN - Projeto Escola de Supervisores em Redes de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Norte
RS - “Escola de Supervisores Clínico-Institucionais em Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande Do Sul”
SC - Formação de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina.
SE - Escola Estadual de Supervisores Clínico Institucionais
TO - Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Estado de Tocantins.

As 15 Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais apresentadas no quadro ao lado receberam apoio financeiro pelo Ministério da Saúde como parte das estratégias do Plano Integrado de Enfrentamento ao CRACK, ao final do ano de 2010. A proposta das escolas é formar novos profissionais, qualificar a prática dos supervisores que já atuam na rede de atenção psicossocial e compartilhar experiências em supervisão.

Atualmente as escolas encontram-se em momentos distintos de implantação ou funcionamento, porém com objetivos e diretrizes comuns, pactuados no I Encontro Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais do SUS, realizado em Porto Alegre/RS nos dias 3 e 4 de novembro de 2011.

Para o ano de 2012 a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde propõe a continuidade do apoio às Escolas de Supervisores e de outras estratégias de supervisão.



Tabela 12 – Número de Escolas de Redução de Danos implantadas ou em Implantação. (Brasil, 2010)

UF	Número de ERD implantadas ou em Implantação
AC	2
AL	2
AM	1
AP	0
BA	2
CE	1
DF	2
ES	1
GO	5
MA	0
MG	5
MS	3
MT	1
PA	2
PB	1
PE	5
PI	0
PR	1
RJ	4
RN	0
RO	0
RR	0
RS	5
SC	0
SE	3
SP	11
TO	1
Total	58

A Escola de Redução de Danos (ERD) é um projeto que busca fomentar e qualificar ações de redução de danos no âmbito do SUS e de outros setores através da instrumentalização teórico-prática de segmentos profissionais e da comunidade, para que estes atuem nas situações de consumo de álcool e outras drogas e de convívio com a população usuária, especialmente em contexto de vulnerabilidade.

Em novembro de 2011, aconteceu a I Oficina das ERDs do SUS, que objetivou apoiar a execução dos projetos selecionados em 2010, bem como consolidar diretrizes e linhas gerais de funcionamento; estabelecer instrumentos de monitoramento e avaliação dos Projetos; e promover articulação regional.

Como resultado dessa oficina, houve um alinhamento da proposta das ERD e maior flexibilidade para as Escolas atuarem nos territórios, de acordo com as demandas e possibilidades loco-regionais. Essa nova ótica, objetiva perpetuar a lógica da Redução de Danos como filosofia e instrumento prático do SUS, superando a abordagem única da abstinência.

Em 2012, o Ministério da Saúde prevê apoio financeiro para uma nova seleção de projetos de ERD do SUS.

