Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS NO CONTEXTO DA REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

PAULA COVAS BORGES CALIPO

Santos
2008

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS NO CONTEXTO DA REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

PAULA COVAS BORGES CALIPO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Saúde Coletiva.
Área de concentração:
Políticas e Práticas em Saúde
Orientador:
Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

Santos
2008

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS
SibiU

C153e Calipo, Paula Covas Borges
Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde brasileiro / Paula Covas Borges Calipo – Santos: [s.n.] 2008.
161 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)

I. Calipo, Paula Covas Borges. II. Título

CDU 614 (043.3)

Universidade Católica de Santos

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

COORDENADOR GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Prof. Dr. José Augusto Fontoura Costa

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Profª. Drª. Rosa Maria Ferreiro Pinto

ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS NO CONTEXTO DA REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Este trabalho de dissertação faz parte do Projeto: "**Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial**" – FAPESP: proc. 06/00679-0.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

Profª. Drª. Sônia Barros

Suplente: Prof. Dr. Catulo César Pestana de Barros Magalhães

_____

_____

_____

Aos meus pais Heitor (in memorium) e Jandira pelo exemplo de perseverança e incentivo.

Ao meu esposo Fernando pelo companheirismo.

Ao meu filho Thales pelo carinho.

“A verdadeira viagem da descoberta não consiste em sair à procura de novas paisagens, mas em possuir novos olhos".

Marcel Proust

AGRADECIMENTO

Ao meu orientador Sérgio Baxter Andreoli pela paciência, sensibilidade e por instigar o saber científico.

Ao colega da Saúde Mental, Dr. Mario Dinis Mateus, pela generosidade e apoio técnico.

À amiga e Assistente Social Ana Rosa Platzer que acompanhou e colaborou com o estudo.

Aos usuários da rede de serviços de Saúde Mental, verdadeira inspiração e permanente fonte de aprendizagem.

A todos que, através do diálogo, dos ensinamentos e da amizade, colaboraram para a efetivação deste trabalho e para minha atual compreensão do campo da Saúde Mental.

RESUMO

Nesses quase 20 anos, apesar dos avanços evidenciados da reforma da assistência psiquiátrica de Santos, não foi realizado monitoramento e avaliação de forma sistemática. **Objetivo**: Descrever o Sistema de Saúde Mental de Santos, por meio de indicadores de estrutura, identificando deficiências e pontos fortes, no ano de 2005. **Método:** Estudo descritivo do Sistema de Saúde Mental de Santos, baseado na colheita de indicadores de Saúde Mental, utilizando o WHO-AIMS - Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde. **Resultados: Contexto Político e Legislativo:** apresenta Política, Programa e legislação com componentes essenciais. Aplicou em SM 5% do recurso próprio da saúde, sendo 85% com Recursos Humanos. Com os hospitais psiquiátricos foi gasto 0,006%. Disponibiliza gratuitamente, medicamentos psicotrópicos essenciais. O monitoramento e treinamento em Direitos Humanos não ocorreram de forma sistemática. **Serviços de Saúde Mental:** serviços ambulatoriais = 11; 2.155 usuários/100 mil hab. atendidos com média de 38 contatos; pop infanto-juvenil de 16%; Hospital-Dia = 5; 51 usuários/100 mil hab.; unidades de internação na comunidade = 6, com 8 leitos/100 mil hab.; serviço residencial comunitário = 01, com 20 leitos; leitos especializados: referência em São João da Boa Vista; 2,4 leitos/ 100 mil hab.; média de 10 internações/mês, 36 dias de permanência e 37% de mulheres tratadas e 48% a prevalência de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29). De 81 – 100% dos usuários de todos os serviços receberam uma ou mais intervenções psicossociais. **Saúde Mental em Cuidados Primários de Saúde:** De 1 a 20% (poucos) dos médicos interagem com serviço de Saúde Mental e estes têm permissão de prescrever psicotrópicos, mas com restrições. Durante o curso de graduação de médicos e de Enfermeiros foram dedicadas 1% e 3% de

horas à Saúde Mental. **Recursos Humanos (RH):** taxa/100 mil hab., trabalhando em serviços de Saúde Mental ou prática privada: Psiquiatras: 10,5%; outros médicos: 0,5%; Enfermeiros: 3%; Psicólogos: 37,5%; Assistentes Sociais: 4%; Terapeutas Ocupacionais: 2,4% e outros: 48. **Educação da População e Vínculos com outros Setores:** Existem parcerias com iniciativa pública e privada para atividades de promoção e prevenção. 622 pessoas recebem benefício por incapacidade decorrente de um transtorno mental e 71 usuários o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa. **Monitorização e Pesquisa:** Poucos (0-20%) profissionais da rede envolvidos, por categoria profissional, em pesquisas. **Conclusão:** O processo de reforma da assistência psiquiátrica de Santos apresenta inegável saldo positivo, particularmente os referentes à consolidação de um modelo de atenção comunitária, com serviços abertos, regionalizados e de atenção diária. No entanto, evidenciam-se algumas fragilidades principalmente com relação aos RH, integração com a atenção primária, garantia do financiamento para a execução do Programa de Saúde Mental, inspeção externa de proteção dos Direitos Humanos, poucas informações epidemiológicas e dados referentes aos usuários. Por fim, como desafios e impasses no processo de implementação do Sistema de Saúde Mental de Santos, estão as oscilações orçamentárias, as populações mais vulneráveis, além do legado mais geral de pobreza, exclusão social e violência.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde; Saúde Mental; Avaliação de serviços de saúde; Assistência psiquiátrica.

Abstract

In these almost 20 years, despite the evident advances in the Santos psychiatric care reform, no systematic monitoring and evaluation were carried. **Objective:** To describe the Mental Health System of Santos, through indicators of structure, identifying weaknesses and strengths, in 2005. **Method:** descriptive study of the Mental Health System of Santos, based on the gathering of indicators of Mental Health, using the WHO-AIMS - World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems. **Result: Political and Legislative Background:** presents Policy, Program and legislation with key components. SM was applied in 5% of the resource in health, and 85% with Human Resources. In the psychiatric hospitals 0.006% was spent. It provides free, essential psychotropic medicines. The monitoring and training in human rights did not occur in a systematic way. **Mental Health Services:** outpatient services = 11; 2,155 users/100 thousand inhabitants attended with an average of 38 contacts; infant-juvenile population, 16%; Hospital-Day = 5, 51 users/100 thousand inhabitants.; hospitalization units in the community = 6, with 8 beds/100 thousand inhabitants.; residential community service = 01, with 20 beds; specialized beds: Reference in São João da Boa Vista, 2.4 beds / 100 thousand inhabitants.; Average of 10 admissions per month, 36 days of stay and 37% of women treated and the prevalence of 48% schizophrenia, schizotypal and delirious disorders (¬ F20-F29). From 81 to 100% of users of all services received one or more psychosocial interventions. **Mental Health in Primary Health Care:** From 1 to 20% (few) of the doctors interact with the Mental Health service and are allowed to prescribe psychotropic drugs, but with restrictions. During the graduating courses of doctors and nurses, 1% and 3% of hours were dedicated to Mental Health. **Human Resources (HR):** rate/100 thousand inhabitants, Working in Mental Health departments or private practice: Psychiatrists: 10.5%; other doctors: 0.5%;

Nurses: 3%; Psychologists: 37.5%; Social Assistants: 4%; Occupational Therapists: 2.4% and others: 48. **Population Education and Linkages with other Sectors:** There are partnerships with public and private initiative for promoting interest and prevention activities. 622 people receive benefits for incapacity arising from a mental disorder and 71 users of the aid-rehabilitation program “De Volta para Casa”. **Monitoring and Research:** Few (0-20%) professionals in the network, by professional category, for research are involved. **Conclusion:** The Santos psychiatric care Reform presents undeniable positive balance, particularly those relating to the consolidation of a community care model, with open services, regionalized and of daily attention. However, some weaknesses are shown regarding mainly to the training of RH, integration with primary care, guarantee funding for the implementation of the Mental Health Program, external inspection of human rights protection, few epidemiological information and data on users. Finally, along with the challenges and deadlocks in the implementation process of the Mental Health System in Santos, are the budgetary fluctuations, the most vulnerable populations, in addition to the broader legacy of poverty, social exclusion and violence.

Keywords: Mental Illness; Health Policy; Mental Health; evaluation of health services, psychiatric assistance.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Principais Marcos Legais do Brasil e do Município de Santos 52

Quadro 2 - Número de usuários adultos tratados nos serviços NGA-57-Aparecida, AMBESP-RCH e NAPS, por CID-10, no ano de 2005 62

Quadro 3 – Número de procedimentos dos serviços ambulatoriais de Saúde mental de Santos, no ano de 2005 62

Quadro 4 - Número de APAC's de Cuidados Intensivos em Saúde Mental dos NAPS e Número de pacientes internados na Enfermaria de Agudos do HGA, por grupo diagnóstico baseado na CID-10, no ano de 2005 67

Quadro 5 – Sistema de Saúde Mental de Santos: Pontos Fortes e Pontos Fracos 115

Figura 1 – Mapa do Município de Santos 33

Figura 2 – Mapa da Localização das Unidades de Saúde Mental..... 37

Figura 3 – Domínios do WHO-AIMS 2.1 41

Figura 4 - Série Histórica das Internações Psiquiátricas de Pacientes Moradores de Santos 50

Figura 5 - Percentual dos Usuários Atendidos nos NAPS, por sexo, no ano de 2005 61

Figura 6 – Taxa por 100.000 habitantes, dos Profissionais que trabalhavam em serviços de SM (públicos ou privados), do Brasil e Santos, em 2005, segundo o WHO-AIMS 83

Figura 7 - Número de profissionais graduados, no Brasil e Santos, por 100.000 habitantes, no ano de 2004, segundo o WHO-AIMS..... 85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado dos indicadores de Política de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 46

Tabela 2 – Resultado dos indicadores do Programa de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 48

Tabela 3 – Resultado dos indicadores da Legislação em Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 50

Tabela 4 - Resultados dos indicadores referentes à Implementação da monitorização dos direitos humanos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 53

Tabela 5 - Resultados dos indicadores referentes ao financiamento dos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 55

Tabela 6 – Resultados dos indicadores referentes à Integração funcional dos serviços, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 58

Tabela 7 - Resultados dos indicadores referentes aos ambulatórios psiquiátricos e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 59

Tabela 8 - Resultados dos indicadores referentes aos Hospitais-Dia e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 63
Tabela 9 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de internação psiquiátrica na comunidade, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 65
Tabela 10 - Resultados dos indicadores referentes aos serviços residenciais comunitários, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 69
Tabela 11 - Resultados dos indicadores referentes aos hospitais psiquiátricos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 69
Tabela 12 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de psiquiatria forense, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 72
Tabela 13 - Resultados dos indicadores referentes a outros serviços residenciais, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 72
Tabela 14 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de tratamento psicossocial em serviços de saúde, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 74

Tabela 15 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de medicamentos psicotrópicos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 75
Tabela 16 - Resultados dos indicadores referentes à igualdade de acesso aos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 76
Tabela 17 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde com médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 77
Tabela 18 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde sem médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 79
Tabela 19 - Resultados dos indicadores referentes à Interação com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 80
Tabela 20 – Resultados dos indicadores referentes ao número de recursos humanos do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 80
Tabela 21 - Resultados dos indicadores referentes à formação de profissionais em saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 84

Tabela 22 - Resultados dos indicadores referentes às Associações de usuários/consumidores e de familiares, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 86
Tabela 23 - Resultados dos indicadores referentes às atividades de associações de usuários/consumidores, de associações de familiares e de outras ONGs, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 87
Tabela 24 - Resultados dos indicadores referentes à educação da população e campanhas de conscientização sobre saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 89
Tabela 25 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: colaboração formal, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 91
Tabela 26 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: atividades, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA = Alcoólicos Anônimos

AMBESP-RCH = Ambulatório de Especialidades da Região Central Histórica

AMBESP-ZN = Ambulatório de Especialidades da Zona Noroeste

AMEM = Assistência ao Menor Enfermo Mental

ANS= Agência Nacional de Saúde

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC = autorização de procedimento de alta complexidade

APAE = Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santos

APAEA = Associação dos Pais, Amigos e Educadores de Autistas

APPC = Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral

APS = Atenção Primária à Saúde

BPA = Boletim de Produção Ambulatorial

CACTOS = Centro de Apoio e Recuperação de Dependentes Químicos

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad = Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPS i = Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência

CEAVI = Centro Evangélico de Apoio à Vida

CEMPRI = Centro Municipal de Prevenção Primária ao Uso de Substâncias

CEREX = Associação de Pais Centro de Recuperação dos Excepcionais

CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão

CNSM = Coordenação Nacional de Saúde Mental

CMDCA = Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente

CMSS = Conselho Municipal de Saúde de Santos

COMAD = Conselho Municipal Antidrogas

CONASEMS = Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COS-MENTAL= Coordenadoria de Saúde Mental

CVC = Centro de Valorização da Criança

CVV = Centro de Valorização da Vida

C.T. = Comunidades Terapêuticas

DALY = Disability Adjusted Life Years

DATASUS = Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DEAESP = Departamento de Atenção Especializada

DH = Direitos Humanos

DRS-IV – BS = Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista

EACS = equipe de agente comunitário de saúde

EC 29 = Emenda Constitucional 29

ESF = Estratégia da Saúde da Família

ESP = Estado de São Paulo

FAEC= Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FEBRACT = Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas

FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMS = Fundo Municipal de Saúde

FUNDAP = Fundação do Desenvolvimento Administrativo

HG = Hospital Geral

HGA = Hospital Guilherme Álvaro

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

IDH = Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS = Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social

MP = Ministério Público

NA = Narcóticos Anônimos

NAPNE = Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais

NAPS = Núcleo de Apoio Psicossocial

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NGA-57 = Núcleo de Gestão Assistencial da Aparecida

NM = Nível Médio

NU = Nível Universitário

NUREX = Núcleo de Reabilitação ao Excepcional

OMS = Organização Mundial de Saúde

ONG = Organização Não-Governamental

ONU = Organização das Nações Unidas

OPAS = Organização Pan-Americana de Saúde

PIB = Produto Interno Bruto

PNASH/Psiquiatria = Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PMS = Prefeitura Municipal de Santos

PP = Partido Progressista

PRNR = Programa do Recém-Nascido de Risco

REDUC = Rede Brasileira de Redução de Danos

RH = Recursos Humanos

RMBS = Região Metropolitana da Baixada Santista

SAME = Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCNES = Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde

SEACAUD = Seção de Avaliação, Controle e Auditoria

SEAS = Secretaria de Assistência Social

SECASA = Seção Casa de Apoio e Solidariedade à Pessoa com HIV/AIDS

SECERPA-TL = Seção Centro de Reabilitação Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado

SEDUC = Secretaria de Educação

SEHIG = Secretaria de Higiene e Saúde de Santos

SELAB = Seção Lar Abrigo

SENAT = Seção Núcleo de Atenção ao Toxicômano

SERP = Seção de Reabilitação Psicossocial

SES = Secretaria de Estado da Saúde

SIA/SUS = Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIH /SUS = Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SITOC = Associação Santista de Síndrome de Tourette

SJBV = São João da Boa Vista

SM = Saúde Mental

SMS = Secretaria Municipal de Saúde

SSM = Sistema de Saúde Mental

ST = Síndrome de Tourette

SUS = Sistema Único de Saúde

T.M. = transtorno mental

TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo

UBS = Unidade Básica de Saúde

UNIFESP = Universidade Federal do Estado de São Paulo

UNILUS = Universidade Lusíada

UNIMES = Universidade Metropolitana de Santos

UNISANTOS = Universidade Católica de Santos

WHO-AIMS = World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems

ZN = Zona Noroeste

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Quadros e Figuras 11

Lista de Tabelas 12

Lista de Abreviaturas e Siglas 16

1. Introdução 23

    1.1 Contexto do ano de 2005 31

    1.2 Caracterização do Município de Santos.....32

    1.3 Sistema de Saúde Mental de Santos.....34

2. Objetivo Geral 38

3. Metodologia 38

    3.1. Desenho do estudo 38

    3.2. Instrumento..... 39

    3.3. Procedimento 42

    3.4. Análise dos Dados..... 44

    3.5. Procedimentos Éticos 46

4. Resultados 46

    4.1. Domínio 1 46

    4.2. Domínio 2 58

    4.3. Domínio 3 77

4.4. Domínio 4 80

4.5. Domínio 5 89

4.6. Domínio 6 94

5. Discussão dos resultados 94

6. Conclusão 119

7. Recomendações 121

8. Referências Bibliográficas 123

9. Anexos 132

Anexo 1 – Instrumento “Avalia – CAPS” 133

Anexo 2 – Foto dos Serviços Públicos de Saúde Mental de Santos 135

Anexo 3 - Protocolo da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS 137

Anexo 4 - Territorialização dos serviços de Saúde Mental 138

Anexo 5 – Fluxograma da rede de serviços da saúde mental 139

Anexo 6 – WHO-AIMS: Respostas às perguntas mais freqüentes 141

Anexo 7 – WHO-AIMS: Definições de alguns termos mais freqüentes 145

Anexo 8 - Ofício do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) 151

Anexo 9 – Relação dos Medicamentos de Saúde Mental 152

Anexo 10 – Plano Pluri Anual – Coordenadoria de Saúde Mental – 2005-2008 153

Anexo 11 -Tabela Salarial – Fevereiro 2006 161

1. INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) apontam que “os transtornos mentais acometem aproximadamente 450 milhões de pessoas e estes, ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento”. Estudos têm mostrado que os transtornos psiquiátricos representam uma sobrecarga grande na sociedade, não só pela prevalência alta, maior do que 30% (ALMEIDA FILHO, 1997), mas também pelos dias de vida perdidos com qualidade (DALY). De todos os dias perdidos por problemas de saúde, cerca de 14% são atribuídos às doenças neuropsiquiátricas. Além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área (SAXENA, 2007).

Acresce ainda, que todas as projeções futuras apontam para um aumento significativo dos transtornos mentais e dos problemas de saúde mental. Prevê-se por um lado, um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência, associados ao aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população. Por outro lado, um impacto crescente de problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde mental, como os problemas de violência, abuso de álcool e drogas, delinqüência juvenil e outros.

No Brasil, nas duas últimas décadas, foi desencadeado, com a participação de diversos atores sociais, o processo de reforma da assistência psiquiátrica, inscrita num contexto mundial de mudanças pela superação da violência asilar e em defesa dos direitos humanos.

Esse processo de reforma estabeleceu importantes transformações no campo da atenção à saúde mental, marcado pela mudança do paradigma de um modelo centrado no hospital psiquiátrico, na doença e na segregação das pessoas

portadoras de sofrimento psíquico, para um modelo de serviços de base comunitária, com cuidado personalizado, específico, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar e as redes sociais; "com ênfase na busca da autonomia, liberdade, emancipação e, direito a voz e a escuta" (PEREIRA, 1997).

A partir da segunda metade do século XX, as mudanças dos paradigmas da atenção em Saúde Mental sofreram influência de alguns fatores, como o descobrimento de novas drogas (principalmente os neurolépticos e antidepressivos); o desenvolvimento de novas modalidades de intervenção psicossocial; o movimento em favor dos Direitos Humanos (criação da ONU e o avanço da democracia no mundo); e, a incorporação dos componentes sociais e mentais na definição de Saúde, pela OMS em 1948 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Estava em curso, desde os anos 70, o movimento da Reforma Psiquiátrica, inscrito no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social da época.

Neste período, impulsionado principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, iniciou-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Este movimento, iniciado na Itália, teve repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira "constitui-se num processo político e social complexo e é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais" (BRASIL, 2005a).

No município de Santos, a reforma da atenção psiquiátrica sofreu influência da "Psiquiatria Democrática" italiana (AMARANTE, 1995) e constituiu-se num dos

marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira quando, no ano de 1989, a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos – SEHIG – interveio na Casa de Saúde Anchieta.

A intervenção ocorreu em função das denúncias de maus-tratos, superlotação, abandono e mortes de pacientes, desencadeando uma desapropriação por razões de utilidade pública, o que resultou, entre outras ações, na extinção do manicômio na cidade. Essa intervenção teve repercussão nacional e "demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico" (BRASIL, 2005a).

A Casa de Saúde Anchieta era uma clínica privada, conveniada com o INAMPS e que funcionava há mais de 40 anos atendendo a demanda psiquiátrica da região da Baixada Santista. Nos dois últimos anos de funcionamento, sua taxa de ocupação era de 145%, para 290 leitos e uma média de 470 internados (LANCETTI, 1989).

Segundo Capistrano Filho (1991), o condutor do processo de intervenção:

> [...] foram traçadas duas linhas de trabalho para a efetivação da mudança do modelo assistencial: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova na sociedade em relação aos doentes mentais, estabelecendo no campo conceitual um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria.

Três diretrizes orientaram este processo: desospitalização, desinstitucionalização e resgate dos direitos de cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Estabeleceu-se um novo sistema de referência juntamente com uma rede de apoio e de supervisão. Foram implantados cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), territorializados, que funcionavam 24 horas e atendiam toda a demanda de

saúde mental, inclusive a crise. Na década de 90, essa rede de serviços foi implementada com a criação da Unidade de Reabilitação Profissional - SERP, o Centro de Convivência TAM-TAM e o Lar Abrigo (Casinha). Organizou - se, também, a Associação dos Usuários e Familiares “Franco Rotelli”.

Ainda no final de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei de autoria do Deputado Paulo Delgado que resultou, 12 anos depois, na lei brasileira de reforma psiquiátrica – Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Depois da década de 80, marcada pela “reforma do asilo” e pela “ambulatorização”, inicia-se o período considerado da “máxima intensidade política e normativa da Reforma Psiquiátrica” - de 1990 a 2003 -, tendo o Ministério da Saúde assumido o papel de “ir definindo os rumos desta reforma visando à construção de uma rede de serviços capaz de substituir o sistema hospitalocêntrico” (BRASIL, 2007). Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, comprometendo-se com a reestruturação da assistência psiquiátrica.

Outros fatores foram decisivos neste processo, como a já mencionada aprovação da Lei nº. 10.216 da Reforma Psiquiátrica; a publicação da Portaria GM nº. 336/02 e da Portaria SAS nº. 189/02 – que atualizaram a Portaria GM nº. 224/92, incorporando os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos; a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de funcionamento desses serviços, como por exemplo, a dos serviços NAPS de Santos (ONOCKO CAMPOS, 2006).

Neste contexto, os CAPS assumem um papel relevante para o desenvolvimento de novas práticas, configurando-se como dispositivos estratégicos para a reversão do modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

No caso da Política de Álcool e outras Drogas, a Portaria nº. 816, de abril de 2002, estabeleceu um programa sistemático de implantação de rede assistencial destinada a esta clínica no âmbito da saúde pública.

O Ministério da Saúde ainda editou outras normas importantes como a de expansão dos CAPS infanto-juvenis e a criação do Fórum Intersetorial sobre Políticas de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência; o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708/03 e que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes com longas internações psiquiátricas; as Portarias GM nº. 52/04 e nº. 53/04, instituindo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, e que estabelecem a estratégia de redução progressiva dos leitos nos hospitais de maior porte, aprofundando o alcance das normas anteriores para o sistema hospitalar, especialmente a Portaria nº. 251/02, além de reforçar o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria - PNASH-Psiquiatria. O instrumento de avaliação do PNASH é composto de amplo questionário qualitativo que examina desde a estrutura física do hospital psiquiátrico, passando pela administração, até a assistência técnica em saúde mental e inserção à rede de atenção. Em 2005, foi realizada a segunda avaliação com este instrumento em todos os hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Neste contexto de reforma, a atual Política Nacional de Saúde Mental – PNSM visa

> reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) -; incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa "De Volta Para Casa"; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2008).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, alguns desafios se apresentam para o Brasil, como:

> Fortalecer as políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego; e, aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (BRASIL, 2008).

Assim, entendendo que a Reforma da Assistência Psiquiátrica articula-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pressupõe hierarquização, municipalização, participação e controle social e, por ser um fenômeno recente no Brasil, que se manifesta no contexto da descentralização, onde a responsabilidade pela

implementação de políticas e prestação de serviços foi transferida do nível central para o local, a avaliação e os estudos que contemplem a esfera municipal são fundamentais.

A Reforma da Assistência Psiquiátrica em Santos tem sido considerada uma referência para a elaboração de estratégias e modelos de Políticas em Saúde Mental no Brasil. No entanto, nestes quase 20 anos, apesar dos avanços evidenciados da reforma da assistência psiquiátrica de Santos, não foi realizado monitoramento e avaliação sistemáticos desse processo.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, por meio do instrumento de monitoramento CAPS – 2006[1], realizou o "Avalia -CAPS", mas não ocorreu a discussão do processo, a devolutiva e a análise dos resultados com as equipes dos municípios.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto no qual:

> [...] os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem em ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas. [...] (BRASIL, 2003a).

Em 2005, a OMS consolidou um instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental para uma região, país ou cidade, denominado WHO-AIMS (World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems) e que visa "colher informações essenciais para o fortalecimento de sistemas de saúde mental" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

[1] Anexo 1

O Brasil foi um dos países que utilizou o instrumento WHO-AIMS para avaliar o Sistema de Saúde Mental nacional. Este Projeto contou com a participação de profissionais da OMS, Ministério da Saúde do Brasil e do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e, com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. Em novembro de 2007, os resultados do Relatório da Avaliação do Sistema de Saúde Mental do Brasil foram apresentados em evento realizado na UNIFESP e disponibilizados posteriormente no site oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Diante do exposto e considerando a evolução do cenário da saúde mental nacional e o pioneirismo da reforma psiquiátrica em Santos na efetivação do modelo assistencial de base comunitária, o objetivo deste estudo é descrever o sistema de saúde mental do município de Santos, no ano de 2005, por meio de indicadores de estrutura, identificando possíveis deficiências e pontos fortes.

A relevância deste trabalho está em utilizar um instrumento padronizado e com reconhecimento internacional (WHO-AIMS), pela primeira vez, no sistema da assistência à saúde mental de Santos. Salienta-se, ainda, que as informações geradas poderão contribuir para a reflexão sobre novos direcionamentos e consolidação dos processos. Finalmente, para os gestores locais e os diferentes atores envolvidos no processo da assistência psiquiátrica de Santos - usuários, familiares, trabalhadores - poderá servir de subsídio para a formulação e incremento de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico.

1.1. Contexto do ano de 2005

O ano de 2005 constituiu-se no primeiro ano da nova administração municipal, após duas gestões do Partido Progressista (PP). As áreas da Saúde e da Educação foram consideradas prioridades deste atual governo. Para tanto, na área específica da saúde mental, inicialmente houve investimento financeiro para a aquisição de materiais e equipamentos para as unidades, reforma da estrutura física, aluguel de novos imóveis para a sede de serviços e contratação de recursos humanos, visando dotar as unidades das condições necessárias para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos.

Paralelamente a este processo, foram realizados dois eventos marcantes: a Capacitação *Saúde Mental no SUS: um marco teórico,* cujo objetivo foi contribuir para uma melhor compreensão do campo da SM, a partir de importantes marcos teóricos da Reforma Psiquiátrica, e a *Oficina de Saúde Mental: discussão do Plano de Organização do Trabalho na Rede de Serviços* que, por meio de uma construção coletiva, teve como objetivo possibilitar a ressignificação e otimização do trabalho, bem como estabelecer um plano de trabalho.

Em 2005, outro fato que mereceu destaque foi a assinatura do termo de adesão ao Programa “De Volta para Casa” (PVC) possibilitando, hoje, que 78 usuários sejam beneficiados com o auxílio-reabilitação de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais). Santos foi o primeiro município a aderir a este programa na Baixada Santista.

Ainda neste ano, os leitos do NAPS I, localizado na Zona Noroeste, foram reativados depois do fechamento por mais de um ano, em função da mudança de local para a construção da atual sede. E, criada uma Comissão para proceder a

revisão e atualização da padronização dos psicofármacos utilizados na rede de serviços de Saúde Mental.

1.2. Caracterização do Município de Santos

Localizado no litoral do Estado de São Paulo, é o município pólo da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). É densamente povoado, com características urbanas voltadas para a verticalização. Em 2005, a população residente era de 418.315 habitantes (IBGE), sendo 193.378 do sexo masculino e 224.937 do sexo feminino. Nos meses de férias escolares e feriados prolongados, a população flutuante pode chegar a 1 milhão de pessoas. Abriga aproximadamente 31,5% da população da Baixada Santista.

A **área insular** é densamente urbanizada e abriga 99% da população da cidade. Ela compreende uma parte plana e uma parte composta de morros isolados, de origem antiga e dotados de uma ocupação urbana irregular com uma mescla de luxo e baixa renda. Possui 7 canais principais, que drenam e entrecortam a área da cidade voltada para a baía de Santos. Conta com 57 bairros, sendo 7 na orla marítima; 20 na área central e portuária; 16 nos morros e 14 na zona noroeste.

A **área continental** é quase seis vezes maior do que a área insular e tem cerca de 4 mil moradores. A reserva ecológica corresponde a 87% da área. A partir de 1999, com a aprovação da Lei de Uso e Ocupação do Solo da Região (Lei nº. 359/99), passou a contar com nove bairros regularizados, sendo o Caruara o mais populoso, com cerca de 3.500 habitantes e possui uma policlínica e um posto odontológico. O bairro de Monte Cabrão conta também, com uma policlínica e uma escola municipal de ensino fundamental.

Figura 1 – Mapa do Município de Santos

Fonte: : http://www.santos.sp.gov.br/educacao/AREACO1.HTM

Santos abriga o maior porto da América Latina, que é sua principal atividade econômica, além do turismo, comércio e pesca.

Com relação ao Saneamento Básico, apresenta os seguintes índices: Coleta de lixo (2000): 99,62%; Abastecimento de água (2006): 100%; Esgoto sanitário (2006): 98%; Esgoto sanitário tratado (2003): 100%.

Alguns indicadores de saúde causam preocupação, como a taxa de mortalidade geral que era de 9,23/1000 habitantes (2006), estando acima da taxa do Estado, 5,6/1000 e do País – 6/1000; o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) elevado, entre 14 e 15/1000 nascidos vivos, sendo que as causas perinatais, relacionadas à assistência da gestante no pré-natal e no parto são os principais responsáveis, segundo o Programa do Recém-Nascido de Risco (2006); o coeficiente de mortalidade materna, em torno de 36,75/100.000 (2006); o coeficiente de incidência de AIDS de 19,8/ 100 mil habitantes (essa taxa vem decrescendo nos últimos anos).

A cidade é a 33ª mais rica do país (IBGE, 2007a)[2] e seu PIB de R$ 8,76 bilhões representa 0,41% de todo o PIB brasileiro (IBGE, 2007b)[3]. Seu IDH é 0,871, considerado elevado – 5º no ranking nacional e 3º no Estado de São Paulo (PNUD, 2000). A Taxa de alfabetização é de 96,9% (IBGE, 2005).

Apesar dos bons indicadores sociais, calcula-se que 10% dos santistas vivam na linha da pobreza, principalmente na região central, onde se localizam os cortiços, nos morros e na Zona Noroeste, como o Dique da Vila Gilda e a Vila Alemoa.

Embora Santos apresente uma perspectiva positiva por conta da instalação da base de negócios de gás e petróleo; o crescimento dos investimentos imobiliários; a redescoberta do turismo e os investimentos no porto, a cidade terá como desafio o crescimento sustentável com qualidade de vida.

1.3 Sistema de Saúde Mental (SSM)

O Sistema de Saúde Mental de Santos abrange serviços públicos de gerência municipal e estadual e serviços privados em suas várias modalidades de prestação (filantrópicos, lucrativos e beneficentes). Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), 31 % da população dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (ANS, 2007).

Na esfera pública, o sistema conta com a gestão de serviços municipais a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e no âmbito estadual, do Hospital Guilherme Álvaro (HGA) e do Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista (DRS-IV-BS). A SMS é o órgão do Executivo Municipal responsável pela condução da Política de Saúde de Santos, representando a autoridade sanitária municipal e o gestor local do Sistema Único de Saúde.

---

[2] Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno/Bruto.
[3] Produto Interno Bruto dos Municípios – 2002 a 2005.

A SMS conta com uma Coordenadoria de Saúde Mental (COS-MENTAL), subordinada ao Departamento de Atenção Especializada (DEAESP), cuja missão é

> [...] assegurar a formulação e gestão da Política de Saúde Mental do Município de Santos, em consonância com a Política Estadual e Federal e, a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais e suas famílias. [...]

A Política de Saúde Mental de Santos é baseada nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira, garantindo acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos, ao cuidado em liberdade, ao convívio na família e na comunidade.

O município de Santos possui cinco CAPS III (NAPS- 24h) e um CAPS ad II (SENAT I) cadastrados, conforme preconizado pela Portaria GM nº. 336/2002 e, três Centros de Valorização da Criança (CVCs); uma Seção Centro de Reabilitação Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado (SECERPA-TL); um Centro Municipal de Prevenção Primária ao Uso de Substâncias Psicoativas (CEMPRI); uma Seção Lar Abrigo (SELAB) e uma Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP)[4].

Está previsto na Lei Complementar nº. 542, de 27 de setembro de 2005, que trata da estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Santos, a SENAT II – ZN que deve funcionar como um CAPS ad II. Conta, ainda, com médicos psiquiatras plantonistas (24h), no Pronto-Socorro da Zona Noroeste. Em 2005, funcionava nas dependências do Ambulatório de Especialidades da Região Central Histórica, o Ambulatório de Psicoterapia (atendimento médico-psicológico), extinto no final de 2006. Na gestão estadual, contava com o Núcleo de Gestão Assistencial – Aparecida, referência regional para o atendimento ambulatorial (médico - psicológico

[4] Anexo 2 - Imagens dos serviços.

- assistência social) aos municípios da Baixada Santista, bem como os leitos da Enfermaria de Agudos do HGA e os dos hospitais especializados da região de São João da Boa Vista (localizados a 300 Km de Santos), gerenciados pela Central de Regulação de Vagas, conforme protocolo[5].

Os CAPS III são responsáveis pela maior parte do atendimento prestado ao paciente psiquiátrico adulto da cidade.

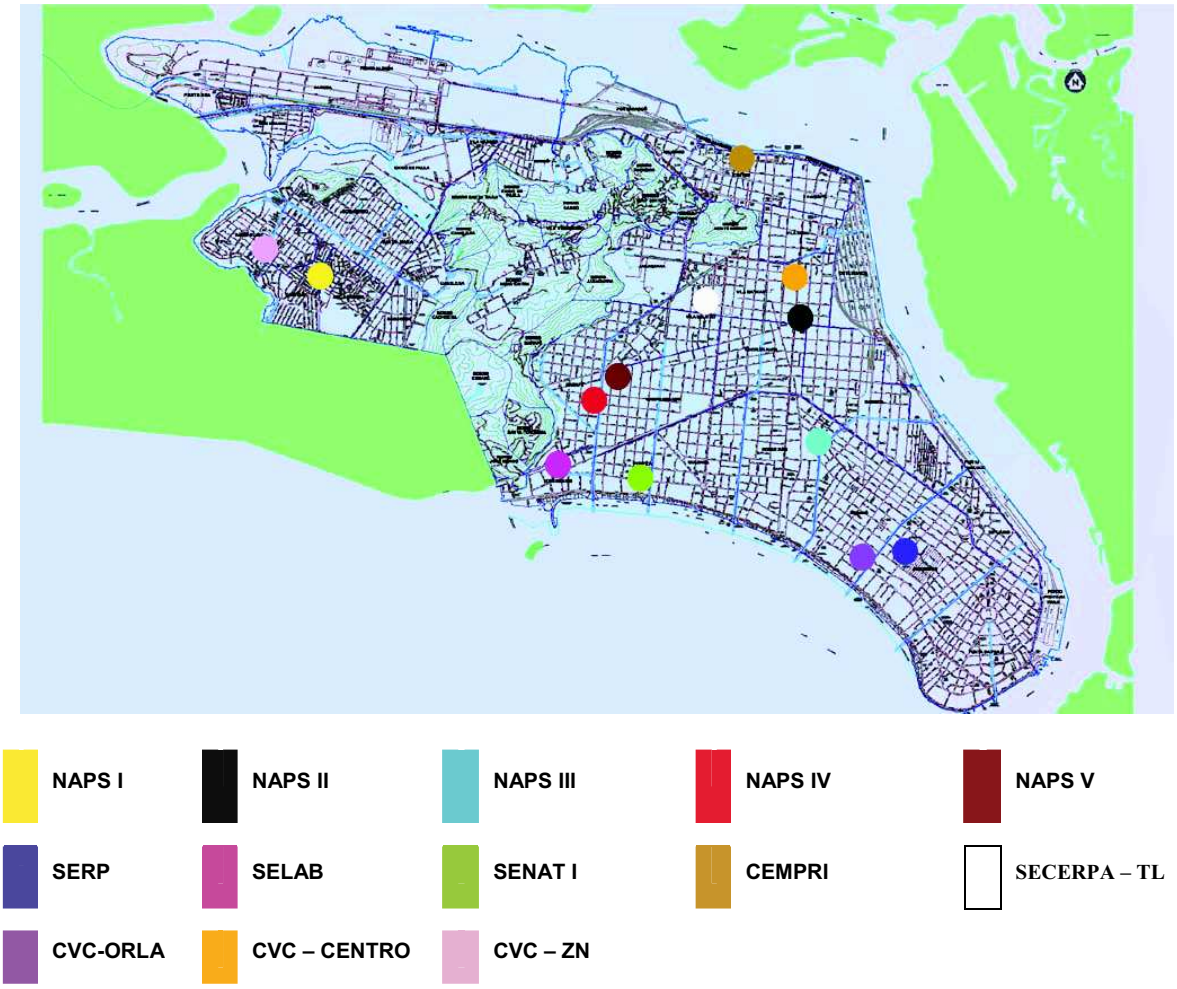
Com exceção da SENAT I, a SECERPA-TL e o CEMPRI que atendem toda demanda referenciada do município, os outros serviços são regionalizados, facilitando, assim, o acesso da população a estas unidades de atendimento de saúde mental[6].

Todas as unidades de saúde mental estão localizadas na área insular, sendo duas na Zona Noroeste, duas na região Central e nove na Zona Leste, conforme pode ser observado na Figura 2.

A Prefeitura de Santos enfrenta dificuldades para a locação de imóveis apropriados para o funcionamento das unidades, em função da característica de verticalização da cidade, sendo que somente o NAPS I funciona em estabelecimento próprio, compondo o Complexo da Zona Noroeste, onde funcionam o Hospital e o AMBESP-ZN.

[5] Anexo 3 - Protocolo da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS.
[6] Anexo 4 - Territorialização dos Serviços de Saúde Mental.

Figura 2 – Mapa da Localização das Unidades de Saúde Mental



Os serviços especializados de SM atendem demanda espontânea e demanda referenciada[7], constituindo-se, muitas vezes, na porta de entrada do sistema para as pessoas em sofrimento psíquico.

Nos serviços CAPS (NAPS e SENAT I), o usuário passa por uma triagem realizada por um técnico (geralmente, o técnico de plantão) e, sendo elegível para o serviço, é encaminhado para avaliação psiquiátrica / clínica e inserido em oficinas e/ou outras atividades. O usuário também é assistido pelos técnicos que compõem a equipe profissional. Para a reabilitação profissional é encaminhado para a SERP.

---

[7] Cf. Anexo 5.

As modalidades de atendimento nos NAPS são: (1) acolhimento noturno, na qual o usuário permanece internado; (2) hospitalidade diurna e (3) ambulatório médico-psiquiátrico de acompanhamento clínico, e incluem as seguintes atividades: (a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); (b) atendimento grupal (grupo terapêutico, grupo operativo, assembléias, oficinas e outras atividades, das quais a família também pode participar); (c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (d) visitas e atendimentos domiciliares; (e) atendimento à família; (f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (passeios, participação em eventos, entre outros).

O financiamento da rede CAPS se dá por recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), em função do faturamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs) e de recurso do teto financeiro do município, faturado pelos outros serviços ambulatoriais, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

2. OBJETIVO GERAL

Descrever o sistema de saúde mental do município de Santos, por meio de indicadores de estrutura, identificando deficiências e pontos fortes, no ano de 2005.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos, baseado na colheita de informações essenciais de saúde mental, segundo instrumento padronizado de colheita de indicadores desenvolvido pela OMS, o WHO-AIMS.

O WHO-AIMS define um sistema de saúde mental como “todas as atividades cujo objetivo primário é promover, restaurar ou manter a saúde mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a). As informações essenciais dizem respeito ao contexto político e legislativo; serviços de saúde mental; saúde mental em cuidados primários de saúde; recursos humanos; educação da população e vínculos com outros setores e; monitorização e pesquisa.

3.2. Instrumento

O WHO-AIMS - World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems – é um novo instrumento da Organização Mundial de Saúde para colher informações essenciais para o fortalecimento do sistema de saúde mental de um país/região ou cidade. Destina-se primariamente à avaliação de sistemas de saúde mental em países de baixa e média renda. No entanto, muitos itens do instrumento são relevantes e aplicáveis a ambientes carentes de recursos em países de alta renda.

Concebido e desenvolvido pela Equipe de Evidência e Pesquisas (MER) do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (MSD) da Organização Mundial de Saúde, com a colaboração de profissionais tanto da OMS como de outros órgãos, este instrumento destina-se a identificar componentes-chave de um sistema de saúde mental e, através deles, prover a informação essencial para fortalecer esses sistemas. Benedetto Sarraceno proporcionou a visão e orientação geral para o desenvolvimento do WHO-AIMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p. 2).

Em 2004, uma versão prévia do instrumento - WHO-AIMS 1.1 - foi testada na Albânia, Barbados, Equador, Índia, Quênia, Letônia, Moldávia, Paquistão, Senegal, Sri Lanka, Tunísia e Vietnã. Esta versão consistia em 10 domínios, cada qual

cobrindo cada uma das 10 recomendações do Relatório Mundial de Saúde 2001, que serviram de fundamento para o WHO-AIMS. A principal conclusão do teste-piloto foi de que “o instrumento é bastante prático por ser compreensível e coletar informações-chave úteis para a ação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p. 3).

As 10 recomendações do Relatório Mundial de Saúde 2001 que abordam os aspectos essenciais do desenvolvimento de sistema de saúde mental são: (1) Prover tratamento para transtornos mentais integrados aos cuidados primários; (2) Assegurar amplo acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais; (3) Prover cuidados na comunidade; (4) Educar o público; (5) Envolver comunidades, famílias e usuários; (6) Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais de saúde mental; (7) Desenvolver recursos humanos; (8) Estabelecer vínculos com outros setores; (9) Monitorizar a saúde mental comunitária; e, (10) Apoiar pesquisas relevantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

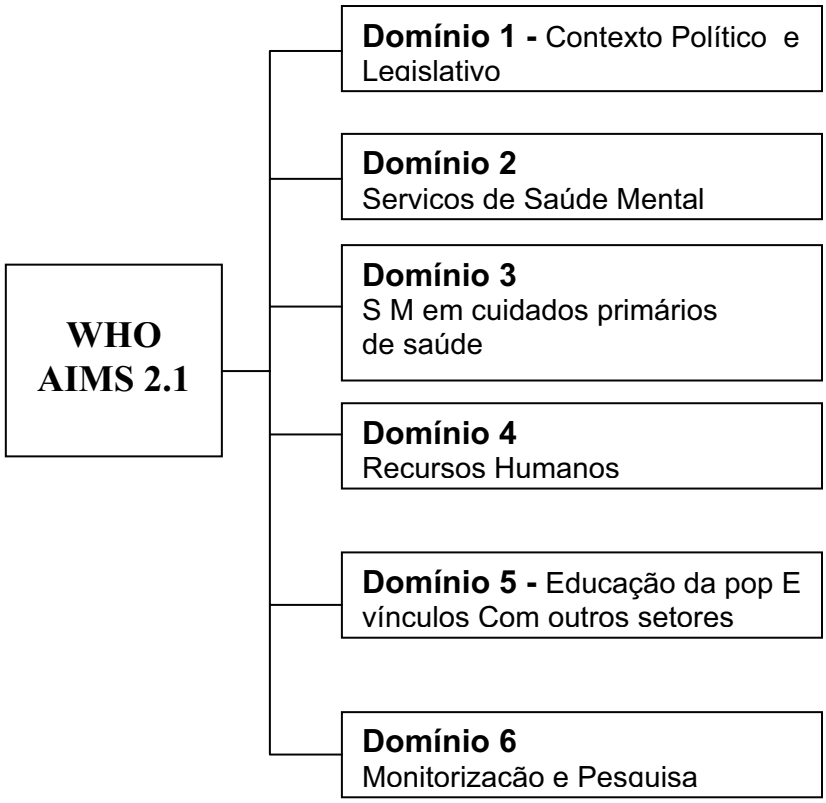
Os peritos e informantes-chave (autoridades sanitárias, profissionais de destaque na área, representantes do Ministério da Saúde, entre outros) de países com poucos recursos contribuíram para assegurar a claridade, a validade e a factibilidade dos itens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Segundo a OMS, para o processo de revisão e condensação foram usadas as seguintes informações: (a) número de países que foram capazes de coletar dados em cada item do estudo piloto, (b) número de países que relataram alguma atividade em saúde mental em cada item do estudo piloto; (c) a ordenação de dados, feita por peritos, do grau de importância para se dispor num item para o planejamento de ações de saúde mental pública em países de baixa e média renda; e (d) a avaliação

de cada item do instrumento, em termos de sua significância, factibilidade e operacionalização (baixa, média e alta).

A versão atual e utilizada neste estudo foi a do WHO-AIMS 2.1, de 2005, que consiste em 6 domínios (que cobrem as 10 Recomendações), 28 facetas (subdomínios) e 156 itens. Os 6 domínios são interdependentes e conceitualmente interligados.

Figura 3 – Domínios do WHO-AIMS 2.1



O manual do WHO-AIMS fornece “Respostas às perguntas mais freqüentes”[8], definições/descrições dos termos em itálico, na seção “Definições de alguns termos mais freqüentes”[9], que devem ser usadas estritamente no contexto deste

[8] Cf. Anexo 6.

[9] Cf. Anexo 7.

instrumento e não como definições oficiais da OMS. Os itens possuem notas explicativas.

Acredita-se que com o WHO-AIMS, os países serão capazes de desenvolver planos de saúde mental baseados em informação com pontos de partida e objetivos claros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p.4).

A utilização do WHO-AIMS 2.1, em Santos, contou com a permissão prévia da Organização Mundial de Saúde para a aplicação neste estudo.

3.3. Procedimento

Inicialmente, estabeleceu-se um plano de ação que contou com três fases: Fase Preliminar; Fase de colheita de dados e Fase após a colheita de dados.

Na fase preliminar foi realizada uma leitura detalhada do instrumento WHO-AIMS visando à familiarização com o instrumento e o material de apoio, dar uma idéia do tipo de dados a serem colhidos, a identificação de possíveis instituições / organizações onde se poderiam obter as informações; pensar sobre a disponibilidade, outras fontes e soluções referentes às informações e criar uma visão geral da situação de colheita de dados.

Nesta fase foi traçado um plano de colheita de dados, com a descrição para cada item de como coletar os dados, quais as instituições / organizações / serviços / pessoas a serem contatadas, qual o método potencial de colheita (contatos diretos, telegramas, e-mails, telefone, cartas, ofícios, etc) e o cronograma do trabalho.

O cronograma do trabalho levou em conta o prazo para a sua organização; a colheita de dados no âmbito nacional, regional e municipal, bem como nos serviços; possíveis confirmações / esclarecimentos dos dados e a transferência dos mesmos para o programa de entrada de dados Excel do WHO-AIMS.

Na fase seguinte, a colheita de dados propriamente dita, foram relacionados

para cada serviço pesquisado (hospital psiquiátrico; unidade psiquiátrica em hospital geral, leitos na comunidade, ambulatório de saúde mental, residência protegida, hospital-dia, clínica de cuidados primários) os números dos itens do WHO-AIMS correspondentes e elaboradas as perguntas para cada um desses itens, com o auxílio das definições e notas relevantes necessárias para responder às questões.

Ao contatar as instituições / serviços / informantes-chave (coordenadores de saúde do município de Santos – Atenção Básica; Estratégia da Saúde da Família; Saúde Mental; Formação e Educação Permanente - e, das regionais da Baixada Santista e São João da Boa Vista, chefes de serviços, e/ou pessoas que trabalham com as informações e sistematização de dados do serviço em questão, por exemplo), foi esclarecido o objetivo do estudo e do instrumento WHO-AIMS, e entregue um ofício do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)[10].

Neste estudo, alguns dados foram obtidos por meio dos sistemas oficiais de informação, a saber: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), utilizando o Tabwin como ferramenta, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Por ser um instrumento internacional, algumas adaptações e dificuldades ocorreram nesta fase e que merecem destaque. Por exemplo, os serviços CAPS III (NAPS), que funcionam 24 horas, regionalizados e comunitários, neste estudo foram enquadrados em três tipos de serviços mencionados no instrumento: ambulatório, hospital-dia e leitos na comunidade. Outro aspecto, foi se apropriar da terminologia e

[10] Cf. Anexo 8.

definição utilizadas no instrumento que ocasionalmente, suscitou dúvidas. Os sistemas oficiais de informação disponíveis que são mais voltados para a lógica do financiamento das ações e não para a epidemiologia, e, que muitas vezes, não contam com série histórica, não possibilitaram o levantamento de alguns dados referentes ao ano de 2005. Ainda, podemos mencionar a demora no retorno das informações solicitadas, falta de respostas e dificuldades em estabelecer contato, mesmo quando agendado previamente. Com os imprevistos ocorridos durante o processo, o prazo final para execução do Plano de Colheita de Dados foi de sete meses.

Após a colheita de dados, o registro foi feito na planilha do Programa Excel de Registro de Dados do WHO-AIMS, em inglês, fornecido pela OMS e de autoria de Katharine Deighton. Para esse estudo, as respostas foram transportadas para o instrumento traduzido para o português.

3.4. Análise dos Dados

Há três tipos de medidas no WHO-AIMS: numéricas; categóricas e proporções. As variáveis numéricas e proporções, em alguns itens, necessitaram de cálculos para gerar os indicadores definitivos. Abaixo, exemplo dessas medidas é descrito:

a) Numérica

ITEM 2.3.1	**Disponibilidade de *hospitais de dia psiquiátricos***
DEFINIÇÃO	Número de *hospitais de dia psiquiátricos*

MEDIDA	Número; UN = desconhecido

b) Categórica

ITEM 3.2.8	**Prescrição por enfermeiros**
DEFINIÇÃO	A legislação sanitária autoriza *enfermeiros de cuidados primários* de saúde a prescrever e ou renovar a prescrição de medicamentos
MEDIDA	A = **não autoriza**
	B = os enfermeiros de cuidados primários de saúde têm permissão para prescrever, mas **com restrições** (p.ex. não tem permissão para prescrever, mas, sim, para renovar uma prescrição, ou têm permissão para prescrever apenas em emergências, ou têm permissão para entregar medicamentos, mas são formalmente proibidos de prescrever)
	C = os enfermeiros de cuidados primários de saúde têm permissão para prescrever **sem restrições**

c) Proporção

ITEM 2.4.8	**Internações de crianças e adolescentes em unidades de internação psiquiátrica na comunidade**
DEFINIÇÃO	Proporção de internações de crianças e adolescentes em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade*
MEDIDA	Proporção; UN = desconhecido; NA= não aplica
NUMERADOR	*Número de internações* de pacientes com 17anos ou menos *em unidades de internação psiquiátrica na comunidade*
DENOMINADOR	*Número de internações* em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade* (**#)**
NOTAS	Conte pacientes com 17 anos ou menos tratados tanto em serviços de adultos ou como nas unidades especializadas em crianças e adolescentes.

Nos itens de múltipla escolha, foram utilizadas fontes de dados que ajudaram

numa melhor estimativa e que incluíram consulta a fontes secundárias de dados, informantes-chave, peritos da área, entre outros e que estarão discriminados nos resultados, assim como qualquer outra informação adicional para a compreensão do indicador.

3.5. Procedimentos éticos

Este trabalho de dissertação faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "*Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial",* aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, processo nº 1317-20-2006.

4. RESULTADOS

4.1. Domínio 1 - Contexto Político e Legislativo

Tabela 1 – Resultado dos indicadores de Política de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÌNIO	RESULTADO
ITEM 1.1.1	Data da versão mais recente da política de saúde mental	2005
ITEM 1.1.2	Conteúdo da política de Saúde mental	
	1. Organização dos serviços: Desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitária.	SIM
	2. Organização dos serviços: Redução dos grandes hospitais psiquiátricos.	SIM
	3. Organização dos serviços: Desenvolvimento de um componente de saúde mental nos cuidados primários de saúde	SIM
	4. Recursos humanos	SIM
	5. Envolvimento de usuários e seus familiares.	SIM
	6. Advocacia e promoção.	SIM
	7. Proteção dos direitos humanos dos usuários.	SIM
	8. Acesso aos serviços de saúde mental igual para os diferentes grupos.	SIM
	9. Financiamento Melhoria da qualidade.	SIM
	10. Melhoria da qualidade.	SIM

	11. Sistema de monitorização.	SIM
ITEM 1.1.3	Medicamentos psiquiátricos incluídos na lista de medicamentos essenciais	
	1. Antipsicóticos	SIM
	2. Ansiolíticos	SIM
	3. Antidepressivos	SIM
	4. Estabilizadores do humor	SIM
	5. Anticonvulsivante	SIM

Em relação à Política de Saúde Mental, o WHO-AIMS define que “implica em um conjunto organizado de valores, princípios e objetivos para melhorar a saúde mental e reduzir os danos causados à população pelos transtornos mentais”.

A última versão da Política Nacional de Saúde Mental é de 2005, e baseia-se nos seguintes documentos: (1) “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil”. Coordenação Nacional de Saúde Mental: Ministério da Saúde/ SAS/ DAPE/ Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005 e (2) Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, OPAS, Brasília, Novembro, 2005.

Os resultados obtidos no estudo e apresentados na Tabela 1 mostraram que o conteúdo da Política de Saúde Mental apresenta todos os componentes preconizados no instrumento WHO-AIMS.

Em relação à Assistência Farmacêutica, disponibiliza-se gratuitamente, medicamentos psicotrópicos de todas as categorias – antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e anti-convulsionantes - que constam da lista de medicamentos essenciais preconizados pela OMS. Além dos medicamentos da lista dos essenciais, o município é contemplado com uma ampla e diversificada relação de medicamentos do Programa de Assistência Farmacêutica – Dose Certa

Saúde Mental e do Programa de Dispensação em Caráter Excepcional, que contam com investimento financeiro das três esferas de governo[11].

Tabela 2 – Resultado dos indicadores do Programa de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÌNIO	RESULTADO
ITEM 1.2.1	Ano da versão mais recente do programa de saúde mental.	2005
ITEM 1.2.2	Conteúdo do(s) programas(s) de saúde mental:	
MEDIDA	1. Organização dos serviços: desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitária	SIM
	2. Organização dos serviços: redução dos grandes hospitais psiquiátricos	SIM
	3. Organização dos serviços: reforma dos hospitais psiquiátricos para prover cuidados mais abrangentes	SIM
	4. Organização dos serviços: desenvolvimento de um componente de saúde mental integrado aos cuidados primários de saúde	SIM
	5. Recursos humanos	SIM
	6. Envolvimento de usuários e seus familiares	SIM
	7. Advocacia e promoção	SIM
	8. Proteção dos direitos humanos dos usuários	SIM
	9. Acesso aos serviços de saúde mental igual para os diferentes grupos	SIM
	10. Financiamento	SIM
	11. Melhoria da qualidade	SIM
	12. Sistema de monitorização	SIM
ITEM 1.2.3	Estratégias do programa de saúde mental mais recente.	
	1. Menciona-se o orçamento do programa de saúde mental mais recente.	SIM
	2. Descreve-se o cronograma do programa de saúde mental mais recente.	SIM
	3. Mencionam-se os objetivos específicos do programa de saúde mental mais recente.	SIM
	4. Algum dos objetivos identificados pelo programa de saúde mental mais recente foi alcançado dentro do último ano?	SIM
ITEM 1.2.4	Data da versão mais recente de um plano de preparação para ações de saúde mental em caso de desastres/catástrofes.	NA = não se aplica

[11] Cf. Anexo 9.

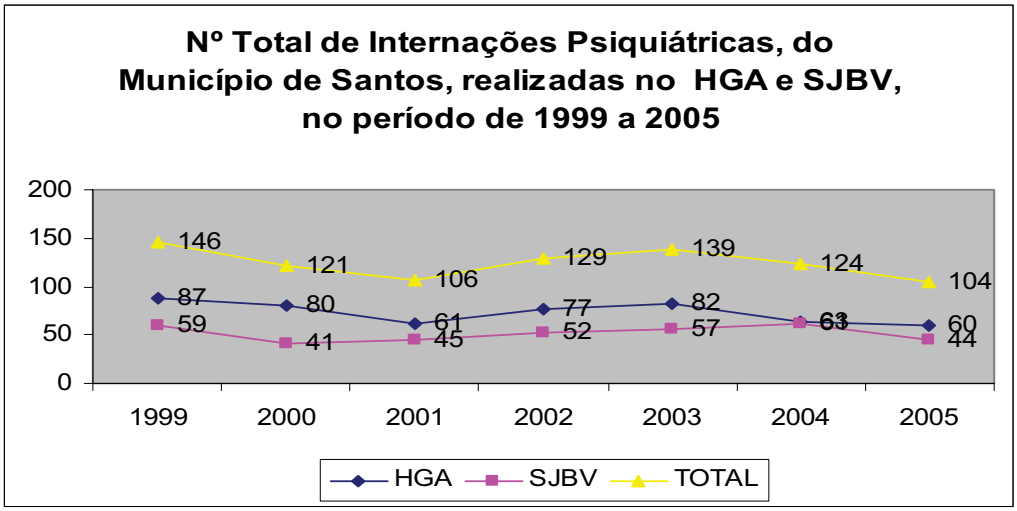
Segundo o WHO-AIMS (2005):

> Um programa de saúde mental é um esquema pormenorizado de ações de saúde mental que habitualmente inclui a formulação de prioridades e o estabelecimento de um cronograma e dos recursos necessários. Usualmente, inclui ações para promover a saúde mental, prevenir os transtornos mentais e tratar as pessoas com doenças mentais.

O Programa de Saúde Mental de Santos foi pormenorizado no Plano Plurianual (2005-2008)[12] e no Orçamento Programa Anual, contemplando ações de saúde mental voltadas para a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e inclusão social. A COS-MENTAL definiu as prioridades e propôs um cronograma de ação. A dotação orçamentária foi realizada pela área administrativo-financeira da SMS.

Desde 1989, Santos não possui hospital psiquiátrico, mas possui leitos especializados de referência, no Instituto Espírita Américo Bairral e na Clínica de Repouso Itapira, da regional de São João da Boa Vista (SJBV), a 300 Km de Santos. Na tabela 2, itens 2 e 3, vale destacar o importante papel da Central de Regulação de Vagas do atual Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista na regulação das internações psiquiátricas de Santos e região, como também a sua articulação com a Central de SJBV. Some-se a este trabalho o desenvolvido pela rede de serviços substitutivos, traduzindo-se no decréscimo do número total de internações e nas realizadas nos hospitais de SJBV, conforme Figura 4:

Figura 4 - Série Histórica das Internações Psiquiátricas de Pacientes Moradores de Santos.



Fonte: Central de Regulação de Vagas de SJBV (sem os "moradores") e SAME-HGA.

Embora a Política de Saúde Mental de Santos tenha em suas diretrizes o respeito aos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, a articulação / integração com entidades representativas e defensoras dos Direitos Humanos não ocorreu de maneira sistemática. Não foram realizadas vistorias periódicas nos serviços de saúde mental.

Tabela 3 – Resultado dos indicadores da Legislação em Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 1.3.1	Versão mais recente da legislação de saúde mental.	2005
ITEM 1.3.2	Conteúdo da legislação de saúde mental.	
	1. Acesso aos cuidados de saúde mental, incluindo o acesso a cuidados o menos restritivo possível.	SIM
	2. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental, de seus familiares e de outros cuidadores.	SIM
	3. Competência, capacidade e medidas de proteção para os doentes mentais.	SIM
	4. Tratamento voluntário e involuntário.	SIM

[12] Cf. Anexo 10

	5. Credenciamento de profissionais e de serviços.	SIM
	6. Aplicação da lei e outras medidas do sistema judicial para pessoas com doenças mentais.	SIM
	7. Mecanismos de fiscalização de internações involuntárias e de práticas terapêuticas.	SIM
	8. Mecanismos de implementação das provisões legais relativas à saúde mental.	SIM
ITEM 1.3.3	Procedimentos e documentação padronizados para a implementação da legislação.	E = todos ou quase todos os componentes da legislação de SM

Neste estudo, a legislação de saúde mental refere-se:

> às provisões legais específicas primariamente relacionadas com a saúde mental. Essas provisões normalmente abordam a proteção dos direitos humanos e civis de pessoas com transtornos mentais, os serviços de tratamento, o pessoal, a formação profissional e a estrutura dos serviços (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p. 22).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, constitui-se num marco legal na área da saúde mental.

O município de Santos possui legislação própria de saúde mental, bem como se orienta pelos preceitos legais de nível nacional. Existem os procedimentos e documentações padronizados para a implementação de todos os componentes da legislação.

É válido ressaltar a legislação que normaliza os convênios com Comunidades Terapêuticas (C.T.) e estabelece o valor per capita de até R$ 1.000,00 (hum mil reais) por usuário atendido/mês. Foi criada uma Comissão de Avaliação das Comunidades Terapêuticas, composta por representantes da Coordenadoria de Saúde Mental, Vigilância Sanitária, Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e Conselho Municipal de Saúde de Santos (CMSS) que vistoriaram 8 C.T. inscritas na

Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e localizadas no município ou próximas. Este trabalho de avaliação foi executado com instrumental baseado no Roteiro de Inspeção em Comunidades Terapêuticas para Dependentes de Substâncias Psicoativas, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde – ANVISA (RDC nº101/01). O objetivo era estabelecer novos convênios, diagnosticar a situação atual, acompanhar e monitorar as C.T.. Foi solicitado o convênio com quatro Comunidades Terapêuticas para o atendimento à demanda de adultos e adolescentes (ambos os sexos).

Quadro 1 – Principais Marcos Legais do Brasil e do Município de Santos

SANTOS	BRASIL
• Lei 1.984, de 12/12/2001 – institui no calendário oficial do município a Semana de Combate à Depressão. • Lei 1.986, de 12/12/2001 – institui campanha de prevenção à depressão pós-parto. • Lei 1.989, de 13/12/2001 - institui o estudo da DQ e suas conseqüências neuropsicosociológicas no currículo escolar municipal. • Lei 2.031, de 26/06/2002 e Lei 2.352, de 22/12/2005 – Normatiza os convênios com Comunidades terapêuticas e estabelece o valor per capita. • Lei 2.092, de 25/03/2003 – institui o mês da Saúde Mental. • Lei Complementar 542, de 27/09/2005 – Estabelece a estrutura organizacional da PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, a composição das unidades administrativas, cargos em comissão e funções gratificadas que menciona e dá outras providências.	• Portaria MS nº 224, de 29/01/1992. • Portaria MS nº 106, de 11/02/2000. • Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001 (reorientação do modelo). • III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). • Portaria GM nº 336, de 19/02/2002. • Portaria SAS nº 189, de 20/03/2002. • Portaria GM nº 816, de 30/04/02. • Portaria GM nº. 251, de 31 de janeiro de 2002 - PNASH-Psiquiátrico. • Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003 (Programa De Volta Para Casa) • Portaria Interministerial 1055 – Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (2006). • Decreto 6177/2007 – Aprova Política Nacional sobre o Álcool.

• Lei 2.465, de 06/07/2007 – Tutela e guarda da pessoa portadora de deficiência mental.	

Fonte: https://www.egov.santos.sp.gov.br/legis/ e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Tabela 4 – Resultados dos indicadores referentes à Implementação da monitorização dos direitos humanos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 1.4.1	Há órgãos fiscalizadores, tanto no âmbito nacional como no regional, com autoridade para:	
	Efetuar inspeções regulares dos serviços de saúde mental	SIM
	Examinar as internações involuntárias e os procedimentos de alta	SIM
	Examinar os processos de investigação de queixas e reclamações	SIM
	Impor sanções (p.ex., cancelar um credenciamento, impor penalidades ou fechar os serviços que persistam na violação dos direitos humanos)	SIM
ITEM 1.4.2	Proporção dos hospitais psiquiátricos com no mínimo uma revisão/inspeção externa anual da proteção dos direitos humanos dos pacientes.	100%
ITEM 1.4.3	Proporção de unidades de internação psiquiátrica comunitária e de residências protegidas com no mínimo uma revisão/inspeção externa anual da proteção dos direitos humanos dos pacientes.	0%
ITEM 1.4.4	Formação da equipe de hospitais psiquiátricos em proteção dos direitos humanos dos pacientes.	U N= desconhecido
ITEM 1.4.5	Formação da equipe de unidades de internação psiquiátricas comunitárias e de residências protegidas em proteção dos direitos humanos dos pacientes.	86%

Há órgãos fiscalizadores dos Direitos Humanos, tanto no âmbito nacional como no regional e municipal, com autoridade para efetuar inspeções regulares dos serviços de saúde mental; examinar as internações involuntárias e os procedimentos de alta; examinar os processos de investigação de queixas e reclamações e, impor sanções (p.ex., cancelar um credenciamento, impor penalidades ou fechar os serviços que persistam na violação dos direitos humanos). São estes: Coordenação Nacional de Saúde Mental/ MS; Departamento Regional de Saúde da Baixada

Santista; Ministério Público de Santos; Ouvidoria da PMS; Conselho Municipal de Saúde de Santos (CMSS) e Vigilância Sanitária. No entanto, os serviços de saúde mental não são visitados regularmente por estes órgãos representativos.

Em Santos, o Ministério Público (MP) é o órgão responsável pela fiscalização e acompanhamento das internações involuntárias, mas os profissionais dos serviços da rede de atendimento a adultos articulam-se esporadicamente com o MP e poucos se apropriaram da Lei 10.216/01. Já os serviços de atenção a crianças e adolescentes utilizam-se mais dos dispositivos legais e articulam com os órgãos representativos.

As revisões e inspeções anuais da proteção dos direitos humanos dos pacientes são realizadas nos dois hospitais especializados da região de São João da Boa Vista, referência para Santos.

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostraram que as inspeções externas não foram realizadas nos NAPS, Hospital Guilherme Álvaro e Lar Abrigo.

No campo dos Direitos Humanos e da Saúde Mental, vale ressaltar a articulação da Coordenadoria de Saúde Mental de Santos e a Promotoria da Vara da Infância e Juventude de Santos, na discussão da Política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente, o que resultou numa melhor compreensão dos princípios, diretrizes e das ações de saúde mental. Em 2007, após 2 anos tramitando processo na Secretaria de Estado da Saúde, o Hospital Pinel - SP passou a ser referência para a internação SUS de adolescentes atendidos no Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado, em função da interferência da Promotoria de Santos.

Outro órgão que teve um papel relevante para o usuário e sua família, bem como para o gestor, foi a Ouvidoria, que contribuiu tanto para a garantia dos direitos como para o aperfeiçoamento da atenção prestada ao munícipe.

Com relação à formação das equipes em proteção dos direitos humanos dos pacientes, nas unidades de internação psiquiátrica comunitária e de residências protegidas, com exceção do Hospital Guilherme Álvaro (gerência estadual), os NAPS e o Lar Abrigo, subordinados à COS-MENTAL/SMS, realizaram reuniões de equipe, assembléias com usuários, familiares e trabalhadores, supervisão e eventos afins, perfazendo 86% dos serviços desta categoria.

O resultado sobre a formação das equipes em proteção dos direitos humanos dos pacientes, nos hospitais psiquiátricos, é desconhecido.

Tabela 5 - Resultados dos indicadores referentes ao financiamento dos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 1.5.1	Proporção dos gastos totais de saúde do departamento/ministério/secretaria com saúde mental	5%
ITEM 1.5.2	Proporção dos gastos de saúde mental com hospitais psiquiátricos	0,006%
ITEM 1.5.3	Cobertura dos transtornos mentais pelo esquema de previdência/seguro social	E = todos os transtornos mentais e todos os problemas mentais de relevância clínica são cobertos
ITEM 1.5.4	Proporção da população com acesso gratuito (cobertura de 80%, no mínimo) aos medicamentos psicotrópicos essenciais.	100%
ITEM 1.5.5	Proporção do salário mínimo diário que um usuário necessita para pagar, sem nenhum reembolso, por um dia de medicação antipsicótica, usando o mais barato medicamento antipsicótico disponível e sem nenhum reembolso.	5%
ITEM 1.5.6	Proporção do salário mínimo diário que um usuário necessita para pagar, sem nenhum reembolso, por um dia de medicação antidepressiva, usando o mais barato	8%

	antidepressivo disponível e sem nenhum reembolso.	

De acordo com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde / SIOPS – 2005, o município de Santos aplicou R$ 145.000.000,00 (cento e quarenta e cinco milhões) com ações e serviços públicos de saúde. Destes, 64% são recursos próprios aplicados em Saúde, incluindo as despesas de R$ 8.763.883,33 (oito milhões, setecentos e sessenta e três mil, oitocentos e oitenta e três reais e trinta e três centavos) com inativos e pensionistas e os recursos de transferências do SUS que foram de R$ 51.723.282,06 (cinqüenta e um milhões, setecentos e vinte e três mil, duzentos e oitenta e dois reais e seis centavos) (36%).

Segundo o WHO-AIMS (2005), o gasto com os serviços de saúde mental “é o dinheiro efetivamente desembolsado”. Com relação a este indicador, existe uma baixa consistência das bases de dados agregados sobre financiamento em saúde mental. No entanto, levando-se em consideração a estimativa de gastos com recursos humanos (R$ 6.096.219,16), medicamentos (R$ 720.000,00), aquisição de materiais/equipamentos, alimentação e reformas (R$ 350.000,00 - correspondendo a R$ 2.243,60/mês por unidade (13), o montante total foi de aproximadamente R$ 7.166.219,16 (sete milhões, cento e sessenta e seis mil, duzentos e dezenove reais e dezesseis centavos), correspondendo a 5% do total de gasto com Saúde (R$ 144.964.652,64, ou seja, aproximadamente 145 milhões).

Do gasto estimado com Saúde Mental, 10% foram aplicados com medicamentos, 5% com a aquisição de materiais, equipamentos, alimentação e reformas, sendo que a maior sobrecarga para o município foi relacionada aos recursos humanos (RH): 85%.

Para o cálculo dos gastos com medicamentos, foram considerados os 12 itens adquiridos pelo próprio município (antipsicótico, antiparkinsoniano e ansiolítico), no valor médio estimado em R$ 1,00 (hum real), correspondente à média do valor de um dia dessas medicações, e para uma média de 2.000 usuários (considerou-se que os demais usuários do sistema foram beneficiados com os medicamentos fornecidos / repassados por meio do fundo do Estado - DRS-IV-BS / SES).

Para o cálculo do RH, considerou-se a tabela salarial de fevereiro de 2006[13], décimos terceiros salários e 12% de encargos trabalhistas para um contingente de profissionais de: 24 médicos (40h/s), 85 profissionais de NU (40h/s), 118 auxiliares de enfermagem (40h/s), 26 oficiais administrativos (40h/s), 21 acompanhantes terapêuticos (40h/s) e 4 ajudantes gerais (40h/s), referentes à rede de serviços da COS-MENTAL/SMS. Não foram considerados os plantões nem as horas-extras.

Ainda, no ano de 2005, o município contou com a verba de incentivo do cadastro dos CAPS, no valor de R$ 250.000,00, repassada pelo MS e com uso exclusivo da SM, que foi utilizada para a aquisição de materiais e equipamentos e, com a verba do faturamento da rede CAPS (R$ 991.456,30), referente às APACs (extra-teto), agregada nos recursos de transferência do SUS. Indiretamente, beneficiou-se dos medicamentos fornecidos por meio do fundo do Estado - DRS-IV-BS / SES.

Do total do gasto com SM, as internações psiquiátricas representaram 0,006%, um valor bastante reduzido quando comparado com a média nacional refletindo o investimento que Santos vem realizando na implantação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Para o cálculo deste indicador foi considerado o número de 120 internações, o valor médio de AIH / Itapira (SIH/SUS) de R$ 681,19 e

[13] Cf. Anexo 11.

o tempo médio de permanência de 18 dias, totalizando R$ 49.045,58 (quarenta e nove mil, quarenta e cinco reais e cinqüenta e oito centavos).

4.2. Domínio 2 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Tabela 6 - Resultados dos indicadores referentes à Integração funcional dos serviços, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.1.1	Existência e funções de uma "autoridade de saúde mental" municipal	SIM
ITEM 2.1.2	Organização dos serviços de saúde mental por zonas de captação	SIM
ITEM 2.1.3	Hospitais psiquiátricos integrados funcionalmente aos ambulatórios psiquiátricos.	0

Na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, existe formalmente a Coordenadoria de Saúde Mental, subordinada ao Departamento de Atenção Especializada.

Conforme a Lei Complementar nº 542, de 27/09/2005, Artigo 270, foram estabelecidas as competências do Coordenador de Saúde Mental:

> [...] supervisionar: o funcionamento e a ação multidisciplinar das unidades integradas de SM; o equipamento das unidades de prestação de serviço referente à SM; o desenvolvimento de ações e programas de SM do município; as parcerias necessárias ao aprimoramento das ações junto aos portadores de deficiências mentais; informação, educação e treinamento dos profissionais da SM; as unidades subordinadas, executando outras tarefas correlatas, a critério do chefe do DEAESP. [...]

Os dois hospitais psiquiátricos de SJBV não estão funcionalmente integrados aos serviços ambulatoriais de Santos, pois não existe um sistema informatizado para este fim e não houve esta discussão no âmbito das duas regionais envolvidas

(Baixada Santista e SJBV) e o município. Existe um formulário de contra-referência que é encaminhado para o DRS-IV-BS e, posteriormente enviado ao município.

Tabela 7 - Resultados dos indicadores referentes aos ambulatórios psiquiátricos e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.2.1	Disponibilidade de serviços ambulatoriais psiquiátricos.	11
ITEM 2.2.2	Número de usuários tratados nos ambulatórios psiquiátricos, por 100,000 habitantes (população geral).	2.155
ITEM 2.2.3	Proporção estimada de mulheres tratadas nos ambulatórios psiquiátricos	50%
ITEM 2.2.4	Proporção de usuários adultos tratados nos ambulatórios psiquiátricos por diagnóstico da CID-10	
MEDIDA	1.Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	4%
	2. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20--F29)	26%
	3. Transtornos de humor (afeto) (F30-F39)	35%
	4.Transtornos neuróticos, relacionadas com o estresse e somatomorfos (F40-F48)	27%
	5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60-F69)	0,4%
	6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico)	8%
ITEM 2.2.5	Média de contactos, por usuário tratado em ambulatório psiquiátrico.	38,5
ITEM 2.2.6	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários tratados em ambulatórios psiquiátricos.	16%
ITEM 2.2.7	Proporção de ambulatórios psiquiátricos exclusivos para crianças e adolescentes.	36%
ITEM 2.2.8	Proporção de ambulatórios psiquiátricos que seguem rotineiramente os pacientes na comunidade.	55%
ITEM 2.2.9	Proporção de ambulatórios psiquiátricos que têm equipes clínicas móveis que prestam regularmente atendimento fora do serviço.	9%

Neste estudo, os NAPS (CAPS III) foram enquadrados em três categorias de “serviços” levando-se em consideração as modalidades de atendimento: a) acolhimento noturno, na qual o usuário permanece internado; b) hospitalidade diurna

e c) ambulatório médico-psiquiátrico. Os dados referentes aos NAPS foram obtidos a partir do levantamento dos prontuários do ano de 2005 e os parâmetros para a definição do percentual de usuários atendidos por tipo de modalidade de atendimento, do artigo “Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil.” (ANDREOLI et al, 2004) que estabelece 5% de HD e 3% de internados, sendo que os 92% restantes foram considerados ambulatoriais.

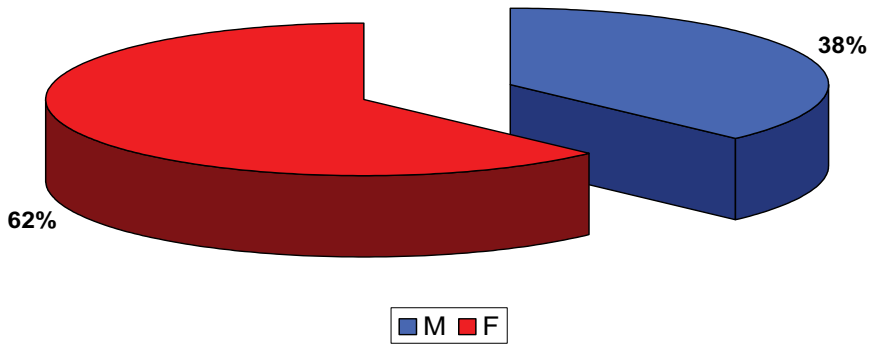
Conforme definição do WHO-AIMS para ambulatório psiquiátrico, consideramos 11 serviços que prestam cuidado ambulatorial: 05 NAPS; 01 Ambulatório de Psicoterapia (AMBESP - Região Central); 01 Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-57/Aparecida); 03 Centros de Valorização da Criança - CVC’s e 01 Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado - SECERPA-TL que prestam atendimento a crianças e adolescentes. Conforme preconiza o instrumento, a SENAT I não foi incluída porque “trata apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p.14).

De acordo com o levantamento dos prontuários de 2005, os NAPS atenderam um total de 4.240 usuários, sendo que na categoria ambulatório, conforme o parâmetro utilizado neste estudo – 92% - totalizou 3.900 usuários. Com exceção dos NAPS, os dados referentes ao número total de usuários atendidos ambulatorialmente foram registrados e fornecidos por relatórios da própria unidade: NGA 57/Aparecida= 2.617; AMBESP- RCH= 1.031; CVC´s= 970 e SECERPA-TÔ LIGADO= 496.

O número total de usuários tratados ambulatorialmente foi de 9.014, perfazendo 2.155 por 100,000 habitantes da população geral (418.315 habitantes-IBGE, 2005).

A proporção estimada de mulheres atendidas nos serviços ambulatoriais foi de 50%, tendo sido considerado o dado geral dos NAPS (Figura 5), como a melhor informação disponível, perfazendo 2.646 mulheres, NGA-57-Aparecida=641, AMBESP-RCH=710, CVC's=291 e Tô Ligado=198, para uma população total de 9.014 usuários tratados nestes serviços. Excluindo os NAPS, para os serviços ambulatoriais de adultos, NGA-57-Aparecida e AMBESP-RCH, a proporção foi de 37% para um total de 3.648 usuários atendidos. Para os serviços ambulatoriais infanto-juvenil, a proporção de mulheres foi de 33%, para um total de 1.466 usuários.

Figura 5 - Percentual dos Usuários Atendidos nos NAPS, por sexo, no ano de 2005.



Para a proporção de usuários adultos tratados por diagnóstico da CID-10, também consideramos o dado geral dos NAPS como a melhor informação disponível para "ambulatório psiquiátrico". As informações do NGA-57-Aparecida e do AMBESP-RCH foram fornecidas pelas próprias unidades, sendo o perfil dos usuários tratados característico de um ambulatório psiquiátrico (Quadro 2). Os sistemas

oficiais de informação não dispunham deste dado para os serviços ambulatoriais e os CVC's e a SECERPA-TL não realizaram este levantamento no ano de 2005.

Quadro 2 - Número de usuários adultos tratados nos serviços NGA-57-Aparecida, AMBESP-RCH e NAPS, por CID-10, no ano de 2005.

	NAPS I	NAPS II	NAPS III	NAPS IV	NAPS V	NGA-57	AMBESP-RCH
F10-F19	13	9	7	13	14	261	15
F20-F29	346	272	410	250	113	655	7
F30-F39	349	295	206	295	398	339	860
F40-F49	158	94	123	156	163	1284	130
F60-F69	4	0	11	6	2	0	12
OUTROS	93	44	49	255	92	78	7

A média estimada de contatos, por usuário tratado em ambulatórios psiquiátricos foi de 38, sem considerar a SECERPA- TL, embora estivesse atendendo em 2005. Porém, somente em 2006 foi cadastrada como unidade, quando então passou a registrar os procedimentos no SIA-SUS,. Para o cálculo deste item, foi subtraído do total de pacientes atendidos nos ambulatórios (9.014), os da SECERPA- TL (496), totalizando 8.518 usuários. Foram considerados 323.179 procedimentos realizados pelos ambulatórios psiquiátricos, conforme Quadro 3 (DATASUS, 2005).

Quadro 3 – Número de procedimentos dos serviços ambulatoriais de Saúde mental de Santos, no ano de 2005.

SERVIÇOS	Procedimentos
NAPS I	50392
NAPS II	70369
NAPS III	23039
NAPS IV	97868
NAPS V	36075
CVC-ORLA	10751
CVC-RCH	6129
CVC-ZN	5772
NGA-57/APARECIDA	10392
AMBESP-RCH	12392
TOTAL	**323179**

Por contato, o WHO-AIMS define como “uma interação (p.ex. uma entrevista, uma sessão de tratamento, uma visita de seguimento) entre um usuário e um membro da equipe, em um serviço ambulatorial” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p.29).

Os serviços ambulatoriais exclusivos para crianças e adolescentes representaram 36% para uma demanda de 16% dos usuários tratados. Já a cobertura de serviços que prestam cuidado ambulatorial para adultos foi de 64% para uma demanda de 84%.

Os NAPS e a SECERPA-TL seguem rotineiramente os pacientes na comunidade, representando 55% do total dos serviços que prestam atendimento psiquiátrico ambulatorial.

É válido ressaltar que somente a SECERPA-TL possui equipe clínica móvel (Psicólogas), com atendimento regular nas Unidades Básicas de referência, correspondendo a 9% do total dos serviços que prestam atendimento ambulatorial.

Tabela 8 - Resultados dos indicadores referentes aos Hospitais-Dia e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.3.1	Número de *hospitais de dia psiquiátricos.*	5
ITEM 2.3.2	Número de *usuários* tratados em *hospitais de dia psiquiátricos*, por 100,000 pessoas da população geral.	51
ITEM 2.3.3	Proporção de mulheres tratadas em *hospitais de dia psiquiátricos.*	U N = desconhecido
ITEM 2.3.4	Média do número de dias nos quais os *usuários* estiveram presentes no *hospital de dia psiquiátrico.*	U N = desconhecido
ITEM 2.3.5	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários de *hospitais de dia psiquiátricos.*	NA
ITEM 2.3.6	Proporção de *hospitais de dia psiquiátricos exclusivos para crianças e adolescentes.*	0%

Os dados referentes aos NAPS na categoria Hospital-dia foram obtidos a partir do levantamento dos prontuários do ano de 2005 e do parâmetro de 5% para os usuários atendidos nesta categoria, conforme o artigo “Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil.” (Andreoli et al, 2004).

Os serviços enquadrados nesta categoria foram os 05 NAPS, com 213 usuários atendidos na modalidade de Hospitalidade Dia, perfazendo uma média de 51 para cada 100.000 habitantes da população geral. Novamente, a SENAT I não foi incluída por prestar atendimento exclusivo aos usuários de álcool e outras drogas.

Não foi possível estabelecermos a proporção de mulheres tratadas e nem a média do número de dias nos quais os usuários estiveram presentes no hospital de dia psiquiátrico, pois as informações obtidas com o levantamento dos prontuários dos NAPS referem-se à população geral atendida e não pela modalidade de atendimento.

No entanto, se levarmos em consideração os dados das APAC’s (instrumento utilizado para o faturamento dos CAPS III e que registra os procedimentos realizados por paciente) de Cuidados Semi-Intensivos em Saúde Mental, ou seja, dos pacientes que “estabeleceram vínculos sociais e familiares, reorganizando sua rotina de vida e, demandaram num conjunto de freqüentes atendimentos (dois ou mais atendimentos semanais), desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental” (Portaria SAS nº. 189, 2002), o número total dos 5 NAPS nesta modalidade de cuidado foi 1.277, sendo 664 referentes à pacientes do sexo feminino, correspondendo a aproximadamente 52% de mulheres atendidas (DATASUS, 2005).

Ainda, segundo as APAC's, a média de permanência foi de 37 dias, para um número cumulativo em HD, no ano anterior (2004) de 47.691 dias.

Tabela 9 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de internação psiquiátrica na comunidade, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.4.1	Número de *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	6
ITEM 2.4.2	Número de *leitos* em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade*, por 100,000 habitantes.	8
ITEM 2.4.3	Proporção de mulheres admitidas em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	51%
ITEM 2.4.4	Proporção de cada diagnóstico baseado na CID-10 nas internações em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	
MEDIDA	1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19).	2%
	2.Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20F29).	52,3%
	3.Transtornos de humor (afeto) (F30F39).	27,27%
	4. Transtornos neuróticos, relacionados com o estresse e somatomorfos (F40F48).	2,4%
	5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60F69).	0,07%
	6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico).	15,96%
ITEM 2.4.5	Proporção de internações involuntárias em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	UN=desconhecido
ITEM 2.4.6	Média do número de dias passados em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade,* por alta.	20 – 25 dias
ITEM 2.4.7	Porcentagem de pacientes que foram contidos ou isolados em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade,* pelo menos uma vez no ano anterior.	D = 2-5% dos pacientes foram contidos ou isolados
ITEM 2.4.8	Proporção de internações de crianças e adolescentes em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	0%
ITEM 2.4.9	Proporção de *leitos* de internação psiquiátrica na comunidade exclusivos para crianças e adolescentes.	0%

Na categoria de unidades de internação psiquiátrica na comunidade foram considerados os 05 NAPS e a Enfermaria de Agudos do HGA (Hospital Geral), conforme definição do WHO-AIMS.

Os NAPS possuem 06 leitos, com exceção do NAPS I que tem 05, totalizando 29 leitos/NAPS. A Enfermaria de Agudos do HGA, de abrangência regional, embora possuísse 25 leitos, registrou uma média mensal de 5 pacientes internados do município de Santos, totalizando 34 leitos na comunidade e uma média de 8 leitos na comunidade por 100,000 habitantes da população geral. No HGA, foram realizadas 60 internações, segundo relatório da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS.

Não foi possível estabelecermos a proporção de mulheres tratadas e nem a prevalência dos transtornos mentais por CID-10 em unidades de internação psiquiátrica na comunidade, a partir das informações obtidas com o levantamento dos prontuários dos NAPS. Então, para estes indicadores, adotamos como a melhor informação disponível, os dados das APAC's de Cuidados Intensivos em Saúde Mental, ou seja, dos "usuários que estiveram em processo de crise de desestruturação psíquica, impedidos de manterem suas atividades habituais e que demandaram um conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental" (Portaria SAS nº. 189, 2002). O número total de pacientes do sexo feminino foi de 633 para os 05 NAPS e de 27 para o HGA, correspondendo a aproximadamente 51% a proporção de mulheres atendidas.

Ainda, de acordo com informações das APAC's e as prestadas pelo informante-chave, Diretor da Enfermaria de Agudos do HGA, a prevalência de diagnóstico baseado na CID-10 (Quadro 4), indicou que o perfil dos usuários

correspondeu ao esperado para esta modalidade de atendimento, com uma prevalência maior para F20-F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes) e F30-F39 (Transtornos de Humor). Merece destaque, o número 208 para "Outros" CIDs dos NAPS, relacionado principalmente ao F02 (Demência em outras doenças classificadas em outros locais) e no HGA, o número de 24 internações relacionadas ao F10-F19 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas). Santos, não possui leitos SUS de referência para internação de usuários de álcool e outras drogas, sendo o HGA o único hospital geral público com leitos psiquiátricos na cidade. Os resultados apresentados corroboram estudo de Botega e colaboradores (1997) de que os grupos diagnósticos mais freqüentemente internados em Hospital Geral foram os transtornos esquizofrênicos, humor, psicoses sintomáticas e alcoolismo.

Quadro 4 – Número de APAC's de Cuidados Intensivos em Saúde Mental dos NAPS e Número de pacientes internados na Enfermaria de Agudos do HGA, por grupo diagnóstico baseado na CID-10, no ano de 2005.

	NAPS	**HGA**	**TOTAL**
F10-F19	1	24	25
F20-F29	666	20	686
F30-F39	345	12	357
F40-F49	29	2	31
F60-F69	0	1	1
OUTROS	208	1	209
TOTAL	1.249	60	1.309

Considerando o artigo "Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil" (Andreoli et al, 2004), que estabelece o parâmetro de 3% para o acolhimento noturno, na qual os pacientes permanecem internados e, os dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários do ano de 2005, podemos estimar em 127 o número de usuários dos NAPS atendidos nesta modalidade.

Não houve o registro e comunicação das internações involuntárias nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade, embora exista a Portaria SAS nº. 2.391, de 26 de Dezembro de 2002, que “regulamentou o controle e os procedimentos de notificação da comunicação destas internações ao Ministério Público pelos estabelecimentos de Saúde, integrantes ou não do SUS” (BRASIL, 2002).

No ano de 2004, segundo o SAME, o tempo médio de internação do HGA variou de 20 a 25 dias. Com relação aos NAPS, conforme informação de pessoas – chaves (chefes dos serviços NAPS), a média também foi em torno de 20 a 25 dias.

De 2 a 5% dos pacientes foram contidos nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade. Não existe a prática do isolamento. Segundo o WHO-AIMS (2005),

> a contenção física é qualquer método manual ou físico ou instrumento ou equipamento mecânico, material amarrado ou adjacente ao corpo do paciente, o qual, ele ou ela, não pode remover facilmente. O uso da força para segurar um paciente e restringir seus movimentos constitui uma contenção. O isolamento refere-se a prática de colocar um paciente sozinho num espaço confinado (p.ex. em um quarto trancado).

Foram realizadas 04 internações de crianças e adolescentes em unidades de internação psiquiátrica na comunidade, em função de mandato judicial: 03 no HGA e 01 no NAPS, representando 0,003% (zero). Não existem leitos de internação psiquiátrica na comunidade exclusivos para crianças e adolescentes.

Tabela 10 - Resultados dos indicadores referentes aos serviços residenciais comunitários, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.5.1	Número de *serviços residenciais comunitários.*	1
ITEM 2.5.2	Número de *leitos*/vagas em *serviços residenciais comunit*ários, por 100,000 habitantes.	4,78
ITEM 2.5.3	Número de *usuários* tratados em *serviços residenciais comunit*ários, por 100,000 habitantes.	5,26
ITEM 2.5.4	Proporção de mulheres tratadas em *serviços residenciais comunit*ários.	59%
ITEM 2.5.5	Média do número de dias passados em *serviços residenciais comunitários.*	341
ITEM 2.5.6	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários tratados em *serviços residenciais comunitários.*	NA=não se aplica
ITEM 2.5.7	Proporção de *leitos*/vagas *em serviços residenciais comunitários* exclusivos para crianças e adolescentes.	0%

Santos possui 01 serviço residencial comunitário, a Seção Lar Abrigo. Esta unidade não é cadastrada como residência terapêutica, pois não atende o preconizado pela Portaria nº. 106/00. Ela é destinada a pacientes psiquiátricos crônicos, que sofreram um longo período de institucionalização e que não possuem qualquer referência familiar ou cuja estrutura familiar não é capaz de acolhê-los adequadamente. O número de leitos na Seção Lar Abrigo é 20 e o número de usuários tratados foi 22.

Tabela 11 - Resultados dos indicadores referentes aos hospitais psiquiátricos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.6.1	Número de *hospitais psiquiátricos* (#)	02
ITEM 2.6.2	Número de *leitos* em *hospitais psiquiátricos* por 100,000 habitantes	2,4
ITEM 2.6.3	Variação de leitos em hospitais psiquiátricos	-27%
ITEM 2.6.4	Proporção de mulheres tratadas em *hospitais psiquiátricos*	37%
ITEM 2.65	Proporção de pacientes tratados em *hospitais psiquiátricos* no último ano por categoria diagnóstica da CID-10	
MEDIDA	1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19).	18%

	2. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20F29).	48%
	3.Transtornos de humor (afeto) (F30F39)	9%
	4. Transtornos neuróticos, relacionadas com o estresse e somatomorfos (F40F48).	0%
	5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60F69).	0%
	6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico).	18%
ITEM 2.6.6	Proporção de internações involuntárias em *hospitais psiquiátricos.*	UN = desconhecido
ITEM 2.6.7	Proporção de pacientes de longa permanência por duração de estadia em *hospitais psiquiátricos*, em 31 de dezembro do último ano.	UN =desconhecido
ITEM 2.6.8	Média do número de dias passados em *hospitais psiquiátricos.*	36
ITEM 2.6.9	Taxa de ocupação dos *hospitais psiquiátricos.*	1,2%
ITEM 2.6.10	Porcentagem de pacientes *contidos ou isolados* pelo menos uma vez no último ano *em hospitais psiquiátricos.*	2-5% dos pacientes contidos ou isolados
ITEM 2.6.11	Proporção de crianças e adolescentes entre os pacientes tratados em *hospitais psiquiátricos.*	0,01%
ITEM 2.6.12	Proporção de *leitos* em *hospitais psiquiátricos* exclusivos para crianças e adolescentes.	0%

O município de Santos não possui hospital psiquiátrico. A Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu que os leitos psiquiátricos do Instituto Espírita Américo Bairral (com 511 leitos - referência para mais de 40 cidades do Estado de São Paulo) e da Clínica de Repouso Itapira (240 leitos), localizados na região de SJBV, seriam referência para Santos. Ressaltamos, no entanto, que para o cálculo da taxa de leitos, consideramos o cenário estimado de 10 leitos disponíveis (referente à média mensal de 10 internações de pacientes procedentes do município de Santos), perfazendo uma taxa de 2,4 leitos por 100,000 habitantes da população geral de Santos.

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH /SUS, 2000), houve uma diminuição de 27% no número de leitos destes hospitais psiquiátricos de São João da Boa Vista, nos últimos 5 anos, passando de

1.031 para 751 leitos. Neste período, foi registrada uma diminuição de aproximadamente 19 internações por 100.000 habitantes (2000=198 e 2005=120 – Central de Regulação de Vagas de SJBV), sendo que o crescimento populacional de Santos praticamente foi nulo (0,08%), passando de 417.983 habitantes no ano de 2000 para 418.315 habitantes em 2005, conforme censo do IBGE.

Em Santos, o número de mulheres tratadas em hospitais psiquiátricos foi 44, para um total de 120 pessoas internadas (Bairral=53 e Cristália=67), perfazendo 37% (DATASUS, 2005b).

Em relação à prevalência dos transtornos mentais, de acordo com o CID-10, observou-se que o perfil dos usuários tratados foi característico de hospitais psiquiátricos, ou seja, a maior prevalência – 48% - foi dos usuários com Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29). Os dados deste item foram levantados por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (DATASUS, 2005b).

É válido ressaltar que não foi possível o resultado da proporção de pacientes de longa permanência por duração de estadia (menos de 1 ano; 1-4 anos; 5-10 anos e mais de 10 anos) em hospitais psiquiátricos, pois os bancos de dados disponíveis não dispõem desta informação. A estimativa geral para os pacientes do Bairral foi de menos de 1 ano e para os da Clínica de Repouso Itapira (ex-Cristália), de 4 a 5 anos de permanência (DATASUS, 2005a).

O número total de dias passados em hospitais psiquiátricos, dos 120 pacientes, foi de 4.361 (Bairral=2.672 e Clínica de Repouso Itapira=1.689), correspondendo a uma média de permanência de 36 dias e taxa de ocupação de 2% para os usuários de Santos (DATASUS, 2005a)

Não existem leitos exclusivos de internação para crianças e adolescentes nestes hospitais psiquiátricos de referência de Santos. Somente 01 usuário foi internado no Hospital Pinel, localizado na cidade de São Paulo e especializado no atendimento de crianças e adolescentes. Em 2007, passou a ser referência para Santos nas internações de menores de 18 anos.

Tabela 12 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de psiquiatria forense, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.7.1	Número de leitos em *unidades de psiquiatria forense*, por 100,000 habitantes.	U N = desconhecido
ITEM 2.7.2	Proporção de *leitos* em *unidades de psiquiatria forense* por tipo de serviço: *hospitais psiquiátricos;* unidades forenses em *hospitais psiquiátricos;* unidades forenses em hospitais gerais e serviços de tratamento psiquiátrico em prisões.	U N = desconhecido
ITEM 2.7.3	Proporção de pacientes de longa permanência (mais de 10 anos; 5-10 anos; 1-4 anos e menos de 1 ano), por duração de estadia, em 31 de dezembro do ano anterior.	U N = desconhecido

Não existe unidade específica de Psiquiatria Forense em Santos. Segundo informante-chave (médico psiquiatra do Fórum de Santos), a referência para os casos psiquiátricos é a Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté e Manicômio Judiciário em São Paulo. No entanto, não foi possível obter os resultados referentes à Tabela 12.

Tabela 13 - Resultados dos indicadores referentes a outros serviços residenciais, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.8.1	Número de "*outros serviços residenciais*" façam ou não parte do sistema de saúde, que prestam cuidados às pessoas com transtornos mentais, por tipo de serviço.	13
MEDIDA	1. Serviços residenciais específicos para pessoas (de qualquer idade) com deficiência mental	1
	2. Serviços residenciais específicos para menores de 18 anos de idade, com deficiência mental.	0

	3. Serviços residenciais específicos para pessoas com problemas de abuso de substâncias (incluindo o álcool) (p.ex. serviços de internação para desintoxicação)	3
	4. Serviços residenciais específicos para pessoas com demência	0
	5. Serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental, mas cuja maioria de seus residentes, no entanto, tem transtornos mentais diagnosticáveis (p.ex. deficiência mental, abuso de substâncias, demência, epilepsia, psicose).	9
ITEM 2.8.2	Número de vagas/leitos em "*outros serviços residenciais*", façam ou não parte do sistema de saúde, que prestam cuidados para pessoas com transtornos mentais, por tipo de serviço.	288
MEDIDA	1.Serviços residenciais específicos para pessoas (de qualquer idade) com deficiência mental	33
	2. Serviços residenciais específicos para menores de 18 anos de idade, com deficiência mental.	0
	3. Serviços residenciais específicos para pessoas com problemas de abuso de substâncias (incluindo o álcool) (p.ex. serviços de internação para desintoxicação)	105
	4. Serviços residenciais específicos para pessoas com demência	0
	5. Serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental, mas cuja maioria de seus residentes, no entanto, tem transtornos mentais diagnosticáveis (p.ex. deficiência mental, abuso de substâncias, demência, epilepsia, psicose).	150

Com relação a outros serviços residenciais específicos, o município possui disponibilidade de leitos/vagas para: **deficiência mental** no Lar Espírita Mensageiros da Luz, que atende crianças e adultos, de ambos os sexos, com paralisia cerebral. Possui equipe multiprofissional, totalizando 53 funcionários. Para as pessoas com **problemas de abuso de substâncias** (incluindo o álcool), conta com o CEAVI - Centro Evangélico de Apoio à Vida, que atende adultos do sexo masculino, com 15 leitos; o CACTOS - Centro de Apoio e Recuperação de Dependentes Químicos, que é uma Comunidade Terapêutica, cuja triagem é realizada em Santos, mas a unidade de recuperação é na área continental de São Vicente (passam 9 meses nesta unidade). Atende pessoas do sexo masculino, a partir de 15 anos. Possuem 40 vagas (10 na triagem e 30 na fazenda); Desafio Jovem de Santos – Centro Evangélico de Recuperação de Toxicômanos - 30 vagas

na chácara localizada em Itanhaém e 20 vagas na "casa" de Santos, onde permanecem por cerca de 2 meses.

Com relação aos **serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental**, mas cuja maioria de seus residentes tem transtornos mentais diagnosticáveis registrou-se a Casa de Apoio e Solidariedade à Pessoa com HIV/AIDS (SECASA), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, que conta com 15 vagas; Casa Caio, Organização Não-Governamental (ONG) para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica /portadoras ou filhos de portadores do HIV, com 20 vagas, ambos os sexos; Casa Vó Benedita, abrigo para crianças, com 35 vagas; Associação Maria Imaculada - abrigo para adolescente do sexo feminino; Associação Casa da Criança de Santos; Lar Santo Expedito, para crianças e adolescentes de ambos os sexos, com 20 vagas; Casa do Paraplégico de Santos, abrigo para adultos com deficiência física, 15 vagas; Lar Evangélico de Apoio à Velhice – 15 vagas; Sociedade de São Vicente de Paula, abrigo para idosos – 15 vagas.

Tabela 14 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de tratamento psicossocial em serviços de saúde, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 2.9.1	Porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenções psicossociais **em hospital psiquiátrico**, no ano anterior.	E = todos ou quase todos (81 - 100%)
ITEM 2.9.2	Porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenção psicossocial em unidades **de internação psiquiátrica na comunidade,** no ano anterior.	E = todos ou quase todos (81 - 100%)
ITEM 2.9.3	Porcentagem de *usuários* que receberam uma ou mais intervenções psicossociais em **ambulatórios psiquiátricos**, no ano anterior.	E = todos ou quase todos (81 - 100%)

Conforme resposta obtida por informantes-chave (Articuladora de SM de SJBV; Coordenadora de SM de Santos; Diretor da Enfermaria de Agudos do HGA; Chefe do NGA-57), de 81 – 100% dos usuários dos serviços de internação psiquiátrica na comunidade, hospitais psiquiátricos e ambulatórios psiquiátricos receberam uma ou mais intervenções psicossociais. Segundo o WHO-AIMS (2005),

> as intervenções psicossociais devem durar no mínimo 20 minutos para ser contadas neste item e, incluem psicoterapia, fornecimento de apoio social, aconselhamento, atividades de reabilitação, treinamento de habilidades interpessoais e sociais e tratamentos psico-educacionais. Estão excluídas das intervenções psicossociais: entrevistas iniciais, avaliações e consultas de seguimento psicofarmacológico.

Tabela 15 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de medicamentos psicotrópicos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 2.10.1	Proporção dos *hospitais psiquiátricos*, nos quais pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível durante o ano todo.	100%
ITEM 2.10.2	Proporção das *unidades de internação psiquiátrica na comunidade* nas quais pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível durante o ano todo.	100%
ITEM 2.10.3	Proporção de *serviços ambulatoriais* nos quais, pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível no serviço ou em uma farmácia nas redondezas, o ano todo.	100%

Tabela 16 - Resultados dos indicadores referentes à igualdade de acesso aos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 2.11.1	Leitos psiquiátricos localizados na maior cidade ou próximo dela.	0,63
	Número de leitos psiquiátricos na comunidade e número de leitos em hospitais psiquiátricos na maior cidade ou próximo a ela por cidades de 100,000 habitantes (numerador).	15,09
	Número de leitos psiquiátricos na comunidade e de hospitais psiquiátricos em todo o país por 100,000 habitantes (denominador).	23,97
ITEM 2.11.2	Uso do ambulatório psiquiátrico por usuários rurais	U N = desconhecido
ITEM 2.11.3	Porcentagem de serviços ambulatoriais de saúde mental que usa uma estratégia específica para garantir que estas minorias lingüísticas possam ter acesso aos serviços de saúde mental numa língua na qual eles sejam fluentes.	A=nenhum
ITEM 2.11.4	Uso dos ambulatórios psiquiátrico por grupos de minorias étnicas e religiosas.	U N = desconhecido
ITEM 2.11.5	Internação de membros de minorias étnicas e religiosas em hospitais psiquiátricos	U N = desconhecido
ITEM 2.11.6	Diferenças entre serviços administrados pelo governo e serviços com fins lucrativos	
	1. Média de duração da lista de espera para uma consulta ambulatorial psiquiátrica não de emergência.	NÃO
	2. Média de duração em minutos de uma consulta com um psiquiatra.	SIM
	3. Média de número de leitos por enfermeira em serviços de internação psiquiátrica.	U N= desconhecido

No item 2.11.1 foi considerada a região da Grande São Paulo, com população de 19.403.480 hab. (IBGE, 2005). O número de leitos psiquiátricos na comunidade foi de 276 e o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi de 2.652 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006), resultando em 15,09 e 23,97 por 100.000 habitantes. Comparando os números com os do município de Santos - 8 e 2,4 -, evidencia-se maior investimento em serviços comunitários principalmente do tipo CAPS III.

É desconhecida estratégia específica de acesso aos serviços de saúde mental por usuários rurais, de minorias lingüísticas, étnicas e religiosas.

Em relação ao tempo médio de espera para uma consulta ambulatorial psiquiátrica, não de emergência, o resultado foi de 30-35 dias e, mostrou que não existe uma substancial diferença - maior que 50% - entre os serviços administrados pelo governo e os serviços com fins lucrativos.

4.3. Domínio 3 - SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Tabela 17 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde com médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 3.1.1	Proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental durante o curso de graduação *de médicos.*	1%
ITEM 3.1.2	Proporção de *médicos de cuidados primários de saúde* com no mínimo dois dias de *atualização em psiquiatria / saúde mental* no ano anterior (2004).	0%
ITEM 3.1.3	Existência de protocolos de supervisão e de tratamento de condições-chaves de saúde mental em clínicas médicas de cuidados primários de saúde.	B = em poucas (1 - 20%) clínicas de cuidados primários de saúde com médico
ITEM 3.1.4	*Médicos de cuidados primários de saúde*, em tempo integral, que fazem em média ao menos um encaminhamento por mês a um profissional de saúde.	C = alguns (21 - 50%)
ITEM 3.1.5	*Médicos de cuidados primários de saúde* que interagem com um profissional de saúde mental, ao menos mensalmente, no ano anterior	A = nenhum (0%)
ITEM 3.1.6	Prescrições por médicos de cuidados primários de saúde	B = Os médicos de cuidados primários de saúde têm permissão de prescrever, mas com restrições

ITEM 3.1.7	Disponibilidade de medicamentos para pacientes de cuidados primários em locais de cuidados primários de saúde com médicos	A = em nenhuma clínica (0%)

Existem duas Escolas privadas de graduação em Medicina. O número de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental, na Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES correspondeu a 144 horas no 4º ano e a 32 horas durante o internato e, 60 horas na Universidade Lusíada – UNILUS. Do total de 236 horas, a média das 02 universidades foi de 118 horas, equivalendo a 1% do número total de horas de treinamento durante o curso de graduação de médicos (23.040 horas = 40h/s x 48 semanas x 6 anos x 2 faculdades).

Segundo a Coordenadora da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família do município, os médicos de cuidados primários de saúde não interagiram com os profissionais de saúde mental, ou seja, não realizaram “reuniões (pessoais ou por telefone), revisão de casos individuais, coordenação de atividades e de encaminhamentos, assim como sessões de treinamento em saúde mental. ao menos mensalmente” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005 p. 46).

No ano de 2004, não foi realizada atualização em psiquiatria / saúde mental para os 182 médicos de cuidados primários.

Poucos serviços de cuidados primários de saúde com médico possuíam protocolos de supervisão e tratamento que, conforme o WHO-AIMS (2005) “incluem diretrizes clínicas, manuais ou vídeos sobre saúde mental para a equipe de cuidados primários de saúde”. Existia formulário de referência e contra-referência para a rede de saúde como um todo.

A regulamentação de saúde autoriza os médicos de cuidados primários de saúde a prescrever e/ou renovar a prescrição dos medicamentos psicotrópicos sendo que os pacientes, após três meses de uso contínuo, são encaminhados ao NAPS de referência para avaliação. Não existia nenhum tipo de medicamento psicotrópico disponível para dispensação na Unidade Básica de Saúde – UBS. Este tipo de medicamento é dispensado somente nas unidades de saúde mental.

Tabela 18 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde sem médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 3.2.1	Proporção de horas de treinamento em nível de graduação dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental nas escolas de enfermagem.	3%
ITEM 3.2.2	Proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental para *trabalhadores de cuidados primários de saúde, não médicos/não enfermeiros*, em colégios/escolas profissionalizantes.	U N= desconhecido
ITEM 3.2.3	Proporção de *enfermeiros de cuidados primários de saúde* com pelo menos dois dias de *atualização em psiquiatria/saúde mental* no ano anterior.	0%
ITEM 3.2.4	Proporção de *trabalhadores em cuidados primários de saúde não médicos/não enfermeiros* com no mínimo dois dias de *atualização em psiquiatria/saúde mental*, no ano anterior.	0%
ITEM 3.2.5	Existência de protocolos de supervisão e de tratamento para condições-chave de saúde mental em *clínica de cuidados primários de saúde sem médico.*	U N = desconhecido
ITEM 3.2.6	Encaminhamentos de saúde mental entre locais de cuidados primários de saúde sem médico e locais de cuidados mais complexos	A = nenhum (0%)
ITEM 3.2.7	Disponibilidade de medicamentos para pacientes de cuidados primários em clínicas de cuidados primários de saúde sem médico.	NA= não se aplica
ITEM 3.2.8	A legislação sanitária autoriza *enfermeiros de cuidados primários* de saúde a prescrever e ou renovar a prescrição de medicamentos.	A = não autoriza

ITEM 3.2.9	Prescrição de medicamentos por trabalhadores de cuidados primários de saúde, não médicos.	A = não autoriza

Em relação às escolas de enfermagem (2), o estudo apresentou 108 horas de treinamento em nível de graduação dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental, correspondendo a 3% do número total de horas de treinamento durante o curso de graduação de enfermeiros (3.200 horas). Atualmente, existem cinco cursos de graduação de Enfermagem.

Não houve atualização em psiquiatria/saúde mental para os Enfermeiros e outros trabalhadores (não médicos / não enfermeiros) de unidades de cuidados primários de saúde.

Não existia unidade de cuidado primário sem médico.

Tabela 19 - Resultados dos indicadores referentes à Interação com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 3.3.1	Interação de clínicas de cuidados primários de saúde com médico com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional.	A =nenhuma (0%)
ITEM 3.3.2	Interação de clínicas de cuidados primários de saúde sem médico com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional	NA= não se aplica
ITEM 3.3.3	Interação de serviços de saúde mental com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional	B = poucas (1 - 20%)

4.4. Domínio 4 – RECURSOS HUMANOS

Tabela 20 – Resultados dos indicadores referentes ao número de recursos humanos do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

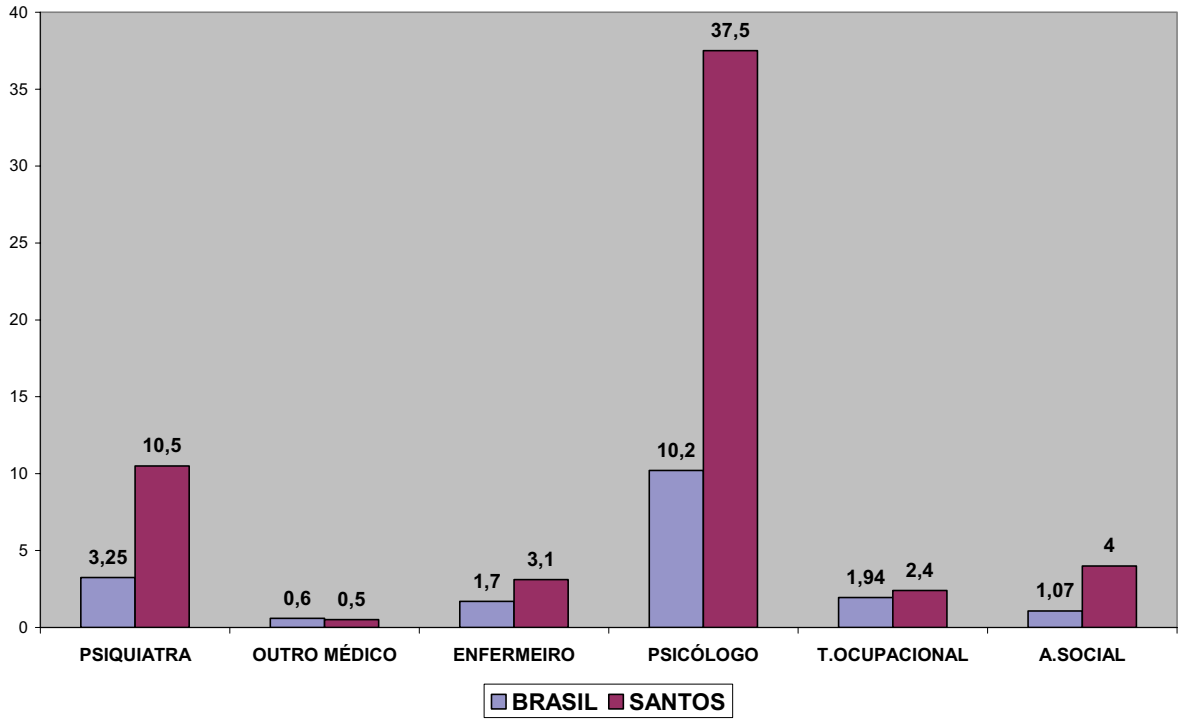
ITEM 4.1.1	Recursos Humanos, por profissão, trabalhando em ou para serviços de saúde mental ou prática privada, por 100.000 habitantes	
MEDIDA	1. *psiquiatras*	10,5
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	0,5
	3. *enfermeiros / enfermeiro psiquiátrico*	3,1 / 0,5
	4. *psicólogos*	37,5
	5. *assistentes sociais*	4
	6. *terapeutas ocupacionais*	2,4
	7. *outros trabalhadores de saúde ou saúde mental* (incluindo auxiliares, *trabalhadores não médicos de cuidados primários de saúde*, assistentes sanitários, técnicos em medicina, conselheiros psicossociais, profissionais e para-profissionais)	48
ITEM 4.1.2	Proporção de *psiquiatras* que trabalham em vários setores da saúde mental	
MEDIDA	1. número de *psiquiatras* que trabalham **apenas** em ou para serviços de saúde mental administrados pelo governo	5%
	2. número de *psiquiatras* que trabalhando **apenas** em ou para ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada	9%
	3. número de *psiquiatras* que trabalhando em ou para **tanto** (a) serviços de saúde mental administrados pelo governo **como** (b) ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada (p.ex. esta categoria se aplica a *psiquiatras* com duplo vínculo empregatício, ou seja, que combinam o trabalho em serviços de saúde mental administrados pelo governo com o trabalho em um dos outros setores mencionados).	86%
ITEM 4.1.3	Proporção *de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* que trabalham em ou para vários setores de saúde mental	
	1. número de *psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* que trabalhando **apenas** em ou para serviços de saúde mental administrados pelo governo	UN= desconhecido
	2. número de *psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* trabalhando **somente** em ou para ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada	UN= desconhecido
	3. número de *psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* que trabalham em ou para **tanto** (a) serviços de saúde mental administrados pelo governo **como** em ou para (b) ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada (p.ex. esta categoria se aplica a *psiquiatras* com duplo vínculo empregatício, ou seja, que combinam o trabalho em serviços de saúde mental administrados pelo governo e o trabalho em um dos outros setores mencionados).	UN= desconhecido
ITEM 4.1.4	Número de profissionais que trabalham em período integral ou meio período em ou para *serviços ambulatoriais psiquiátricos*	
MEDIDA	1. *psiquiatras*	22
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	2

	3. *enfermeiros*	10
	4. *psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais,*	55
	5. *outros trabalhadores de saúde ou saúde mental*	154
ITEM 4.1.5	Número de profissionais de saúde mental que trabalha em tempo integral ou parcial em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade* por *leito*	
	1. *psiquiatras*	0,68
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	0
	3. *enfermeiros*	0,32
	4. *psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais*	0,88
	5. outros trabalhadores de saúde e de saúde mental	4,24
ITEM 4.1.6	Pessoal que trabalha em hospitais psiquiátricos em tempo integral ou parcial por *leito psiquiátrico*	
NUMERADOR	1. *psiquiatras*	0,04
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	0,04
	3. *enfermeiros,*	0,05
	4. *psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais,*	0,06
	5. outros trabalhadores de saúde e de saúde mental	0,49
ITEM 4.1.7	Proporção de psiquiatras que trabalham em serviços de saúde mental localizados na maior cidade do país ou em seus arredores.	5,72
ITEM 4.1.8	Proporção de *enfermeiros* que trabalham em serviços de saúde mental localizados na maior cidade do país ou em seus arredores.	0,17

Dos 2.288 médicos cadastrados em Santos, 43 eram Psiquiatras. Com relação às outras categorias profissionais, foram considerados 11 Enfermeiros sanitaristas e 02 Enfermeiros psiquiátricos e 156 Psicólogos (SCNES, 2008). Dos 2.245 outros médicos, não especializados em psiquiatria, 82 Assistentes Sociais, 29 Terapeutas Ocupacionais e 3.512 outros trabalhadores de saúde ou saúde mental, não foi possível obter a informação dos que trabalhavam exclusivamente para a SM. Então, foram considerados os que trabalhavam na rede SUS de SM, a saber: 02, 17, 10 e 200 respectivamente.

Os resultados das taxas dos RH que trabalham em SM foram superiores às taxas do Brasil (Figura 6), configurando que existe investimento em equipes multiprofissionais na atenção à SM.

Figura 6 – Taxa por 100.000 habitantes, dos Profissionais que trabalhavam em serviços de SM (públicos ou privados), do Brasil e Santos, em 2005, segundo o WHO-AIMS.



Dos 43 Médicos Psiquiatras, 37 possuíam duplo vínculo empregatício, 4 trabalhavam somente no setor privado/ONG e, 2 tinham vínculos somente com serviços públicos.

Para o indicador proporção de RH por tipo de serviço, vale ressaltar que com relação aos NAPS, a mesma equipe profissional atua nos 03 tipos de modalidade: ambulatorial; hospitalidade dia e hospitalidade integral (leitos na comunidade) e, o RH do HGA é responsável pelos 25 leitos e não somente pelos 5 leitos estimados para munícipes de Santos.

Tabela 21 - Resultados dos indicadores referentes à formação de profissionais em saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 4.2.1	Número de profissionais graduados no ano anterior em instituições acadêmicas e educacionais, por 100.000 habitantes.	
	1. Médicos	49
	2. Enfermeiros	48
	3. Psiquiatras	0
	4. *Psicólogos,* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	22,5
	5. *Enfermeiros* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	24
	6. *Assistentes sociais* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	0
	7. *Terapeutas ocupacionais* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	7
TEM 4.2.2	Proporção do pessoal de saúde mental que trabalha em ou para serviços de saúde mental com no mínimo dois dias de curso de atualização no uso racional de medicamentos psicotrópicos no ano anterior.	UN = desconhecido
ITEM 4.2.3	Cursos de atualização em intervenções psicossociais (não biológicas) para o pessoal de saúde mental	UN = desconhecido
ITEM 4.2.4	Curso de atualização em saúde mental de crianças e adolescentes para o pessoal de saúde mental	U N= desconhecido
ITEM 4.2.5	Psiquiatras que emigraram para outros países	U N = desconhecido

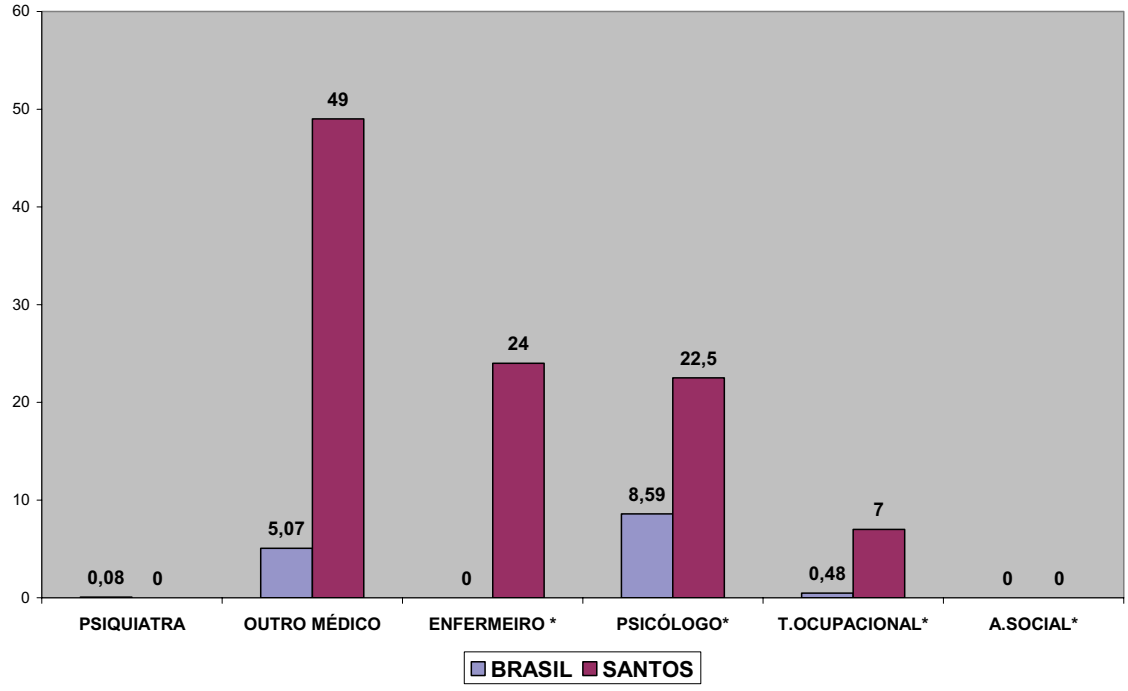
Nos dois cursos de medicina concluíram a graduação 179 alunos, sendo 105 pela UNILUS e 74 pela UNIMES. Não existe residência médica em Psiquiatria na cidade.

Nos cursos de Enfermagem foram graduados em torno de 200 alunos, sendo que 100 tiveram no mínimo 204 horas específicas em saúde mental, assim como 94 Psicólogos e 30 Terapeutas Ocupacionais (média de 250h). No curso de Serviço Social não existe carga horária específica em saúde mental. A média de formandos

foi de 50 alunos. No Brasil, este indicador foi U N = desconhecido, bem como o de Enfermeiros.

Embora o município de Santos tenha apresentado um número de profissionais graduados superior ao do Brasil (Figura 7), ainda necessita de investimentos nesta área, principalmente em médicos Psiquiatras e Assistentes Sociais.

Figura 7 - Número de profissionais graduados, no Brasil e Santos, por 100.000 habitantes, no ano de 2004, segundo o WHO-AIMS.



* Profissionais com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental

No município funcionam 06 universidades privadas, mas somente 01 campus da UNIFESP (pública), com cursos de graduação para diversas categorias profissionais da área da saúde, o que justifica a boa oferta de profissionais para a SM.

A Coordenadoria responsável pela área de Formação e Educação Permanente e a COS-MENTAL foram contatadas, mas não obtivemos resposta do investimento realizado nesta área, no ano de 2004.

Tabela 22 - Resultados dos indicadores referentes às Associações de usuários/consumidores e de familiares, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 4.3.1	Número total de *usuários*/*consumidores* que são membros das associações de *consumidores.*	410
ITEM 4.3.2	Número total de familiares que são membros de associações de familiares.	102
ITEM 4.3.3	O Governo fornece apoio econômico para iniciativas de saúde mental de associações de *usuários/consumidores*	SIM
ITEM 4.3.4	O Governo fornece apoio econômico para iniciativas de saúde mental de associações de *familiares*	SIM

Em Santos, as associações de usuários e familiares são mistas, incluindo às vezes trabalhadores. Especificamente da área da saúde mental são as seguintes:

- SITOC - Associação Santista de Síndrome de Tourette (ST) - grupo de apoio às pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e seus familiares. Realizam eventos para a comunidade (escolas, universidades); esclarecimentos sobre o transtorno e encaminhamentos para o Hospital das Clínicas, em São Paulo (apoio de psicólogos e psiquiatras) e lutam pelos direitos das pessoas portadoras de TOC. Possuem 400 pessoas cadastradas;
- Associação Franco Rotelli - é uma ONG de usuários, familiares e trabalhadores da SM. A diretoria é formada por 12 membros. Segundo seu Presidente, “o objetivo é a defesa de direitos e preservar as diretrizes da saúde mental. Estudam projetos para atender problemas identificados, tais como: geração de renda, implementação/implantação de atividades terapêuticas nas unidades,

monitoramento do estoque de medicamentos e seu fornecimento". Em 2005 estava desativada, mas retomaram às atividades.

- Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial ou Núcleo "Por uma sociedade sem manicômios"- Baixada Santista. Segundo a sua Carta de Princípios:

> [...] sustentam uma atuação política que intervém de forma ativa e constante nas questões que afetam diretamente os portadores de sofrimento mental - ao mesmo tempo em que se situam como aliados de outras políticas de emancipação e lutas libertárias, no Brasil e no mundo.[...]

O governo forneceu apoio logístico, como por exemplo, cedendo o local para reuniões.

Tabela 23 - Resultados dos indicadores referentes às atividades de associações de usuários/consumidores, de associações de familiares e de outras ONGs, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 4.4.1	Envolvimento de associações *de usuários/consumidores* na formulação ou implementação de políticas, planos ou legislação de saúde mental, nos últimos 2 anos.	SIM
ITEM 4.4.2	Envolvimento de associações de *familiares* na formulação ou implementação de políticas, planos ou legislação de saúde mental, nos últimos 2 anos.	SIM
ITEM 4.4.3	Interação dos serviços de saúde mental com associações de usuários/consumidores.	C = alguns serviços interagiram (21-50% dos serviços)
ITEM 4.4.4	Interação dos serviços de saúde mental com associações de familiares.	B = poucos serviços interagiram (1 a 20% dos serviços)
ITEM 4.4.5	Número de associações de *usuários/consumidores* envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio,etc.).	14
ITEM 4.4.6	Número de associações de *familiares* envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio, etc.).	24

ITEM 4.4.7	Outras ONGs envolvidas em políticas, legislação ou promoção da causa da saúde mental.	01

Conforme documento da Casa dos Conselhos de Santos, foram consideradas outras ONGs: Casa Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência, subordinada à Secretaria de Assistência Social (SEAS), 24h, com 6 leitos; Albergue Noturno, que atende população de rua - possui duas assistentes sociais -, realizam apoio social e encaminham para os recursos de saúde do município; Abrigo Provisório para População de Rua, adultos, 100 vagas da SEAS; Albergue Noturno - Sociedade Amiga dos Pobres, Organização Não-Governamental voltada para a população de rua, migrante e família, com 37 vagas; 13 grupos de apoio dos Alcoólicos Anônimos (AA); 1 Centro de Valorização da Vida (CVV); 5 Narcóticos Anônimos (NA); 3 Grupos Familiares NAR-ANON; Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral (APPC); Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais (NAPNE); Casa da Esperança de Santos; Núcleo de Reabilitação ao Excepcional (NUREX); Associação dos Pais, Amigos e Educadores de Autistas (APAEA); Associação Assistencial Cáritas; Assistência ao Menor Enfermo Mental (AMEM); Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santos (APAE); Associação de Pais Centro de Recuperação dos Excepcionais (CEREX); Associação Equoterapia; Centro Espírita “30 de julho”; Centro Espírita Ismênia de Jesus; Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC).

A Prefeitura possui convênio com algumas entidades filantrópicas, com apoio financeiro, por meio da Secretaria de Assistência Social, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Educação. A maioria das associações tem caráter misto, ou seja, prestam cuidado ao sujeito e à família, principalmente as dirigidas à criança e

adolescente. Embora a função principal seja a assistência, participam de Conselhos e outras instâncias na discussão das políticas e efetivação das ações.

Os serviços de saúde mental que mais interagem com estas instituições são os voltados ao atendimento de crianças e adolescentes e a SENAT I.

4.5. Domínio 5 - EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO E VÍNCULOS COM OUTROS SETORES

Tabela 24 - Resultados dos indicadores referentes à educação da população e campanhas de conscientização sobre saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 5.1.1	Existência de órgãos de coordenação (ex. comissões, conselhos, escritórios que coordenam e supervisionam as *campanhas de educação da população e de conscientização* sobre a saúde e os transtornos mentais).	SIM
ITEM 5.1.2	Agências promotoras de educação da população e de campanhas de conscientização sobre a saúde mental	
MEDIDA	1. Agências governamentais (p.ex. Ministério da Saúde ou Departamento de serviços de saúde mental)	SIM
	2. ONGs	SIM
	3. Associações profissionais	SIM
	4. Fundações e outros grupos privados	SIM
	5. Agências internacionais	SIM
ITEM 5.1.3	Populações alvo por educação específica e *campanhas de conscientização* sobre a saúde mental, nos últimos 5 anos.	
Medida	1. A população geral.	SIM
	2. Crianças	SIM
	3. Adolescentes	SIM
	4. Mulheres	U N = desconhecido
	5. Sobreviventes de traumas.	NÃO
	6. Grupos étnicos	NÃO
	7. Outros grupos vulneráveis ou minoritários.	U N = desconhecido
ITEM 5.1.4	Grupos profissionais aos quais foram dirigidos programas específicos de educação e campanhas de conscientização sobre a saúde mental nos últimos 5 anos.	

Medida	1. Provedores de cuidados de saúde (convencionais; modernos; alopáticos)	SIM
	2. Setor complementar/alternativo/tradicional.	SIM
	3. Professores.	SIM
	4. Pessoal de serviços sociais.	SIM
	5. Líderes e políticos.	U N = desconhecido
	6. Outros grupos profissionais ligados ao setor da saúde.	SIM

A Coordenadoria de Saúde Mental possui na sua estrutura uma Seção Centro Municipal de Prevenção Primária ao Uso de Substâncias Psicoativas (CEMPRI) que, juntamente com o COMAD, desenvolvem programas de promoção e prevenção ao uso prejudicial de álcool, tabaco e outras drogas.

Algumas agências, instituições e serviços promoveram campanhas de educação da população e de conscientização sobre a saúde e os transtornos mentais nos últimos cinco anos, como por exemplo: Conselhos de Classe, principalmente de Psicologia, Serviço Social e Medicina; Liga de Psiquiatria das universidades UNILUS e UNIMES, entre outros.

Foram realizadas campanhas de conscientização e educação da população sobre saúde mental, principalmente nas datas comemorativas e de relevância nesta área, em locais públicos como supermercados, centros comerciais, praia e praças, além de clubes de servir, escolas, universidades, empresas/instituições e outros. Durante o ano foram realizados, também Seminários/ Encontros abertos aos profissionais de diversas áreas e população em geral, que abordaram questões relativas aos Direitos Humanos (moradia, trabalho, lazer, cultura).

Não houve um trabalho focado em mulheres, sobreviventes de traumas, grupos étnicos e outros grupos vulneráveis ou minoritários nos últimos 5 anos. Merecem maior atenção e investimento, os programas dirigidos aos grupos

profissionais como os líderes e políticos, professores, profissionais ligados a outros setores da saúde e pessoal de serviços sociais. A Coordenadoria do Adulto e Idoso do município já havia realizado 13 edições do Curso para Cuidadores de Idosos, no qual são abordados aspectos relacionados à SM.

Tabela 25 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: colaboração formal, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 5.2.1	Existência de disposições legais concernentes à obrigação legal dos empregadores de contratar uma certa porcentagem de empregados que são incapacitados.	A = tais disposições não existem
ITEM 5.2.2	Disposições legais contra a discriminação no trabalho.	C = disposições legislativas existem e são cumpridas
ITEM 5.2.3	Existência de disposições legais ou financeiras concernentes à prioridade em moradias estatais e a esquemas de subsídio para moradia para pessoas com transtornos mentais graves.	C = tais disposições legais ou financeiras existem e são cumpridas
ITEM 5.2.4	Existência de disposições legais ou financeiras concernentes à proteção contra a discriminação na atribuição de moradia para pessoas com transtornos mentais graves.	C = disposições legislativas existem e são cumpridas
ITEM 5.2.5	Programas de colaboração formal do Departamento de Saúde Mental com outras agências/departamentos, sanitários ou não.	
	1. Cuidados primários de saúde / saúde comunitária	SIM
	2. HIV/AIDS	SIM
	3. Saúde reprodutiva	SIM
	4. Saúde da criança e do adolescente	SIM
	5. Abuso de substâncias	SIM
	6. Proteção da criança	SIM
	7. Educação	SIM
	8. Emprego	SIM
	9. Moradia	SIM
	10. Bem estar	SIM
	11. Justiça criminal	SIM
	12. Idosos	SIM
	13. Outros departamentos/agências (especifique na secção de comentários)	SIM

A Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP), subordinada à COS-MENTAL, tem como estratégia principal a inclusão social pelo trabalho. Desenvolve projetos de geração de renda em parceria com a Cooperativa Para Todos. O Projeto Lixo Limpo conta com subsídio da Prefeitura e os outros são auto-sustentáveis (Projeto Terra; Projeto Cantina e Projeto Mosaico). Contavam com cerca de 130 usuários atendidos na rede pública de saúde mental.

O município, em 2005, assinou o convênio com o MS beneficiando 78 usuários com o auxílio-reabilitação de R$ 240,00 do Programa “De Volta Para Casa”.

Santos não implantou residência terapêutica, apesar do apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS. Muitos usuários moram em cortiços ou outros locais precários. Para as moradias estatais existe o sistema de comodato às pessoas com transtornos mentais ou idosos sem renda, no entanto este recurso foi pouco utilizado pelos usuários da rede pública de saúde mental.

Tabela 26 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: atividades, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 5.3.1	Disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves	B = poucos serviços de saúde mental (1-20%)
ITEM 5.3.2	Existência de profissionais de saúde mental em escolas primárias e secundárias	UN = desconhecido
ITEM 5.3.3	Atividades escolares para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais	C = algumas escolas primária ou secundária (21%-50%)
ITEM 5.3.4	Participação de policiais em *atividades educacionais* sobre a saúde mental, nos últimos 5 anos.	B = poucos policiais (1%-20%)
ITEM 5.3.5	Atividades educacionais com juizes e advogados.	B = poucos juízes e advogados (1%-20%)
ITEM 5.3.6	Pessoas com psicose em prisões.	U N = desconhecido

ITEM 5.3.7	Porcentagem de prisioneiros com deficiência mental.	UN = desconhecido
ITEM 5.3.8	Prisões com no mínimo um prisioneiro por mês em tratamento com um profissional de saúde mental, dentro ou fora da prisão (na comunidade).	D = a maioria prisões (51 - 80%)
ITEM 5.3.9	Proporção de pessoas que recebem benefício da previdência/bem estar social devido a uma incapacidade decorrente de um transtorno mental.	17%

Poucos serviços de saúde mental estabeleceram estratégias/articulações para que os usuários tivessem acesso a emprego externo. Geralmente, a SERP faz a intermediação desta ação ou a iniciativa é do próprio usuário na realização de atividades informais, como lavar carros, tomar conta de veículos na rua e outros.

A articulação com a área da Educação e da Assistência Social foi mais presente na promoção e prevenção de agravos em saúde mental. A Rede Municipal de Educação em parceria com a Coordenadoria da Criança e Adolescente/SMS desenvolveu o Programa Nossa Escola / Escola da Família, para os educadores, onde foram abordadas questões pertinentes à saúde mental entre outras.

Na área da Infância e Adolescência, a Prefeitura implantou o Programa Santos Criança que tem por objetivo

> "a melhoria da qualidade de vida, propiciando o desenvolvimento saudável e integral da população infanto-juvenil. Estabeleceu uma rede permanente e integrada de atenção à infância e apoio às famílias, visando reduzir os índices de violência, evasão escolar, gravidez precoce e consumo de drogas" (PMS, 2008).

De acordo com o informante-chave (médico psiquiatra do sistema prisional), o tratamento aos prisioneiros é basicamente farmacológico e a medicação utilizada é a padronizada na rede de saúde mental. Se o paciente tem uma crise é levado ao PS de referência.

Com relação à Previdência Social, conforme informante-chave da Agência Regional do INSS de Santos, em 28/02/2008, 622 munícipes de Santos recebiam

benefício devido a uma incapacidade decorrente de um transtorno mental, sendo F00-F20=124; F21-F50=491 e F51-F99=07, equivalendo a 17% do total de 3.598 pessoas que recebiam o benefício por incapacidade física e/ou mental.

4.6. Domínio 6 - MONITORIZAÇÃO E PESQUISA

Monitorização dos serviços de saúde mental

Existe a colheita e compilação rotineira de dados, em função do faturamento (APAC e Boletim de Produção Ambulatorial).

Pesquisas em saúde mental

Poucos (0-20%) profissionais da rede envolvidos, por categoria profissional, em pesquisas. No entanto, há muitas solicitações externas de estudos na rede de serviços municipal de SM.

Alguns tipos de pesquisas têm sido desenvolvidos, como os estudos epidemiológicos; pesquisa sobre serviços; intervenções psicossociais / psicoterapêuticas.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Brasil, a partir da Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde que tem como objetivos, entre outros, a universalidade do atendimento, a descentralização da gestão administrativa, a equidade e integralidade da atenção e o controle social. Desde a década de 90, em consonância com a política nacional de descentralização das ações de saúde no SUS, o município de Santos assumiu a responsabilidade pela implementação de políticas e prestação de serviços.

Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica em Santos, registrados em outros trabalhos científicos, este processo complexo e abrangente nos conduz a reflexões a respeito de necessidades e impasses próprios referentes à implementação da

Política de Saúde Mental. A partir dos resultados obtidos nos indicadores do WHO-AIMS e das recomendações da OMS, alguns pontos relevantes serão apresentados e que poderão colaborar para a reflexão e o fortalecimento do Sistema de Saúde Mental de Santos.

Contexto Político e Legislativo

No plano político e legislativo, tanto no âmbito nacional quanto do município de Santos existem legislações e diversos documentos relacionados à Política de SM. No entanto, as propostas formuladas e defendidas deverão ser debatidas e discutidas com os protagonistas da SM e, fundamentalmente com os movimentos sociais organizados, para sua sustentabilidade e efetivação nas transformações necessárias ao processo de reforma da assistência psiquiátrica do município.

Com relação à Política da Criança e Adolescente, baseado no documento "Caminhos para uma Política da Infância e Adolescência" (Brasil, 2005 a), por meio de uma construção coletiva, estabeleceu-se uma normativa para a rede de serviços infanto-juvenil, sendo referendada junto às equipes de profissionais da COS-MENTAL e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescentes de Santos (CMDCA). No entanto, uma discussão mais ampliada, envolvendo os diversos setores da própria SMS, teria sido fundamental para legitimá-la na própria rede de Saúde. Nesta área, o Brasil e em especial a cidade de Santos, apresentaram avanços importantes se considerarmos os dados do relatório da OMS apresentado durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), de que 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (Brasil, 2005 b).

Embora exista um Programa de Saúde Mental com prioridades, cronograma e recursos materiais, humanos e financeiros necessários, não tem sido utilizada uma

metodologia que leve em consideração um plano estratégico, com a formulação dos planos de trabalho (ou planos operacionais), com o detalhamento das ações que serão realizadas. Não existe uma abordagem pró-ativa do processo de gestão, que articule os aspectos estratégicos do planejamento com a manutenção das rotinas de trabalho, numa abordagem integrada e com a participação de todos os envolvidos. Acrescido a isso, não existe a garantia dos aportes de recursos financeiros necessários para a sua execução e nem uma avaliação que contemple as especificidades do município, priorizando indicadores estratégicos, a exemplo do processo desenvolvido pelo Programa Nacional HIV/AIDS e Hepatites.

Acesso aos psicotrópicos

Quanto aos psicotrópicos, o Programa de SM assegura à população 100% de acesso aos medicamentos incluídos na lista dos medicamentos essenciais e que atendem padrões de eficácia e qualidade. Entretanto, deixa a desejar no aspecto segurança, pois a medicação tem sido administrada sem controle laboratorial padronizado e sistemático (MAGALHÃES, 2005).

Direitos Humanos

Embora a Lei 10.216/01 tenha trazido avanços significativos com relação aos Direitos Humanos das pessoas em sofrimento psíquico, em Santos destaca-se a urgente necessidade de aprofundar a temática da internação voluntária e involuntária, com os profissionais dos serviços, assim como das diversas questões que dizem respeito ao consentimento informado, conforme apontou este estudo. Deve existir um controle externo do MP sobre as internações: involuntárias e compulsórias (feitas por ordem judicial), para o cumprimento e garantia do direito à admissão voluntária numa instituição de SM, um dos direitos mais freqüentemente desrespeitado, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos.

A luta e discussão pelos direitos dos usuários devem ser ampliadas para outros campos dos direitos humanos e sociais visando o direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à proteção social, a garantias judiciais entre outros. Deve levar em conta, por exemplo, as contradições existentes entre as necessidades dos usuários e a reivindicação dos direitos especiais, que muitas vezes se vale do "poder do diagnóstico" (psiquiátrico, psicológico, social) para sua inclusão nestes direitos como a única alternativa de sobrevivência, acabando por reforçar uma condição de tutelado.

Tomando como exemplo Portugal, onde recentemente a legislação estabeleceu

> [...] a possibilidade de acumulação de rendimentos de pensões de invalidez parcial com trabalho a tempo parcial e que deverá ser aplicada às pessoas com doenças mentais, que muitas vezes têm dificuldades em suportar um horário de trabalho completo, mas têm capacidades para fazê-lo a tempo parcial [...] (PORTUGAL, 2006),

medidas dessa natureza poderiam ser estudadas para aplicação no Brasil.

A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.

Para além do trabalho desenvolvido pela Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP), responsável pelos projetos de geração de renda, esta questão complexa exigirá o empenho das equipes no diálogo e articulação com os diversos atores e recursos dos territórios dos serviços, para a produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos dos usuários de SM assim como, com as Políticas Públicas vigentes.

Neste sentido, ampliar as campanhas de sensibilização e de educação do público, bem planejadas objetivando informar e reduzir o estigma e a discriminação em relação às pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias, pode contribuir também, na inclusão social pelo trabalho. Assim, os meios de comunicação constituem-se em importantes aliados no combate à desinformação e às idéias errôneas com relação às doenças mentais.

Em 2006, a discussão sobre o problema de moradia dos usuários de SM foi retomada com a realização do Seminário: “Morar e conviver: Direito de Todos”, promovido pela COS-MENTAL, com o objetivo de sensibilizar, discutir e apresentar propostas existentes para esta área.

As experiências dos municípios de Casa Branca e Ribeirão Preto apontam para uma transitoriedade da residência terapêutica, tendo vários usuários optado por alugar, comprar ou construir a própria casa. Segundo Dellosi, “o direito de morar transcende o trabalho de especialistas em Saúde Mental: uma vez (re)conquistado, faz aflorar a humanidade que habita em todos nós, para além de qualquer transtorno”. (2006). Esta questão ainda se apresenta como um desafio e deverá fazer parte da agenda municipal, a fim de garantir este direito fundamental às pessoas com sofrimento psíquico.

Neste estudo, evidenciou-se a ocorrência de monitoramento regular nos hospitais psiquiátricos justificado pela história recente da saúde mental no Brasil. Por um lado, inscrita num contexto de violência, maus-tratos e segregação da pessoa com sofrimento psíquico, traduzida em violação dos direitos humanos e, por outro, pelo investimento do MS na reestruturação da assistência psiquiátrica, redução de leitos e mudança do perfil dos hospitais.

Entretanto, não foi dada a mesma atenção para a ocorrência de inspeção externa anual de proteção dos direitos humanos nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade, caso do HGA e dos NAPS (24h), embora os CAPS sejam considerados “dispositivos de atenção estratégicos para a consolidação da reforma da assistência psiquiátrica e o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (DELGADO et al., 2007).

O monitoramento destes serviços de internação na comunidade e o investimento na formação das equipes em proteção dos direitos humanos dos pacientes devem ser permanentes, pois de tempos em tempos, a sociedade promove movimentos de discriminação e exclusão como temos assistido, por exemplo, com relação aos usuários de drogas.

Financiamento

Os gastos em Saúde mental do município foram direcionados para a rede de serviços de base comunitária, sendo o gasto com as internações hospitalares próximo de zero (0,006%), ratificando as diretrizes da reforma da assistência psiquiátrica em curso no país. No âmbito federal vem acontecendo este redirecionamento, mas em menor proporção, pois, em 1995, mais de 90% dos recursos SUS em saúde mental financiavam o sistema hospitalar e em 2005 foi de 49% (ANDREOLI, 2007a).

Não podemos deixar de registrar que o estabelecimento de uma forma estratégica de financiar os serviços, por meio do FAEC, a partir do ano de 2002 (Portaria GM nº. 336/02), foi fundamental para a expansão, consolidação e fortalecimento da rede extra-hospitalar. Constituiu-se na única maneira dos municípios viabilizarem recursos novos e assim organizar a rede de assistência

baseada no modelo CAPS. Entretanto, estes valores não cobrem o custo total dos serviços, sendo que os municípios financiam grande parte desta política federal no custeio dos recursos humanos.

Como exemplo, dos 5% de recursos financeiros aplicados em Saúde Mental pelo município de Santos, 85% foram comprometidos com o custeio dos recursos humanos, despesa de competência exclusiva dos governos municipais, ratificando que a maior sobrecarga da rede de serviços comunitários é assumida pelo gestor municipal. Além disto, as restrições com gastos de pessoal, estabelecidas pela Lei Complementar nº. 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal – também têm se constituído num importante problema para a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde.

A partir de 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde que estabelece

> [...] um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

Com relação ao financiamento do SUS, o Pacto pela Saúde estabelece a responsabilidade das 03 esferas de gestão, com repasse preferencial fundo a fundo e que o financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos, a saber: Atenção Básica, Atenção da Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Na saúde mental, o Pacto prevê que os incentivos para a expansão da rede CAPS no bloco de Gestão estejam assegurados, entretanto o custeio será estabelecido pelo município. A destinação desta verba de custeio constitui-se numa preocupação para a área da saúde mental, pois pode deixar de privilegiar as diretrizes da Política Nacional vigente. Hoje, o financiamento da Saúde Mental por parte do governo federal, se dá por meio do repasse de recurso "extra-teto" (FAEC) aos municípios que possuem rede CAPS, cujo faturamento é realizado por autorização de procedimento de alta complexidade (APAC). Com o Pacto, o financiamento da Saúde Mental será incorporado ao bloco da Atenção Básica.

Segundo Delgado (2006), é necessário

> construir uma transição adequada nos blocos de financiamento, para assegurar que a rede de CAPS e outros dispositivos comunitários continuem em expansão (enfrentando consistentemente, o desafio do acesso com qualidade) e, construir mecanismos transparentes e eficazes para a transição do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).

Embora a unificação e alocação por blocos tenha sido um avanço, já que anteriormente, eram resultantes muitas vezes de pactuações, decisões unilaterais e pressões de grupos de interesse, "é necessário adotar os requisitos legais previstos na Lei 8.080/90, tendo como pressupostos maior justiça na alocação, equidade na sua utilização e otimização dos recursos disponíveis" (CONASEMS, 2007 p. 20).

Em 2005, o governo federal investiu 2,3% em SM (ANDREOLI, 2007a), muito abaixo dos 5% gastos em média nos países desenvolvidos (WHO, 2005b). Os gastos públicos têm oscilado entre 3 e 3,5% do PIB, porcentagem bem abaixo da encontrada nos países com sistemas universais, usualmente próximas ou superiores a 6% (CONASEMS, 2007 p. 16).

Nesta nova lógica, o aumento do financiamento é vital para a sustentabilidade do SUS e, outra medida importante é a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), para garantir, de fato, o percentual de investimento mínimo para a Saúde, por parte da União, estados e municípios.

Plano para os casos de desastres e catástrofes

Em 1984, foram realizados por profissionais da OPS/OMS, seminários em algumas universidades brasileiras com o objetivo de sensibilizar e preparar o pessoal docente para a administração sanitária de serviços de saúde em casos de catástrofes naturais, e desde então, este tema foi considerado relevante para ser assumido pelas escolas de saúde pública, principalmente em virtude de seu caráter multidisciplinar. Nesta ocasião, sugeriu-se a inclusão, também, dos desastres não naturais, aí entendidos como as catástrofes aéreas, incêndios, desabamentos, enchentes, além de outros (GUIMARÃES, 1984).

Apesar do tempo decorrido, constitui-se este um ponto fraco constatado neste estudo, tanto no âmbito nacional quanto municipal, embora desastres e catástrofes sejam

> [...] causa de freqüentes problemas de ordem vária que afetam a saúde das populações, além de representarem obstáculo sério ao desenvolvimento das comunidades atingidas, na medida em que consomem ponderáveis recursos financeiros para a reparação dos danos sofridos. [...] (GUIMARÃES, 1984)

Em Santos, os profissionais de SM com formação em Terapia Comunitária, sensibilizados com os moradores desabrigados de uma favela que tiveram seus barracos incendiados (desastre não natural), desenvolveram um plano de ação no Abrigo Provisório para amenizar o sofrimento destas pessoas e ajudá-las no processo de reestruturação de suas vidas. No entanto, tratou-se de uma ação pontual.

A criação de um grupo Intersetorial, envolvendo tanto profissionais do campo da saúde mental e da saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade para a elaboração de estudos e planos de assistência à população, justifica-se pela ausência de iniciativas e pelo risco de catástrofes naturais ou não que estamos todos expostos.

Serviços de Saúde Mental

A SM está estruturada formalmente no organograma da SMS e conta com um coordenador. Porém, em função da diversidade e complexidade da rede de serviços e cuidados, comporta uma revisão e ampliação da estrutura técnico-administrativa no âmbito da COS-MENTAL.

O modelo adotado em Santos é baseado quase que exclusivamente em serviços comunitários, denominado “modelo CAPS”. No entanto, este não pode ser o único tipo de serviço de atenção em saúde mental que deve contemplar uma rede de cuidados diversificada (THORNICROFT, 2002).

Segundo o MS, para o parâmetro porte dos municípios, Santos (com mais de 200.000 habitantes) comportaria uma rede formada por CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i, rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192). Deve compor esta rede, ainda, serviços residenciais, centros de convivência, leitos em hospital geral, entre outros (BRASIL, 2007). Conforme este parâmetro e os resultados apresentados neste estudo, o município de Santos possui uma ampla rede de serviços especializados, mas com estrangulamentos importantes para a ampliação do acesso e integralidade da atenção que se traduz na inexistência de leitos para desintoxicação álcool e outras drogas, integração com a atenção primária, centros de convivência e cultura, equipe móvel (Área Continental) e articulação com o SAMU, por exemplo.

Os serviços de SM são regionalizados, mas o trabalho não se organiza localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população adscrita.

O Ministério da Saúde aponta que

> os ambulatórios são especialmente, necessários em municípios maiores que possuem uma demanda grande na atenção aos transtornos em geral e que junto a uma rede efetiva de CAPS, pode servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território (BRASIL, 2007).

Em 2005, a cobertura CAPS de Santos foi 1,43% e a do ESP 0,33. Segundo o MS, “considera-se que um estado ou município tem de razoável a boa cobertura CAPS quando o indicador ultrapassa 0,50” (BRASIL, 2006, p. 15). Ou seja, além da boa cobertura CAPS, outro diferencial de Santos é de que estes serviços são considerados mais específicos e complexos, por se tratarem de CAPS III e CAPS ad.

A rede instalada de serviços ambulatoriais voltados a crianças e adolescentes e a cobertura de 16% a esta demanda podem ser consideradas como um ponto forte já que, a literatura aponta que cerca de 10 a 20% das crianças apresentam problemas de saúde mental e necessitam de assistência especializada (HALPERN, 2004).

No entanto, Santos não conta com CAPS i e nem com leitos na comunidade para crianças e adolescentes (hospital geral). Segundo o MS, “a expansão, o asseguramento da qualidade do atendimento, com a característica de serviços abertos territoriais de atenção diária de CAPS específicos – caso do CAPS i – ainda se apresenta como um desafio” (BRASIL, 2007).

Com relação aos hospitais psiquiátricos, a integração dos serviços ambulatoriais com estes serviços ocorre somente por meio da Central de Regulação de Vagas de SJBV e do DRS-IV-BS. Apesar do município, ainda fazer uso de leitos em hospitais especializados, a COS-MENTAL realizou um levantamento das internações efetuadas somente pelas unidades municipais - NAPS, SENAT I e SECERPA-TL - nos oito primeiros meses de 2006, resultando numa média mensal de aproximadamente 02 (duas) internações nos hospitais de SJBV e, 03 (três) se incluirmos o HGA. Quando consideramos toda a rede de serviços do município (municipal e estadual) a média mensal passa para aproximadamente 10 internações de pacientes. Mesmo que os hospitais especializados de SJBV apresentem uma média de 2,4 leitos por 100.000 habitantes e uma taxa de ocupação de 2%, todos os esforços para garantir o atendimento integral aos usuários no próprio município de Santos devem ser realizados. Novos dispositivos de atenção deverão ser implantados, como por exemplo, leitos em H.G. (ampliação) e leitos para desintoxicação álcool e outras drogas, além de centros de convivência e cultura e o investimento no fortalecimento das competências familiares.

A política de desospitalização com investimentos na rede de atenção comunitária de Santos e a regulação de leitos psiquiátricos de referência tem contribuído para a manutenção de um coeficiente de internação baixo.

Nossa interpretação está baseada em dois estudos brasileiros, que mostram que as re-internações são as responsáveis por mais de 1/3 de todas as internações psiquiátricas em hospitais (GASTAL, 2000) e a falta de tratamento na comunidade é responsável por 50% de re-internação de pacientes esquizofrênicos em hospital psiquiátrico (MENEZES, 1993).

No entanto, um dos pontos frágeis do Sistema de Saúde Mental de Santos, é o fato de não se ter uma proposta de atenção para a Área Continental que conta com aproximadamente 4.000 habitantes. O atendimento de adultos, usuários de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes é referenciado pela UBS/ESF para o NAPS III, SENAT I, CVC-RCH e SECERPA-TL respectivamente, unidades localizadas na área insular, dificultando o acesso e o cuidado. Na área Continental, pensar a saúde mental na atenção primária em parceria com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), com a retaguarda de uma equipe móvel e/ou de um Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), pode constituir-se numa alternativa viável para a mudança da atenção, prevenção dos agravos e promoção da SM. As equipes da ESF, por sua proximidade com as famílias e comunidade, constitui-se num recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública e das diversas formas de sofrimento psíquico.

Tratamento na Atenção Primária

Embora o Sistema de Saúde Mental preconizado em Santos seja o de redes de atenção à saúde, com foco nas condições agudas e crônicas, esta organização e modelo de atenção tem apresentado fragmentações próprias das contradições do SUS, com concepções de um sistema hierarquizado, definido por níveis de complexidades crescentes e não poliárquica, ou seja,

> [...] de serviços vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2007).

Esta constatação pode ser observada no resultado apresentado neste estudo de que não existe integração, articulação, protocolos e inclusão de ações de SM na

atenção primária, embora “proporcionar tratamento na atenção primária” seja uma das recomendações da OMS.

Em 2001/2002, o Ministério da Saúde após constatar que 56% das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) realizavam algum tipo de atendimento em SM, elaborou uma proposta de equipes matriciais visando qualificar este atendimento e atender à demanda crescente na área (BRASIL, 2003a).

Outro estudo realizado no Programa da Saúde da Família de Petrópolis, Rio de Janeiro, constatou a prevalência de 56% de transtorno mental menor entre as famílias atendidas, sendo que 33% dos pacientes eram portadores de transtornos graves (FORTES, 2004).

A partir de 2008, o Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, publica a Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, e cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que no artigo 4º, parágrafo 2º recomenda que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental, em função da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008).

Com esta Portaria, a proposta de matriciamento e da responsabilização compartilhada das situações, tornou-se viável aos municípios.

Estudos apontam para as evidências dos benefícios da incorporação de ações de SM na APS, sobretudo “no atendimento contínuo dos pacientes facilitado pela proximidade dos serviços da sua residência, reduzindo recidivas graves e, portanto a necessidade de internação” (ANDREOLI, 2007a) e, na contribuição do desenvolvimento de ações com responsabilização compartilhada. Esta proposta

“estimula a interdisciplinaridade, acaba com a lógica do simples encaminhamento e amplia a clínica, para além da dimensão biológica e dos sintomas de cada caso, ou seja, incorpora os riscos sociais e outros à avaliação clínica” (BRASIL, 2003b).

No entanto, apesar das evidências mencionadas, do pioneirismo de Santos na reforma da assistência psiquiátrica e da existência de uma ampla rede de serviços na Atenção Primária - 13 equipes da ESF, 15 EACS implantadas em áreas consideradas de vulnerabilidade social (morros, região central histórica, Zona Noroeste, Caruara – Área Continental) e 22 UBS (SCNES, 2008) – este, ainda não rompeu com as barreiras que envolvem os serviços da atenção primária.

Reconhece-se que os cuidados médicos globais que os clínicos gerais da APS desenvolvem, principalmente os da ESF, implicam em intervenções tanto no aspecto da doença física propriamente dita, como nos componentes psicológicos e sociais da família, isto é, na matriz da saúde mental de seus pacientes. E, que estes exercem papel fundamental na abordagem diagnóstica e terapêutica dos usuários em sofrimento psíquico e no encaminhamento criterioso dos que realmente necessitam de cuidados mais especializados (BALLESTER et al, 2005).

Estudo de Villano e colaboradores (1995) constatou que os médicos clínicos identificaram uma proporção de 36% de transtornos mentais na APS, sendo que apenas 45% receberam algum tipo de medicação. Evidenciam-se carências na formação e talvez, falta de sensibilidade ou predisposições negativas para lidar com este tipo de doente. Portanto, é fundamental que a APS e SM invistam num relacionamento próximo e na formação e educação permanente conjunta para as distintas realidades.

Por não fazer parte da agenda municipal, as poucas iniciativas de articulação acabam sendo superficiais, inconsistentes ou mal desempenhadas e não se sustentam com o tempo.

Recursos Humanos

O investimento na área de recursos humanos é decisivo para a sustentabilidade e avanços no processo da reforma da assistência em saúde mental.

Por ser o município sede e pólo educacional da RMBS não possui problemas com a oferta de profissionais para a área da SM, como Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais e Enfermeiros, bem como os de nível médio. No entanto, embora conte com duas Escolas de Medicina, não existe residência médica na especialidade de Psiquiatria.

Segundo o MS, a equipe mínima preconizada para um serviço do tipo CAPS III (NAPS) é de 16 profissionais, entre 02 Médicos Psiquiatras; 01 Enfermeiro; 05 outros profissionais de nível universitário (NU); 08 de nível médio (NM), além de equipe noturna-12h: 03 Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro do serviço; 01 NM da área de apoio e, de final de semana e feriados: 01 profissional NU; 03 Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro do serviço e 01 NM da área de apoio. Os NAPS apresentaram uma média de 31 profissionais, sendo 23 NM e 8 NU. Os auxiliares / técnicos de enfermagem realizam plantões nos fins-de-semana e feriados e, no período da noite. Nestes períodos, não contam com 01 NM da área de apoio. Com relação à equipe de NU estão trabalhando no limite mínimo o que, em função de férias e afastamentos, acarreta prejuízos para o desenvolvimento da proposta terapêutica de reabilitação psicossocial e sobrecarga para os outros profissionais.

Com relação à formação dos RH, a proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental, na graduação de médicos e enfermeiros foi de 1% e 3%, inferior aos índices nacionais de 3% e 7% respectivamente (BRASIL, 2006). Ou seja, consegue-se contratar profissionais, mas o pouco investimento na formação específica durante a graduação tem repercussões na fixação dos profissionais nos serviços de SM, assim como no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. No SCNES existe somente 02 Enfermeiros Psiquiátricos cadastrados.

Implantar um Núcleo Regional de Gestão do Trabalho em Saúde Mental, por meio da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SEGESTES), do Ministério da Saúde, configura-se numa estratégica fundamental para Santos e municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, cuja população estimada é de 1.695.101 habitantes (IBGE, 2007).

Tal implantação teria como objetivo enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS, realizando cursos de especialização e atualização para os trabalhadores tanto da Saúde Mental como os da Atenção Primária, uma vez que existe muito alternância de profissionais em função da proximidade dos municípios, das vantagens trabalhistas oferecidas e da ampla rede de serviços instalada na região. Esta proposta poderá ser viabilizada por meio da UNIFESP - campus Baixada Santista, única universidade pública da região. Com relação aos cursos de especialização disponibilizados pelo governo, estes geralmente são realizados na cidade de São Paulo ou Campinas, dificultando a participação seja pela distância, seja em função de outras atividades desenvolvidas pelos profissionais .

Em 2005, as unidades de saúde mental tinham supervisão clínico-institucional a cada 15 dias, financiada pelo próprio município. Atualmente, com o término do contrato de trabalho do Supervisor, somente dois CAPS III que tiveram seus projetos aprovados pelo MS contam com esta ação. Entretanto, é preciso construir, articuladamente com a Coordenadoria de Formação e Educação da SMS / PMS e o DRS-IV-BS, um programa regular e consistente de formação em serviço.

Em 2005, foi solicitada à SES, novamente a implantação do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental, da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), para as áreas de Psicologia e Serviço Social, tão essencial para os serviços e para a formação especializada em saúde mental. A supervisão era realizada por um profissional do serviço (da área do aprimorando) e por um profissional da universidade conveniada.

Outra questão importante dos RH, diz respeito ao papel desempenhado pelos gerentes dos serviços, no contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela Reforma da Assistência Psiquiátrica, cuja gestão deve ser voltada para o cuidado e produção de subjetividade, numa perspectiva participativa, se contrapondo à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional.

Junqueira e Inojosa (1992) ressaltam que é importante trabalhar com a concepção de que o desempenho das atividades gerenciais requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente.

Assim, o fortalecimento das competências gerenciais dos serviços deve merecer atenção especial e investimentos do gestor municipal, por ser uma função

importante na efetivação da Política de SM e, constitui-se num ponto fraco do Sistema de Saúde Mental de Santos.

Grupos mais vulneráveis

O Programa de SM do município não estabeleceu cuidados específicos para grupos mais vulneráveis e sujeitos à discriminação - crianças, idosos, índios, negros, moradores de rua, vítimas de violência, entre outros – embora esteja baseado nos princípios constitucionais do acesso universal à saúde pública integral.

Em Santos, merece destaque a população de idosos que é de 65.271 pessoas, correspondendo a 17,7% da população geral, estando acima do índice nacional de 10,7% (IBGE, 2007). A evolução demográfica da população brasileira tem indicado que a faixa etária de idosos será, provavelmente, a que experimentará o maior crescimento. Alguns fatores têm contribuído para o aumento da longevidade ou esperança de vida: melhoria das condições de vida e de trabalho; melhor nível educacional e de escolaridade; acesso a bens e a serviços de saúde e importação de tecnologia em saúde.

E, conforme consta no Estatuto do Idoso:

> [...] é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e continuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. [...] (BRASIL, 2003).

Portanto, esta população deverá receber atenção especial do gestor municipal.

No que se refere às pessoas moradoras de rua, trata-se de um grupo que comprovadamente apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais e que requer o desenvolvimento de programas intersetoriais voltados para as suas

necessidades específicas. Apresentam ainda, uma morbidade geral muito mais alta do que a população em geral, e geralmente se deparam com dificuldades no acesso aos cuidados prestados pelos serviços de saúde. Em muitos casos, também são vítimas de violência e de abusos de vários tipos.

Em Santos, estava em andamento, o Projeto “Morador de Rua” envolvendo a Secretaria de Assistência Social (SEAS) e a SMS, numa perspectiva de trabalho em rede. Foram mapeados 25 moradores de rua com algum transtorno mental e, para cada um era traçado um plano de ação. Este projeto contava com uma “equipe de rua” composta por profissionais da SEAS e da saúde mental (Psiquiatra, Assistente Social e/ou Psicólogo), geralmente do serviço NAPS que seria responsável pelo cuidado. No entanto, a atenção a esta população de rua, ainda se constitui num desafio seja pelas dificuldades estruturais e das equipes seja pela própria demanda que apresenta enorme dificuldade para restabelecer vínculos e se reintegrar à sociedade.

No que se refere ao problema da violência, Santos possui uma estrutura de atenção na área da Saúde e da Assistência Social. Porém, a saúde mental precisa estar mais integrada à esta rede de atenção às vítimas de violência bem como, investir em educação permanente das equipes e estabelecer regras mínimas de atendimento, visando uma melhor resposta no âmbito desta problemática.

Participação Social

No contexto de uma política integrada e transversal para a reabilitação e inclusão social das pessoas com transtornos mentais, é fundamental o papel da sociedade civil organizada em cooperação com o poder público juntamente com os protagonistas da SM - gestores, trabalhadores, usuários e familiares - na definição e desenvolvimento das políticas prioritárias na SM. Nesta perspectiva, as

organizações não-governamentais assumem um papel relevante na defesa dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

Atualmente, a realidade das práticas de cuidado, trabalho e gestão na reforma da assistência psiquiátrica de Santos, apresenta-se distanciada do princípio de participação social, embora o município conte com diversos espaços, como os Conselhos, instâncias democráticas de controle social, que possibilitam a participação e visão plural da sociedade civil organizada. O envolvimento e participação dos movimentos sociais no processo da reforma da assistência psiquiátrica são determinantes para a sustentabilidade e os avanços necessários de construção de “um novo lugar social para a loucura”.

Monitorização e Pesquisa

Os principais sistemas de informações de morbidade existentes no Brasil - SIH/SUS, SIA/SUS e SINAN - baseiam-se fundamentalmente, no registro de procedimentos realizados pelos serviços e, fornecem poucas informações epidemiológicas e dados referentes aos usuários.

Em 2005, foram realizadas três capacitações para as chefias técnica e administrativa visando a sensibilização para a importância do instrumento APAC com relação ao faturamento e acompanhamento do projeto terapêutico dos usuários e treinar seu preenchimento correto, ficando encarregados de retransmitir as informações às equipes técnicas.

Embora a Seção de Avaliação, Controle e Auditoria (SEACAUD), responsável por consolidar as informações geradas pelas unidades e alimentar os sistemas, emitisse relatórios com os dados do faturamento dos serviços, estes não foram utilizados como ferramenta para discussão técnica com as equipes dos serviços.

Em 2005, uma meta traçada e que estava em curso na SMS foi discutir os indicadores mais essenciais da rede ambulatorial e comunitária de SM visando contribuir para o processo de planejamento e tomada de decisões por parte dos gestores e gerentes dos serviços.

Com relação à pesquisa, embora uma parte significativa tenha sido realizada em ambiente acadêmico, com recurso de bolsas de estudo, a prática de investigação é uma área que deve ser fomentada e disponibilizada também no meio não-acadêmico, ao maior número possível de profissionais de saúde mental. Neste contexto, a COS-MENTAL criou um grupo de estudos e pesquisas com o objetivo de registrar, avaliar e divulgar as experiências inovadoras em SM, qualificando e legitimando as práticas. Como exemplo, podemos citar a experiência do Teatro do Oprimido e o impacto junto aos usuários de SM.

Podemos dizer, ainda, que o investimento canalizado para os programas de pós-graduação na formação de recursos humanos, por meio de bolsas de estudos e fomento à pesquisa, tem permitido um modesto crescimento na área da saúde mental. No entanto, os resultados das pesquisas e o de seu impacto nas práticas de política em saúde mental precisam ser mais divulgados e debatidos com gestores, trabalhadores e usuários e familiares, para que assim possam contribuir na tomada de decisões e transformações.

Quadro 5 **-** Sistema de Saúde Mental de Santos: Pontos Fracos e Pontos Fortes

WHO-AIMS	Pontos Fracos	Pontos Fortes
DOMÍNIO 1 – CONTEXTO POLÍTICO E LEGISLATIVO	• Plano de Ações e Metas do Programa de Saúde Mental, com o respectivo financiamento.	• Legislação de saúde mental • Conteúdo da política de Saúde mental.

	• Ausência de um Plano para os casos de desastres / catástrofes. • Revisão/inspeção externa anual da proteção dos direitos humanos dos pacientes em serviços substitutivos.	• Acesso gratuito e disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais. • % de recursos próprios aplicados em Saúde Mental.
DOMÍNIO 2 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	• Hospitais psiquiátricos que não são integrados funcionalmente aos ambulatórios psiquiátricos. • Falta de leitos para desintoxicação de álcool e outras drogas. • Número de leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (não precisaria dos leitos em SJBV). • Indicadores referentes às unidades de psiquiatria forense. • Monitoramento das internações involuntárias. • Falta de residências terapêuticas ou “moradias sociais”.	• Existência de 01 Coordenador de SM na estrutura formal da SMS. • Serviços de saúde mental por zonas de captação (regionalizados). • Perfil dos usuários de acordo com os serviços. • Cobertura dos serviços de SM. • Inexistência de usuários isolados. • Rede especializada de SM para crianças e adolescentes. • Nº. de internações psiquiátricas. • Atenção psicossocial nos serviços de SM. • Nº. de leitos em unidades de internação psiquiátrica na comunidade. • Inexistência de hospital psiquiátrico.
DOMÍNIO 3 - SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE	• Horas dedicadas a assuntos relacionados à	• Todas as unidades básicas têm médicos.

	psiquiatria e à saúde mental durante o curso de graduação de médico, enfermeiros e outros profissionais de SM. • Falta de integração e de ações de SM na APS. • Atualização em psiquiatria/saúde mental para os profissionais da APS. • Poucos protocolos de supervisão e de tratamento de condições-chaves de SM na APS. • Interação da rede de serviços de SM e da APS com praticantes de medicina complementar/alternativa/ tradicional.	• Médicos da APS podem prescrever medicamentos psicotrópicos, conforme regulamentação.
Domínio 4 – RECURSOS HUMANOS	• Nº de enfermeiros psiquiátricos. • Número de profissionais graduados com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental. • Inexistência de residência médica para Psiquiatria • Interação / envolvimento dos serviços de saúde mental com associações de usuários e familiares • Participação Social	• Equipe multiprofissional nos serviços de SM. • Número total de usuários e familiares que são membros de associações.
Domínio 5 - EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO E VÍNCULOS COM OUTROS SETORES	• Educação específica e campanhas de conscientização sobre a saúde mental para líderes e políticos, mulheres, sobreviventes de	• Programas específicos de educação e campanhas de conscientização sobre a saúde mental para

	traumas, grupos étnicos e outros grupos vulneráveis ou minoritários. • Inexistência de disposições legais concernentes à obrigação legal dos empregadores de contratar uma certa porcentagem de empregados que são incapacitados. • Disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves, através de atividades alheias ao serviço de saúde mental. • Atividades escolares para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais. • Participação de policiais, juízes e advogados em atividades educacionais (formação, reuniões educacionais, ou sessões para desenvolver habilidades práticas) sobre a SM. • Desenvolvimento de trabalho em SM com prisioneiros. • Pouco material educativo disponível. • Articulação dos serviços de SM com outros setores.	Professores, Pessoal de serviços sociais e profissionais ligados ao setor da saúde. • Disposições legais contra a discriminação no trabalho • Ampla rede de apoio à Saúde Mental (organizações não-governamentais). • Convênio da PMS/SMS com algumas entidades filantrópicas de apoio à área de SM. • Atuação dos diversos setores institucionais.
Domínio 6 - MONITORIZAÇÃO E PESQUISA	• Indicadores da rede comunitária de serviços. • Inexistência de relatório analítico e	• Existência de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar

	discussão sobre as informações geradas pelos serviços. • Informação não subsidia o planejamento. • Proporção de pesquisas em SM.	nacional.

6. CONCLUSÃO

De acordo com as recomendações da OMS para a Saúde Mental, o processo de reforma da assistência psiquiátrica de Santos, desencadeado a partir de 1989, apresenta inegável saldo positivo, particularmente os referentes à consolidação de um modelo de atenção comunitária, com serviços abertos, regionalizados e de atenção diária, produzindo indicadores bons de funcionamento, como por exemplo, taxa de internação, cobertura CAPS e rede de serviços especializados para crianças e adolescentes.

No entanto, apresenta como pontos frágeis, a ausência de proposta para residências terapêuticas e/ou “moradias sociais”, a internação em leitos de hospitais especializados de São João da Boa Vista (aproximadamente a 300 km de Santos) e a fragmentação da rede de serviços. Não houve inspeção externa anual de proteção dos Direitos Humanos dos pacientes nos serviços comunitários.

Toda a rede da Atenção Primária à Saúde conta com médico, mas não são capacitados para as questões relativas à Saúde mental. Não realizam assistência em Saúde mental neste nível de atenção.

Ainda, como ponto forte do Sistema de Saúde Mental, o estudo apontou para uma política, legislação e programa avançados, bem como o fornecimento gratuito

de medicamentos psicotrópicos essenciais. Embora os recursos gastos sejam maiores que os do Brasil, não existe a garantia do financiamento para a execução do programa de Saúde Mental.

Com relação aos recursos humanos, apresenta taxas maiores que as do Brasil, mas ainda, insuficientes para a demanda. O número de horas dedicadas à Saúde Mental / Psiquiatria nos cursos de graduação é baixa e, não existe programa de educação permanente.

Santos conta com um serviço voltado para a prevenção primária e que realiza educação para a população, mas é voltado exclusivamente para as questões de álcool e outras drogas. Existem atividades pontuais de saúde mental para a população, porém incipientes diante da magnitude dos transtornos mentais.

Os Sistemas de informação são voltados mais para a lógica do faturamento do que para a epidemiologia. Existem poucos indicadores essenciais da rede comunitária de serviços e pouca produção de pesquisas em Saúde Mental. Não ocorre monitoramento, tampouco avaliações sistemáticas.

Ainda, como desafios e impasses no processo de implementação do Sistema de Saúde Mental de Santos, estão as oscilações orçamentárias e de recursos humanos, as populações mais vulneráveis, além do legado mais geral de pobreza, exclusão social e violência.

Por fim, um sistema de saúde mental é um processo em permanente construção e requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

7. RECOMENDAÇÕES

1. Promover a inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

2. Desenvolver Plano para os casos de desastres / catástrofes.

3. Implementar e implantar novos projetos de geração de renda, na perspectiva da economia solidária e de sustentabilidade, bem como centros de convivência e cultura.

4. Implantar residências terapêuticas visando a desospitalização de pacientes "moradores" em hospitais psiquiátricos e "moradias sociais" em parceria com órgãos habitacionais e de assistência social.

5. Ampliar o número de leitos em Hospital Geral para as internações de casos agudos, passando a realizar todas as internações no próprio município.

6. Participar de maneira mais efetiva nas instâncias do controle social do SUS – Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos representativos para a saúde mental.

7. Articular e integrar com redes sociais de apoio à saúde mental.

8. Instituir o Núcleo Municipal de Direitos Humanos e Saúde Mental, com representação de órgãos públicos, sociedade civil, universidades e entidades afins.

9. Desenvolver programas em serviço, cursos de especialização, residências multiprofissionais e pesquisas, ou seja, investir em Educação Permanente no campo da atenção, organização do sistema e da gestão do trabalho em Saúde Mental;

10. Defender, junto às autoridades nacionais, a necessidade do aumento no financiamento da saúde mental, para enfrentar a dramática carga de morbidade e incapacidade gerada pelos transtornos mentais;

11. Desenvolver ações para garantir financiamento específico para a Saúde Mental;

12. Desenvolver tecnologia para a realização de monitoramento e avaliação sistemáticos do sistema de saúde mental quanto à estrutura, processo e resultados.

13. Discutir e estabelecer indicadores essenciais para o monitoramento e avaliação da rede de serviços comunitários de Santos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO N. et al. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity - Methodological Features and Prevalence Estimates. *British Journal of Psychiatry,* 1997. 171 (12). p. 524-9.

AMARANTE, P (org.). *Loucos Pela Vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANDREOLI, S. B.; RONCHETTI, S. S.; MIRANDA A. L. de; BEZERRA, C. R. M.; MAGALHÃES, C. C. P.; MARTIN, D. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública,* São Paulo, 2004. n.20(3), p.836-44.

_____, S. B, ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI J. J.. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* n.29 (1), p.43-6, 2007a.

_____, S. B. Serviços 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; 2007b. p.85-100.

BALLESTER, D. A. P. et al. Avaliação de um programa de capacitação em saúde mental para equipes dos serviços básicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* Especial (Edição Eletrônica), [S.l.: s.n], 2004.

BELLEMO, A. I. S. *Santos:* uma década de história sem manicômio (1989-2001). 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Católica de Santos. Orientador: Sérgio Baxter Andreoli.

BODEGA, N. J.; SCHETMAN, A. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: situação atual e tendências. *Revista ABP-APAL*, [S.l.], v.19, n.3, p.79-86, 1997.

BRAGA CAMPOS, F. C. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.* 1992. Tese (Doutorado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social) Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 19 set. 1990. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (Sistema Único de Saúde). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Lei nº 101, de 04 de maio de 2000. Lei da Responsabilidade Fiscal. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 2000. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4705.html. Acesso em: 9 jun. 2008.

_____. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União,* Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Lei nº 10.708, de 2003. (Programa de Volta para Casa). Institui o auxílio-reabilitação reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União,* Brasília, 2003. Disponível em: http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/l-010708-31-07-2003.htm. Acesso em: 05 mar. 2008.

_____. Lei nº 10.741, de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Leis/2003/lei10741>. Acesso em 20 mai. 2008.

_____. Lei nº 542, de 27 de setembro de 2005. Estabelece a estrutura organizacional da prefeitura municipal de santos, a composição das unidades administrativas, cargos em comissão e funções gratificadas que menciona e dá outras providências. *Diário Oficial de Santos,* Santos, 2005. Disponível em: https://www.egov.santos.sp.gov.br/legis/document/?code=487. Acesso em: 05 mai 2008.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania:* reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial (Relatório final). Brasília: [s.n], 1986.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.* (Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria nº. 676 GM/MS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e atenção básica:* o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. *Monitoramento na atenção básica de saúde*: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS*: os *c*entros de atenção psicossocial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:* 15 anos depois de Caracas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília: [s.n], 2005b. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/>. Acesso em 02 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c. 76 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais é ampliado.* Brasília: [s.n.], 2005d. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/> Acesso em 02 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde/Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. *WHO-AIMS - Relatório dos Resultados.* Brasil: [s.n], jul. 2006.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS:* acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção - Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: [s.n.], jan. 2007. 85p.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. [S.l.: s.n]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>. Acesso em: 20 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. [S.l.: s.n]. Disponível em: <http//portal.saude.gov.br/saude/gestor >. Acesso em 20 mar. 2008.

_____. Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: http://portal.saude.gov .br/portal/saude/cidadao. Acesso em: 23 abr. 2008.

_____. Portaria GM n.º 106 de 2000. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_106_00 .doc. Acesso em: 05 mai. 2008.

_____. Portaria GM n.º 224, de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5694.html. Acesso em: 05 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4124.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria MS/GM n.º 2.391, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação destas internações ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/GM-2391>. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria SAS n.º 189, de 20 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos que podem ser cobrados pelos Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no SUS, instituindo nova sistemática de financiamento. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7453.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 52, de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7450.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 53, 20 de janeiro de 2004. Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7451.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20699.pdf. Acesso em: 20 mar. 2008.

_____. Portaria MS/GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde. *Diário Oficial da União,* Brasília, 25 jan. 2008. Seção I, p. 38-42; 47-50. Republicada no *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 fev. 2008. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao>. Acesso em 20 abr. 2008.

_____. Resolução **RDC Nº101/01**. Trata do regulamento técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas. Disponível em: http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/programas/comunidades_terapeuticas.doc . Acesso em 20 abr. 2008.

CONASEMS. *Saúde e Qualidade de Vida:* políticas de Estado e desenvolvimento - O CONASEMS e a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: [s.n.], 2007.

CAPISTRANO FILHO, David. *Santos:* mil dias de governo popular. São Paulo: Brasil Urgente, 1991. 81p.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil:* políticas e organização de serviços. São Paulo; Cortez; 1999.

DATASUS. *Banco de dados 2005.* [S.l.: s.n.], 2005a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>. Acesso em: 20 mai. 2008

_____. *Município de residência: Santos, 2005*. [S.l.: s.n.], 2005b. Disponível em: <http://Tabsp\tabwin\Hosp\AIH_RD.DEF>. Acesso em 23 abr. 2008.

_____. *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.* [S.l.: s.n.]. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 29 jan. 2008. Atualizado em 23 jan. 2008.

_____. *Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS/TABWIN*, [S.l.: s.n.]. Disponível em: <www.datasus.gov.br\tabSP\tabwin\Amb\SIA.DEF>. Acesso em 03 jan. 2008.

_____. *Sistema de Informação Ambulatorial – APAC.* [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://Tabsp/tabwin/Amb/APAC.DEF>. Acesso em 13 fev. 2008.

_____. *Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS/TABWIN, 2005.* [S.l.: s.n.], 2005a. Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso em 29 jan. 2008.

DELGADO, P.G.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, 2006, p.59.

_____. Política Nacional de Saúde Mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (versão revista). *Jornal do CONASSEMS*, Brasília, n.8, p.8-9, ago. 2007.

DELLOSI, Mirsa Elisabeth. Residências Terapêuticas: um desafio para a saúde mental (I Colóquio Pinel realizado no Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel, em Pirituba/SP, 30 de novembro e 1 de dezembro de 2006). *Revista BIS*, São Paulo: SÉS-SP, 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* Recife, n. 4(3), p.317-321, 2004.

FORTES, S. *Transtornos mentais na atenção primária:* suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Saúde), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GASTAL F. L. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de Saúde Pública,* [S.l.: s.n.], n. 34(3), p.280-5, 2000.

GUIMARÃES, Cid. Administração sanitária das emergências nas catástrofes naturais. *Revista de Saúde Pública*, vol.18, n.6, 1984. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em 15 jun. 2008.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Environmental influences on child mental health. *Jornal de Pediatria,* [S.l.], n.80 (2-suppl), p.104-110, 2004.

HURST, J.; HUGHES, M. J. *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional, 2001. Disponível em: <*www1.oecd.org*>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2000. Disponível em: < www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2007.

_____. Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica /economia/pibmunicipios/2005/tab02.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2007

_____. Produto Interno Bruto dos Municípios 2002 - 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005/tab01.pdf>. Acesso em 02 fev. 2008.

JUNQUEIRA, L.; INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência. *Revista Administração Pública,* n.26 (2), p.20-31, 1992.

LANCETTI, Antonio. Quem manda na loucura? *Teoria e Debate:* revista trimestral do Partido dos Trabalhadores, n.8, p.60-4, 1989.

MAGALHÃES, C. C. P. B. Classificação Internacional de Cuidados ao Paciente com Transtorno Mental Grave em Centros de Atenção à Saúde mental brasileiros. 2005. 18f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) Universidade Federal de São Paulo - Universidade Católica de Santos, São Paulo/Santos. Orientador: Sérgio Baxter Andreoli.

MELLO, M. F., MELLO, A. A. F., KOHN, R (orgs.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207p.

MENEZES, P. R.; MANN, A. H. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.:s.n.], n.27(5), p.340-9, 1993.

MENDES, E. V. *Os Sistemas de Serviços de Saúde:* o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. *As redes de atenção à saúde*. [S.l.: s.n], 2007.

MERHY, E. E., AMARAL, H (orgs.). *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007.

NORDENFELT, L. et al. *A Saúde em Questão*: um espaço para a reflexão. [S.l.: s.n], 1999.

ONOCKO CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.22(5), p.1053-1062, mai. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Evaluación de los programas de Salud:* normas fundamentales. Genebra: OMS/OPAS, 1981.

_____. *Health Promotion:* a discussion document on the concept and principles. Copenhague: Ecritório Regional Europeu da OMS, 1984.

_____. *Relatório Mundial de Saúde 2001*: saúde mental - nova compreensão, nova esperança. Genebra: [s.n.], 2001.

_____. *Saúde Mental:* Evidência e Pesquisa - Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental. Genebra: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, 2005a.

_____ /Organização Pan-americana da Saúde. *Mental Health Atlas 2005*, Section I. Geneve: [s.n.], 2005b. p.47-50.

_____. *Saúde Mental:* Evidência e Pesquisa - Relatório dos Resultados: Brasil. Genebra: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, jul. 2006.

PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. *Boletim Informativo Bibliográfico (BIB),* Rio de Janeiro, p.44, 1997.

PITTA, A. (org,). *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996.

PLANO REGIONAL DE SAÚDE / 2007-2008. Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista, 2007.

PORTUGAL. *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007 – 2016*. Portugal: [s.n], 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. *Dados do IBGE relativos ao ano de 2005*. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br>. Acesso em 19 fev. 2008.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. *The Lancet,* n.370(9590), p. 859-77, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. In: *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*, 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH> Acesso em 19 fev. 2008.

ROEMER, M. *National Health Systems of the World* - vol.1: The Countries. England: Oxford University Press, 1991.

SANTOS. Lei Complementar nº 542, de 27 de setembro de 2005, Art. 244. *Diário Oficial de Santos*, Santos, 29 set. 2005.

_____. *Plano Municipal de Saúde de Santos.* Secretaria Municipal de Saúde, [s.n.], p. 4-9.

_____. *Programa Santos Criança*. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/santoscriança.php> Acesso em 20 mai. 2008.

_____. *Sistema de Informação Municipal*. Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica. Santos: [s.n], 2006.

SAXENA, S. et al. Global Mental Health 4 - Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*. London, p.59-75, Sep, 2007.

SCNES - Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 04 jan. 2008.

TENÓRIO, F. A. *Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais*: história e conceitos. (Versão modificada e atualizada de capítulo da dissertação de mestrado *A Psicanálise e a Clínica da reforma Psiquiátrica*, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, out., 1999) v.9(1). Rio de Janeiro: Manguinhos, 2002. p.25-59. (cópia xerografada).

THORNICROFT, G.T.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based health care*. World Psychiatry,* n.1(2), p.84-90, 2002.

VILLANO, L. A. B. et al. Results from the Rio de Janeiro Center. In: USTUN, T.B.; SARTORIUS, N. *Mental illness in general health care:* an international study. Chichesser: John Wiley & Sons, 1995.

WHO-AIMS REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEM IN BRAZIL. Brasília: WHO and Ministry of Health, 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf>. Acesso em: 16/04/2008

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento "Avalia – CAPS"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO-CAPS-2006

IDENTIFICAÇÃO DO CAPS

Nome do CAPS: CNES:

Endereço:

Telefone: Fax:

Email:

Cidade: UF: Início de Funcionamento:

CAPS I ( ) CAPS II ( ) CAPS III ( ) CAPS AD ( ) CAPS i ( )

ESTRUTURA:

1) Levando em consideração a Portaria GM 336/02, responda em relação à Equipe Técnica do CAPS:
( ) completa e suficiente ( ) completa e insuficiente
( ) incompleta e suficiente ( ) incompleta e insuficiente.

2) O número de leitos existentes no CAPS está: ( ) de acordo com Pt 336/02 e é suficiente ( ) de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente ( ) não está de acordo com a Pt 336/02 e é suficiente ( ) não está de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente
OBS – desde a sua implantação conta com 06 leitos.

3) A quantidade de salas para os atendimentos do CAPS é:
( ) suficiente ( ) insuficiente

4) O CAPS fornece alimentação:
( ) de acordo com a Pt 336/02 e é suficiente
( ) de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente
( ) não está de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente
( ) não oferece alimentação

5) O Horário de funcionamento do CAPS é:
( )08:00 – 18:00 ( )08:00 as 12:00 e das 14:00 as 18:00
( ) 08:00 as 12:00 ou de 14:00 as 18:00 ( )08:00 as 22:00 ( ) 24 horas

6) Quanto à conservação e limpeza das instalações: ( )suficiente ( )insuficiente

( )muito insuficiente

PROCESSO:

7) Quanto ao acolhimento:

( ) O CAPS possui lista de espera ( ) O CAPS possui profissional ou equipe para acolhimento diário de novos usuários

8) O CAPS realiza: ( ) Oficinas Terapêuticas ( ) Atendimento individualizado ( ) Atendimento Familiar ( ) Atividades em outros espaços comunitários ( ) Grupos Terapêuticos ( ) Redução de Danos ( ) Projetos de Geração de Renda ( ) Visitas Domiciliares ( ) Ações em conjunto com a Atenção Básica ( ) Ações de prevenção às DST/AIDS ( ) Reuniões de Equipe ( ) Assembléias com usuários ( ) Outros. Especificar

9) O CAPS possui Projeto Terapêutico Individualizado ( )sim ( )não

RESULTADOS

10) Nº de Usuários Atendidos no último mês; (em atendimento e novos)

( )124 a 155 ( )132 a 165 ( )152 a 190

( )176 a 220 ( )240 a 300 ( )abaixo de 124 ( )acima de 300

11) Nº de usuários em atendimento intensivo no último mês:

( )16 a 25 ( ) 32 a 44

( )48 a 60 ( )abaixo de 16 ( )acima de 60

<u>Anexo 2</u> – Fotos dos Serviços Públicos de Saúde Mental de Santos.

REDE CAPS
SAÚDE MENTAL - SANTOS

<u>Anexo 3</u> - Protocolo da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS

- **Município ---------- Central de Regulação ---------- Município**
  (1) (2) (3)

- **HGA ---------- Central de Regulação ---------- HGA ----------Município**
  (4) (5) (6) (7)

(1) O Município elabora o laudo da AIH e encaminha via fax para a Central de Regulação da DIR XIX-BS;
(2) Avalia o pedido e verifica a existência de vaga disponível e, retorna a informação para o Município via fax. Caso o pedido não seja procedente, o médico da Central entrará em contato com o responsável pela emissão da AIH para orientação;
(3) O Município terá que providenciar a remoção do paciente para o HGA ou Hospital da região de São João da Boa Vista em até 48 horas, sob o risco de perder a vaga;
(4) Quando o paciente necessitar de uma internação mais prolongada, solicitarão para a Central de Regulação da DIR XIX-BS a vaga via fax que verificará junto à Central de São João da Boa Vista;
(5) A Central repassará a resposta ao HGA;
(6) Sendo procedente e autorizado o pedido de vaga, a equipe do HGA entrará em contato com a Unidade de Saúde Mental de referência do Município de moradia do paciente e solicitar o remanejamento para Hospital da região de São João da Boa Vista;
(7) O Município providenciará o remanejamento do paciente em até 48h.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL

Rede de Serviços de Saúde Mental - Santos

SVC-Orla – Rua Conselheiro Ribas, 379 – Embaré. / Tel. : 3271 8235 / Emília e Lídia (chefe administrativa)
Campo Grande, Encruzilhada, Macuco, Estuário, Aparecida, Ponta da Praia, Embaré, Gonzaga, José Menino, Morro José Menino, Vila Belmiro, Marapé, Morro do Marapé, Pompéia, Morro Santa Terezinha, Boqueirão;

SVC-Zona Noroeste – Av. Hugo Maia, 212 – Jardim Rádio Clube / Tel. : 3299 7901 / Vera e Gilton (chefe administrativo)
Alemoa, Chico de Paula, Bom Retiro, Santa Maria, Bairro Caneleira, Morro Caneleira, Jd. Rádio Clube, Vila São Jorge, Areia Branca, Jd. Castelo, Ilhéu Alto, Jd. São Manoel, Jd. Piratininga;

SVC-Região Central Histórica – Av. Cons. Nébias, 276 – Vila Nova / Tel. : 3221 2209 / Cida e Kátia (chefe administrativa)
Centro, Jabaquara, Morro do Jabaquara, Monte Serrat, Morro do Pacheco, Morro Boa Vista, Paquetá, Valongo, Vila Mathias, Vila Nova, Morro do Bufo, Morros: Nova Cintra/Penha/do São Bento, Saboó, Área Continental: Caruara/Ilha Diana/Monte Cabrão, Vila Progresso;

NAPS I – Rua Prof. Luiz Gomes Cruz, s/n – Jardim Castelo / Tel. : 3299 3824 / Vera e Cida (chefe administrativa)
Jd. Sta Maria, Jd. Castelo, Vila São Jorge, Jd. Rádio Clube, Jd. Bom Retiro, Morro da Penha, Areia Branca, Alemoa, Saboó, Jd. São Manoel, Jd. Piratininga;

NAPS II – Rua Lowndes, 353 – Encruzilhada / Tel. : 3222 1217 / Ema e Lourdes (of. administrativo)
Centro, Valongo, Vila Nova, Macuco, Monte Serrat, Morro Pacheco, Vila Mathias (até canal 3) e Encruzilhada (até canal 3);

NAPS III – Rua Nabuco de Araújo, 96 – Boqueirão / Tel. : 3232 8411 / Márcia Amaral (chefe de seção)
Ponta da Praia, Estuário, Embaré , Aparecida, Boqueirão;

NAPS IV – Av. Pinheiro Machado, 718 – Marapé / Tel. : 3225 5796 / Elis e Edna (chefe administrativa)
Gonzaga, Jabaquara, Morro do Jabaquara, Vila Belmiro, campo Grande (Av. Ana Costa até canal 2), Morro do São Bento, Morro da Nova Cintra, Encruzilhada (entre canal 3 e Av. Ana Costa), Vila Mathias (entre canal 3 e Av. Ana Costa);

NAPS V – Rua Gonçalves Ledo, 29 – Campo Grande / Tel. : 3251 2094 / Lauzimar e Suzete (chefe adminstrativa)
Morro do Marapé, Marapé, Morro Santa Terezinha, José Menino, Morro do José Menino, Pompéia e Campo Grande (entre canal 1 e canal 2).

SENAT I – Rua Paraíba, 110 - Pompéia / Tel.: 3237 2681 / Rosane (chefe de seção).

SECERPA-TL – Rua José Ricardo, 32 – Centro / Tel. : 3219 2627 / Marta e Aparecida (chefe administrativo). **Em dezembro/06 – novo endereço : Lucas Fortunato, 159 – Vila Mathias**

SERP - Rua Alexandre Martins, 129 – Aparecida / Tel.: 3238 9105 / Maura e Sandra (chefe administrativa)

SELAB - Praça Washington, 13 – Marapé / Tel. : 3252 1911 / Elizete e Tina (chefe administrativa)

CEMPRI – Rua XV de Novembro, 195 – 5º andar – Centro / Tel. : 3201 5637 / Fernanda (chefe de seção).

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – Rua XV de Novembro, 195 – 5º andar - Centro / Tel.: 3201 – 5630 / Paula Covas Borges Calipo (Coordenadora)

Outubro / 2006

Anexo 5 – Fluxograma da rede de serviços da saúde mental

ADULTO
> 18 anos

→ *CAPS ad II –SENAT I (Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas):*

Atendimento ambulatorial médico psiquiátrico/ clínico e da equipe multiprofissional.
Atenção Psicossocial. Quando necessário, internação no NAPS ou Comunidade Terapêutica.

↓ ↑

POLICLÍNICAS → **CAPS III - SENAPS (**Transtorno Mental Severo e/ou persistente):
Atendimento psicossocial, com cuidado intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Atendimento à crise. Territorializado.

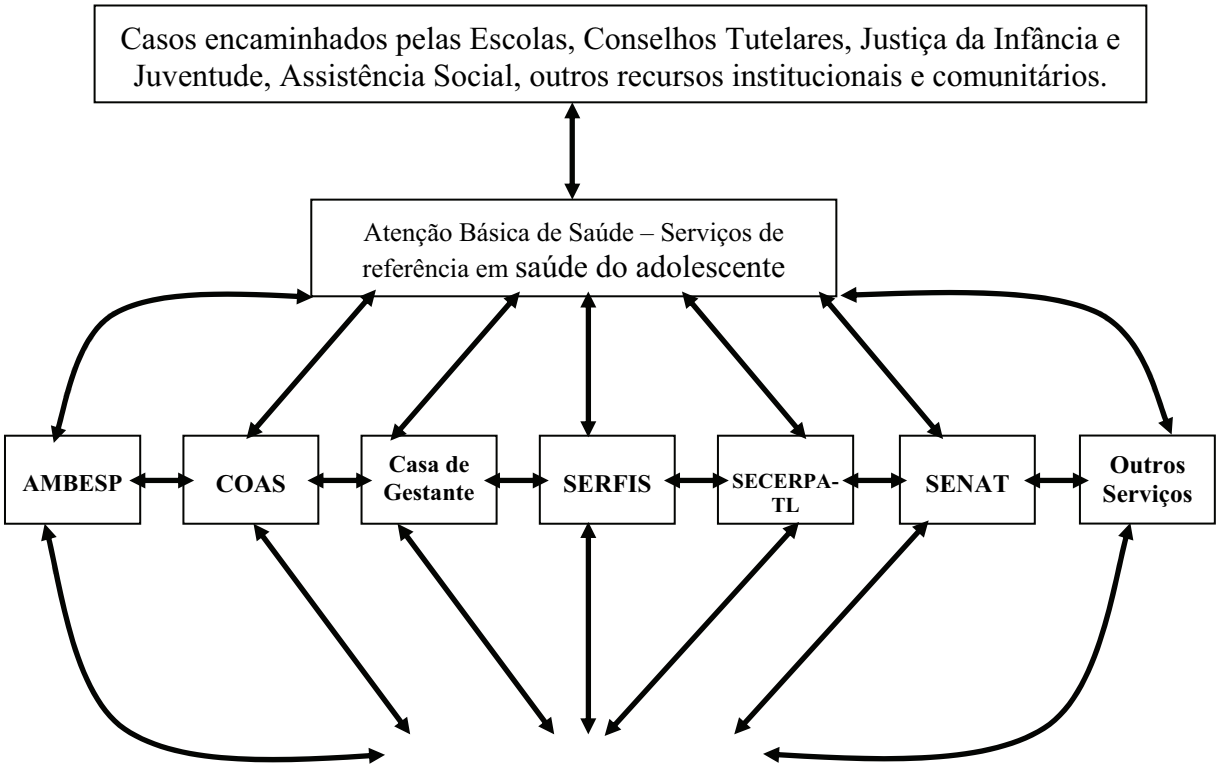
↓ ↑

→ **AMBULATÓRIO DE PSICOTERAPIA (AMBESP)**
(Transtorno Mental Leve/ Moderado):
Atendimento psiquiátrico/ psicológico e atendimento grupal/ orientação familiar

ADOLESCENTE
12 – 18 ANOS

CVC **SENAT I**

POLICLÍNICA → ← **CENTRO DE REFERÊNCIA DO ADOLESCENTE:**
"Projeto Tô Ligado":atendimento psiquiátrico / psicológico /social; individual e grupal;
e, orientação familiar.



C.V.C
0 – 12 ANOS

→ Crianças vítimas de violência doméstica (suspeita ou confirmação)
- ► física
- ► psicológica
- ► negligência

→ Transtornos emocionais/ comportamentais/ psicológico

→ Alterações da comunicação oral e/ou escrita

POLICLÍNICA → **CVC:** ► atendimento psiquiátrico (de continuidade)
psicológico
fonoaudiológico
serviço social
→ avaliação/ tratamento
orientação familiar (grupos e individuais)

► Crianças vítimas de violência sexual **PAIVAS/ SENTINELA**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

→ **PS/ZONA NOROESTE:** Atendimento à demanda espontânea ou encaminhamento da rede de saúde, podendo o usuário permanecer até 72h e, posteriormente, ser referenciado para a rede de Saúde Mental para dar continuidade ao tratamento.

OBSERVAÇÃO: a rede de serviços especializada de saúde mental atende demanda espontânea. Não existe acompanhamento por parte da rede básica, aos usuários estabilizados. A contra-referência acontece só para o tratamento clínico e laboratorial, quando necessário.

Anexo 6 – WHO-AIMS: Respostas às perguntas mais freqüentes

Por onde começar?

O primeiro passo é identificar a pessoa que será a responsável para utilizar o WHO-AIMS em seu país (se não for você). Essa pessoa deveria se familiar com o WHO-AIMS e o material de apoio. Leia cuidadosamente o instrumento por inteiro, por favor. Isso ajudará na colheita eficiente de dados e economizará tempo. O segundo passo é desenvolver um plano de colheita de dados. Este plano deverá descrever como você vai colher os dados para cada item, identificar quais instituições / agências / serviços / pessoas você irá contatar para obter os dados e especificar o cronograma para contatar fontes adicionais de dados e sua compilação.

Que fontes de dados deverei contatar?

Durante a colheita de dados você deve tomar a iniciativa, contatando e interagindo ativamente com pessoas-chave em diversas instituições, agências e serviços.

No início de cada domínio há uma lista de possíveis fontes de dados. Essas fontes são apenas recomendações e muitas delas podem não ser relevantes em seu país. Além dessas, pode existir em seu país outras relevantes fontes de dados que não estão na lista. Utilize todas as fontes relevantes de dados.

Os dados podem estar disponíveis no âmbito nacional (central), provincial, estadual, distrital ou de serviços. Recomenda-se listar todas as fontes disponíveis nos diferentes âmbitos. Primeiro contacte as instituições de âmbito nacional. Se houver bons dados para um item particular nesse âmbito, então não há necessidade de contatar as fontes nos outros âmbitos (provincial/estadual, etc.). Entretanto, muito freqüentemente os dados não estão disponíveis no âmbito nacional. Se for assim, trate de contatar instituições de âmbito provincial/estadual ou distrital. Se para um item particular houver bons dados no âmbito provincial/estadual ou distrital, então não há necessidade de contatar as fontes no âmbito de serviços. Se não houver dados adequados no âmbito provincial/estadual ou distrital, será necessário contatar fontes no âmbito de serviços. Talvez seja oportuno conduzir o inquérito diretamente com os serviços.

Finalmente, deve-se também notar que alguns dados podem já estar compilados, ao passo que outros itens necessitarão da agregação a partir de várias fontes.

Que tipo de informação eu devo registrar e onde?

Você deverá registrar vários tipos de informações em diferentes lugares: (1) **Dados**: registre todos os dados coletados no programa de entrada de dados Excel, mas também mantenha uma cópia por escrito dessa informação. (2) **Comentários sobre os itens**: Cada item tem uma coluna para comentários na folha de dados Excel. Registre, por favor, neste espaço qualquer comentário concernente ao item, incluindo as dificuldades porventura encontradas na colheita de dados, ou se as definições diferem das usadas em seu país. (3) **Comentários sobre o instrumento e outras informações**: No final do programa de entrada de dados Excel há uma folha para se registrar qualquer comentário a respeito de qualquer domínio, facetas

ou do instrumento como um todo, e para acrescentar dados que não são solicitados especificamente pelo WHO-AIMS, mas que são relevantes para o sistema de saúde mental em seu país ou região. (4) **Histórico da colheita de dados**: Mantenha, por favor, um histórico da colheita de dados. Neste histórico você pode registrar as fontes de dados que usou para obter as informações sobre cada item, manter os dados do âmbito dos serviços e manter notas atualizadas pertinentes ao processo de colheita de dados.

É necessário listar todas as fontes?

Somente em algumas questões pede-se a indicação da fonte de dados. Entretanto, é útil manter-se um histórico pormenorizado sobre todas as fontes de dados, pois isto tornará futuras colheitas de dados mais rápidas e comparáveis ao longo do tempo.

E se meu país for muito grande para colher todos os dados?

O WHO-AIMS pode ser usado para avaliar o sistema de saúde mental de um país ou região (província, estado ou distrito). Se o país tiver uma população muito grande (por exemplo, a China ou a Índia) ou um vasto número de serviços de saúde mental (por exemplo, um país rico), talvez então, você possa considerar usar o instrumento no âmbito regional (província, estado ou distrito). É importante que você decida em que nível você quer fazer a colheita de dados, especificar claramente a região e responder a todas as questões para esse nível regional.

É preciso conservar os dados colhidos dos serviços de saúde mental?

A maior parte dos itens do WHO-AIMS envolve dados agregados. Entretanto, dados não agregados (p.ex. dados de um serviço de saúde mental em particular) podem ser importantes para o desenvolvimento e planejamento de um plano de ação para melhorar o sistema de saúde mental em seu país. Embora somente os dados agregados sejam relatados, é importante manter dados não agregados em seu histórico de colheita de dados.

Por que algumas palavras aparecem em itálico?

Toda palavra que no instrumento está em *itálico* figura na secção “termos freqüentes” no começo do instrumento. Essa secção fornece definições e descrições dos termos usados no WHO-AIMS. Essas definições são para serem usados estritamente no contexto do projeto WHO-AIMS e não devem ser considerados como definições oficiais da OMS. Todas as definições foram adaptadas para a avaliação do sistema de saúde mental.

E se a definição na secção de “termos freqüentes” for diferente da usada no meu país?

Salvo indicação em contrário, use, por favor, a definição fornecida na secção de “termos freqüentes”, mesmo se ela diferir da usada no seu país. Se as duas definições diferirem, por favor, registre esse fato na secção “notas sobre itens” no programa Excel.

O que significa o #?

Um # indica que os dados relevantes foram colhidos em um item anterior e não necessitam ser colhidos novamente. O programa de registro de dados Excel do WHO-AIMS cuida para que os dados marcados com um # sejam consistentes entre si.

Para alguns itens de múltipla escolha do WHO-AIMS (de A a E), pede-se para prover-se a "fonte de dados" ou a "melhor estimativa". Você pode explicar, por favor?

Mesmo que um dado preciso não esteja disponível para completar um item de múltipla escolha (p,ex. itens com opção de resposta de A a E), complete o item da melhor maneira que puder. Fontes de dados que poderiam ajudar a fazer uma melhor estimativa incluem grupos focais, peritos na área, consulta a fontes secundárias de dados, inquéritos específicos, ou formar uma comissão de informantes-chave.. Por favor, indique a fonte de dados empregada no espaço previsto no programa de entrada de dados. Se não dispuser de uma fonte de dados, por favor, faça sua melhor estimativa e marque a casa correspondente no programa de registro de dados.

Posso colocar informações sobre serviços ou programas que não estão incluídos no instrumento?

Pode. Recomendamos que se notem descrições ou dados que não são especificamente pedidos no WHO-AIMS. Esses relatos são oportunidades para descrever aspectos do seu sistema de saúde mental que não são cobertos pelo WHO-AIMS. Acrescente essas informações na secção **comentários/outras informações**, que se encontra ao final do instrumento.

Posso interpretar a informação contida nos itens como normas oficiais da OMS para sistemas de saúde mental?

Não. Este instrumento foi produzido para revelar deficiências e pontos fortes dos sistemas de saúde mental e a informação se destina basicamente para uso interno pelo país, a fim de melhorar seu sistema de saúde mental. O instrumento não deve ser interpretado como a posição oficial da OMS em relação a sistemas de saúde mental.

A OMS está disposta a ajudar na obtenção da cooperação necessária de parte das agencias nacionais e regionais?

Um relacionamento de cooperação com os órgãos nacionais e regionais (p.ex. Ministério da Saúde) é útil na colheita de dados. A OMS está disposta a contatar as agências nacionais ou regionais pertinentes para facilitar essa colaboração. As agências nacionais, como o Ministério da Saúde, serão instrumentais na facilitação de contactos e na colaboração com as agências regionais e os serviços de saúde mental.

E se minha dúvida não for esclarecida aqui nem em outros materiais de apoio?

Se você não encontrar resposta para sua dúvida neste manual nem em nenhum dos outros materiais de apoio, não hesite em contatar a equipe do WHO-AIMS em Genebra (e-mail: saxenas@who.int).

Anexo 7 – WHO-AIMS: Definições de alguns termos mais freqüentes

Os termos definidos a seguir são para uso exclusivo no contexto do projeto WHO-AIMS e não devem ser tomados como definições oficiais da OMS.Todas as definições foram formuladas especificamente para avaliar sistemas de saúde mental.
Ambulatório psiquiátrico exclusivo para crianças e adolescentes: Um serviço que segue a definição de *ambulatório psiquiátrico* mas que atende exclusivamente crianças ou adolescentes

Ambulatório psiquiátrico: Um serviço dedicado ao controle dos transtornos mentais e dos problemas clínicos e sociais que lhe são associados, em base ambulatorial.

- ***Inclui*:** Centros comunitários psiquiátricos ou de saúde mental; ambulatórios psiquiátricos ou de saúde mental; serviços ambulatoriais especializados em certos transtornos mentais ou em tratamentos especializados; clínicas externas de saúde mental em hospitais gerais, policlínicas de saúde mental; clínicas especializadas mantidas por ONGs com pessoal técnico de saúde mental e que provê cuidados ambulatoriais (p. ex., para vítimas de estupro ou moradores de rua). Incluem-se tanto as instituições públicas como as privadas, bem como os ambulatórios psiquiátricos que cuidam *exclusivamente de crianças e adolescentes* e de outros grupos específicos (idosos, por exemplo).
- ***Exclui*:** Consultórios particulares; serviços que tratam apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou de deficiência mental sem diagnóstico de outro transtorno mental.

Assistente social: Um/a profissional que completou uma formação formal em serviço social , em escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de assistente social. O WHO-AIMS computa apenas pela informação relativa aos assistentes sociais que trabalham em cuidados de saúde mental.

Atualização em psiquiatria/saúde mental: O fornecimento de conhecimentos e habilidades essenciais para a identificação, tratamento e encaminhamento de pessoas com transtornos mentais. A atualização da formação ocorre após os estudos universitários (ou escola profissionalizante). Oito horas de formação equivale a um dia de treinamento.

- **Inclui:** Treinamento em serviço.
- **Exclui:** Treinamento em neurologia, apenas.

Clínica de cuidados primários: Uma clínica que habitualmente é o primeiro ponto de entrada ao sistema de cuidados de saúde. As clínicas de cuidados primários de saúde usualmente oferecem avaliação e tratamento para as condições de saúde mais comuns e encaminham os que necessitam de diagnósticos e tratamentos mais especializados para os serviços com uma equipe com nível mais alto de treinamento.

Clínica não médica de cuidados primários de saúde: Uma *clínica de cuidados primários de saúde* sem um *médico de cuidados primários de saúde* em sua equipe regular.

Clínico complementar/alternativo/tradicional: Um clínico que pratica basicamente a medicina tradicional, complementar ou alternativa em lugar da medicina alopática/moderna.

Cuidados médicos primários de saúde. Uma clínica de cuidados primários de saúde com médicos de cuidados primários em sua equipe regular.

Educação do público e campanhas de conscientização: Esforços organizados e coordenados para educar o público e despertar a consciência a respeito de problemas relacionados à saúde mental, através de vários meios (p.ex., imprensa, brochuras, iniciativas de contacto pessoal).

- **Exclui:** Anúncios comerciais (p.ex., por companhias farmacêuticas); anúncios de estudos de pesquisa.

Enfermeiro de cuidados primários de saúde: Enfermeiro/a que trabalha numa *clínica de cuidados primários de saúde*.

Enfermeiro/a. Um/a profissional de saúde que completou um curso formal em enfermagem, em escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de enfermeiro/a.

Hospital de dia psiquiátrico exclusivo para crianças e adolescentes: Um serviço que obedece a definição de hospital dia psiquiátrico e atende exclusivamente crianças ou adolescentes.

Hospital de dia psiquiátrico: Um serviço que tipicamente atende usuários durante o dia. Estes serviços geralmente: (1) estão disponíveis para grupos de *usuários* ao mesmo tempo (ao invés de cuidados individuais), (2) esperam que o *usuário* permaneça no serviço mesmo nos períodos nos quais não esteja em contacto direto com a equipe (p.ex. o serviço não é baseado na simples vinda dos usuários para consultas e em sua partida imediatamente após) e (3) implicam uma freqüência de no mínimo meio dia ou o dia todo.

- ***Inclui*:** centros de dia; centros de cuidados diários, oficinas protegidas, casas-clube[14] centros de reabilitação (psicossocial)[15], oficinas de reabilitação/emprego; firmas sociais. Incluem-se tanto os serviços públicos como os privados, pagos ou gratuitos. *Serviços de hospital dia psiquiátricos somente para crianças e adolescentes* e serviços de hospital dia psiquiátricos para outros grupos específicos (p.ex., idosos) também estão incluídos.
- ***Exclui*:** serviços que tratam somente pessoas com diagnóstico de transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou com deficiência mental sem diagnóstico de outro transtorno mental; serviços inespecíficos, importantes para pessoas com transtornos mentais mas que não são planejados levando em conta suas necessidades específicas; os serviços de acompanhamento em hospital de dia para pacientes internados também estão excluídos

Hospital psiquiátrico: Um hospital especializado que proporciona tratamento de longa duração em regime de internação para pessoas com transtornos mentais. Usualmente esses serviços são independentes e isolados, embora possam ter alguns vínculos com o restante do sistema de saúde mental. O nível de especialização varia consideravelmente: em alguns casos são oferecidos apenas

[14] Segundo o modelo da Fountain House.
[15] CAPS e NAPS, no Brasil.

serviços custodiais de longa duração, em outros casos, serviços especializados de curta duração estão também disponíveis (serviços de reabilitação, unidades especializadas para crianças e idosos, etc.)

- ***Inclui*:** Serviços públicos e privados, pagos ou gratuitos; hospitais psiquiátricos somente para crianças e adolescentes e hospitais psiquiátricos para outros grupos específicos (p.ex. idosos) também estão incluídos.
- ***Exclui*:** *Unidades de internação psiquiátrica integradas à comunidade*; unidades forenses de internação e hospitais forenses; serviços que tratam apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou com deficiência mental sem um diagnóstico concomitante de outro transtorno mental.

Intervenções psicossociais: Uma intervenção que emprega fundamentalmente métodos psicológicos ou sociais para o tratamento e/ou reabilitação de transtornos mentais ou desconforto psicossocial significativo.

- ***Inclui*:** psicoterapia, aconselhamento, atividades com familiares e tratamentos psico-educacionais, atividades de reabilitação (da menos à mais estruturada: lazer e atividades socializantes, treinamento de habilidades sociais e interpessoais, atividades ocupacionais ou treino vocacional, emprego protegido) e fornecimento de apoio social.
- **Exclui:** Não inclua entrevistas iniciais, avaliações e consultas de seguimento psicofarmacológico como intervenções psicossociais.

Legislação de saúde mental: Provisões legais relacionadas à saúde mental. Essas provisões usualmente tipicamente abordam questões como a proteção dos direitos civis e humanos de pessoas com transtornos mentais, os serviços de tratamento e sua estrutura, o pessoal e sua formação profissional.

Leito: Um leito disponível ininterruptamente para os cuidados diurnos e noturnos de uma pessoa com transtornos mentais.

Médico de cuidados primários de saúde: Um clínico geral, médico de família, ou outro medico não especializado que trabalha numa *clínica de cuidados primários*.

Médico: Um profissional de saúde com uma graduação em medicina moderna autorizado/licenciado a praticar a medicina segundo a legislação vigente no país.

Número de internações: O número de internações em um ano é a soma de todas as internações ocorridas no serviço durante o ano. No WHO-AIMS, este número decorre de uma contagem múltipla. Em outras palavras, se um usuário for admitido duas vezes, isso será contado como duas internações.

Número de pacientes tratados no *hospital psiquiátrico*: (a) o número de pacientes no *hospital psiquiátrico* no começo do ano mais (b) o número de internações durante o ano.

Número de pacientes tratados nos *serviços residenciais comunitários*: (a) o número de *usuários* no serviço no começo do ano mais (b) o número de admissões ao serviço durante o ano.

Número de usuários tratados em um ambulatório psiquiátrico: O número de *usuários* com ao menos um contacto ambulatorial com o serviço. Um contacto se

refere a uma intervenção de saúde mental fornecida por algum membro da equipe do serviço, dentro ou fora do mesmo.

Número de usuários tratados em um *hospital de dia psiquiátrico*: O número de *usuários* com pelo menos um atendimento para tratamento no serviço, durante o ano.

Outros profissionais de saúde ou de saúde mental: Um trabalhador de saúde ou saúde mental que possue alguma formação em cuidados de saúde ou cuidados de saúde mental mas não se enquadra em nenhuma das categorias profissionais definidas (p.ex., médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais).

- ***Inclui*:** Trabalhadores de cuidados primários não médicos / não enfermeiros, conselheiros profissionais e para-profissionais, educadores especializados em saúde mental e pessoal auxiliar.
- ***Exclui*:** Este grupo não inclui a equipe geral de serviços de apoio dos locais de cuidados saúde ou saúde mental (p.ex. cozinha, limpeza, segurança).

Outros serviços residenciais: Um serviço residencial que abriga pessoas com transtornos mentais mas não se enquadra na definição de *serviços residenciais comunitários* ou outro serviço de saúde mental definido por este instrumento (*unidade de internação psiquiátrica comunitária, serviço residencial comunitário, unidade de internação forense, hospital psiquiátrico*). Incluem-se os serviços residenciais especializados para pessoas com deficiência mental, para pessoas com problemas de abuso de drogas, ou para pessoas com demência. Também estão incluídos serviços residenciais que formalmente não são serviços de saúde mental, mas cuja maioria de seus residentes tem um transtorno mental diagnosticável.

Proteção dos direitos humanos dos usuários /pacientes: Ações relacionadas com as seguintes medidas para assegurar a proteção dos direitos humanos dos *usuários*: tratamento menos restritivo, consentimento informado para o tratamento, confidencialidade, uso de contenção e de isolamento apenas em casos excepcionais, procedimentos de internação e de tratamento voluntários e involuntários, procedimentos de alta, procedimentos de registro de queixa e de apelação, proteção contra maus-tratos por parte do pessoal, e proteção dos bens do *usuário*.

Psicólogo/a: Um/a profissional que completou uma formação formal em psicologia, em escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de psicólogo/a. O WHO-AIMS computa apenas pela informação relativa aos psicólogos que trabalham em cuidados de saúde mental.

Psiquiatra: Um médico que tenha feito pelo menos dois anos de formação pós-graduada em psiquiatria em uma instituição de ensino reconhecida. Este período pode incluir a formação em qualquer sub-especialidade da psiquiatria.

Serviço integrado à comunidade: Um serviço de saúde mental fora do *hospital psiquiátrico*.

Serviço residencial comunitário: Um serviço de saúde mental comunitário não hospitalar, que provê acomodação noturna para pessoas com transtornos mentais. Frequentemente esses serviços são destinados à *usuários* com transtornos mentais relativamente estabilizados, que não requerem intervenções médicas intensivas.

- ***Inclui*****:** residências protegidas, lares abrigados, pensões protegidas, com ou sem a supervisão de pessoal, que pode ser permanente ou visitante; albergues com pessoal (de enfermagem ou outro) presente 24 h por dia; comunidades terapêuticas. Estão incluídos tanto os serviços públicos como os beneficentes e os pagos. *Serviços* residenciais *comunitários somente para crianças e adolescentes e serviços residenciais comunitários* para outros grupos específicos (p.ex. idosos) também estão incluídos.
- ***Exclui*****:** serviços que tratam somente pessoas com diagnóstico de transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou de deficiência mental; serviços residenciais em *hospitais psiquiátricos*; serviços inespecíficos, importantes para pessoas com transtornos mentais mas que não são planejados levando em conta suas necessidades específicas (p.ex. asilos para idosos, instituições que tratam principalmente doenças neurológicas ou deficiências físicas).

Serviços residenciais comunitários somente para crianças e adolescentes: um serviço que se enquadra na definição de *serviços residenciais comunitários,* mas que atende exclusivamente crianças ou adolescentes.

- ***Exclui*****: S**erviços para crianças com problemas sociais (p.ex. órfãos, crianças de famílias desagregadas) sem necessariamente um transtorno mental.

Terapeuta ocupacional: Um/a profissional de saúde que completou um curso formal em terapia ocupacional, numa escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de terapeuta ocupacional.

Trabalhadores de cuidados primários de saúde não médicos / não enfermeiros: Funcionário de uma clínica de cuidados primários de saúde que presta cuidados básicos de saúde e que mantém um vínculo formal com outros componentes do sistema de saúde. Esses funcionários incluem técnicos em medicina, trabalhadores de saúde multifuncionais, assistentes de saúde, trabalhadores comunitários de saúde, entre outros. A formação e as funções desses trabalhadores varia segundo o país, mas em geral é mais restrita que as de médicos e enfermeiros. Suas atividades podem ser supervisionadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

Unidade de internação psiquiátrica na comunidade: Unidade psiquiátrica que provê internação para manejo de transtornos mentais em um serviço comunitário. Estas unidades geralmente estão localizadas em hospitais gerais, e provêm cuidados a *usuários* com problemas agudos; o período de estadia em geral é curto (semanas a meses).

- ***Inclui***: Serviços público ou privado, grátis ou contra pagamento; unidades de internação psiquiátrica comunitária somente para crianças e adolescentes; unidades de internação psiquiátrica comunitária para outros grupos específicos (p.ex. idosos).
- ***Exclui*****:** *Hospitais psiquiátricos*; *serviços residenciais comunitários*; e outros serviços que tratam somente pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substancias, ou com deficiência mental.

Unidade de psiquiatria forense: Unidades de internação mantidas exclusivamente para a avaliação ou tratamento de pessoas com transtornos mentais e que estão

envolvidas com o sistema de justiça criminal. Estas unidades podem estar localizadas em *hospitais psiquiátricos,* em hospitais gerais ou em qualquer outro lugar.

Usuário/Consumidor/Paciente: Uma pessoa que recebe cuidados de saúde mental. Estes termos são usados em diferentes lugares e por grupos diferentes de clínicos e de pessoas com transtornos mentais,e são usados como sinônimos no WHO-AIMS.

Os termos empregados no WHO-AIMS provêm principalmente das seguintes fontes:

Johnson S, Kuhlmann R; EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000; 405:14-23.

World Health Organization (2001). *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Legislation and Human Rights.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Financing*. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Advocacy for Mental Health Mental Health Legislation and Human Rights.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

<u>Anexo 8</u> - Ofício do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

UNISANTOS
Universidade Católica de Santos

Santos, 24 de Abril de 2007.

Vimos através deste, solicitar vossa atenção, na colaboração com relação ao levantamento de dados referentes a pesquisa "A Avaliação das Necessidades de PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial", desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Psiquiátrica da Baixada Santista, do Programa de Saúde Coletiva da Unisantos, cujo responsável é o Dr. Sérgio B. Andreoli.

O objetivo desta pesquisa é entender a situação atual no Campo da Saude Mental e planejar futuras ações.

A Srta Ana Rosa Platzer é assistente Social e uma das responsáveis pela colheita de dados da referida pesquisa.

Desde já agradecemos a valiosa colaboração e, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli
Professor no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Anexo 9 – Relação dos Medicamentos de Saúde Mental

MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - SAÚDE MENTAL - SES/SP	
SUBSTÂNCIA	**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA**
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL DECANOATO	ANTIPSICÓTICO
CLORPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
CLORPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
LEVOMEPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
PROMETAZINA	ANTIPARKINSONIANO
BIPERIDENO	ANTIPARKINSONIANO
BIPERIDENO	ANTIPARKINSONIANO
IMIPRAMINA	ANTIDEPRESSIVO
CLOMIPRAMINA	ANTIDEPRESSIVO
FLUOXETINA	ANTIDEPRESSIVO
AMITRIPTILINA	ANTIDEPRESSIVO
CARBAMAZEPINA	ESTABILIZADOR DE HUMOR
CARBONATO DE LÍTIO	ESTABILIZADOR DE HUMOR
DIAZEPAM *	ANSIOLÍTICO, HIPNÓTICO
NITRAZEPAM	ANSIOLÍTICO, HIPINÓTICO
TIAMINA	SUPLEMENTO VITAMÍNICO
TIORIDAZINA	ANTIPSICÓTICO
NORTRIPTILINA	ANTIDEPRESSIVO
SERTRALINA	ANTIDEPRESSIVO
ACIDO VALPRÓICO	ESTABILIZADOR DE HUMOR
CLONAZEPAM	ANSIOLÍTICO, HIPNÓTICO
NALTREXONA	INIBIDOR OPIÁCEO (TRATAMENTO DEPENDÊNCIA OPIÁCEOS E ÁLCOOL)

* Medicamento não pertence mais ao Programa Dose certa - Saúde Mental, mas ainda é fornecido pela SES/SP

MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - SAÚDE MENTAL - SMS/PMS	
MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO EM CARÁTER EXCEPCIONAL - SES/SP	
SUBSTÂNCIA	**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA**
OLANZAPINA	ANTIPSICÓTICO
OLANZAPINA	ANTIPSICÓTICO
RISPERIDONA	ANTIPSICÓTICO
RISPERIDONA	ANTIPSICÓTICO
CLOZAPINA	ANTIPSICÓTICO
CLOZAPINA	ANTIPSICÓTICO
QUETIAPINA	ANTIPSICÓTICO
QUETIAPINA	ANTIPSICÓTICO
QUETIAPINA	ANTIPSICÓTICO
SUBSTÂNCIA	**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA**
TIORIDAZINA	ANTIPSICÓTICO
LEVOMEPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
LEVOMEPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
PERICIAZINA	ANTIPSICÓTICO
CLORPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
PROMETAZINA	ANTIPARKINSONIANO
DIAZEPAN	ANSIOLÍTICO, HIPINÓTICO
MIDAZOLAM	ANSIOLÍTICO, HIPINÓTICO
FENITOÍNA	ANTICONVULSIVANTE
FENOBARBITAL	ANTICONVULSIVANTE

Anexo 10 – Plano Pluri Anual – Coordenadoria de Saúde Mental – 2005-2008

MISSÃO

Assegurar a gestão e execução da Política de Saúde Mental do Município de Santos em consonância com as Políticas Estadual e Federal , através de ações de promoção, prevenção e assistência,contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais e sua família.

VALORES

- Universalidade
- Integralidade
- Eqüidade
- Ética
- Direitos Humanos

VISÃO DE FUTURO

Usuários e Familiares com uma maior expectativa de vida, menor incidência de doenças e incapacidades, convivendo num ambiente saudável, com maior autonomia, exercendo o controle social em condições de bem estar, amparados por uma rede de proteção social centrada num sistema de saúde integrado, tendo como base, uma atenção em saúde mental universal e regionalizada, dentro de um padrão eficiente, resolutivo e humanizado.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

- Pautada nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica;
- Garantia do atendimento no SUS mas, não restringir esta questão a uma problemática exclusiva da Saúde;
- Ênfase na criação de uma rede de serviços ambulatorial, integrada a rede SUS, que utiliza a internação em caráter complementar, somente quando necessária e esgotada as alternativas ambulatoriais;
- Baseada no respeito aos Direitos Humanos.

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL - Princípios Orientadores Básicos (OPAS/OMS-2001)

- Diagnóstico
- Intervenção Precoce
- Ampla Variedade de Serviços
- Participação do Usuário
- Parceria com a Família
- Envolvimento da Comunidade Local
- Integração na Atenção Primária de Saúde

DIRETRIZ	JUSTIFICATIVA	OBJETIVO	AÇÃO
Rede terciária de Atenção em SM a crianças e adolescentes	O estabelecimento de leitos em hospital geral oferece uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em serviços extra-hospitalares. Não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital.	Garantir o atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais em quadros agudos.	Criar leitos de referência em SM para internação de crianças e adolescentes.
Expansão dos serviços de atenção psicossocial – álcool e outras drogas	Implementar a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; facilitando o acesso. Pela população de Santos, comporta pelo menos mais 01 CAPS ad II (Portaria GM 336/02). OU Ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede SUS, estruturando e fortalecendo a rede de assistência territorializada, centrada na atenção comunitária articulada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários.	Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros	Implantar 01 CAPS ad II na Zona Noroeste.
Urgência/emergência psiquiátrica	Segundo a Portaria 224/92, pressupõe uma rede de serviços de saúde mental diversificada,	Garantir um serviço para atendimento em situação de urgência-emergência, bem	Criação de leitos de repouso e observação (até 72h) no

	das quais consta os serviços de urgência/emergência psiquiátrica.	estruturado para este fim, bem como para avaliação da necessidade de internação dos pacientes atendidos. O paciente pode, após período de 72h, ser encaminhado para internação hospitalar psiquiátrica ou para atendimento em serviço como Ambulatório ou CAPS (NAPS).	PS Psiquiátrico da Zona Noroeste.
Atenção em Saúde Mental de Crianças	Cuidar de crianças e adolescentes deve ser um compromisso ético de qualquer sociedade. Dentre os agravos à saúde mental de crianças, encontramos algumas situações particularmente delicadas que reclamam ações de prevenção e reabilitação para reverter ou impedir o agravo.	Prestar assistência psicossocial a crianças portadoras de transtorno mental prioritariamente severo e persistente e suas famílias, com ênfase na reabilitação e inserção social de seus usuários.	Implantar 01 CAPS i II
Atenção em Saúde Mental ao Adolescente	Dados epidemiológicos apontam para uma prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes em torno de 10 a 15%, chegando até 21%, se tomarmos apenas a população adolescente com mais de 15 anos.	Desenvolver 03 núcleos de ação: assistencial (CAPS i II), Projetos e Formação; Prevenção e Supervisão da rede básica. visando a atenção integral ao adolescente numa perspectiva de rede.	Implantar o Centro de Referência do Adolescente - CRA
Atenção em Saúde Mental ao Adolescente	As unidades básicas de referência para o atendimento a	Realizar o tratamento, a orientação, como	Criar núcleos de atendimento

	adolescentes funcionará como porta de entrada do sistema, em consonância com os princípios do SUS.	também a promoção da saúde mental. Visa atingir a população de adolescentes com transtornos leves e moderados.	na rede básica de saúde
Expansão de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas	Não existe na região da Baixada Santista e nem na referência estadual leitos especializados para desintoxicação, necessários na rede de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.	Realizar tratamento especializado a esta clientela em regime de internação, em Hospital Geral.	Implantar leitos de desintoxicação de álcool e outras drogas
RH	Os serviços CAPS do Município de Santos são cadastrados junto ao Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria GM nº 336/02, que estabelece o quadro de RH mínimo para a complexidade deste serviço, bem como os outros serviços também possuem legislações pertinentes.	Dotar os serviços de equipes multiprofissionais preconizadas nas legislações vigentes, garantindo a qualidade da atenção prestada na rede de SM .	Contratação de RH,
Álcool e outras drogas - prevenção		Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas	Contratar RH para o CEMPRI
Capacitação - RH	A evolução do conhecimento na área da saúde exige dos seus profissionais um processo de formação continuada	Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de SM e da	Definir planos e programas de treinamento e capacitação de RH nas áreas de prevenção,

	e torna crucial a aproximação entre a rede assistencial e os centros de pesquisa e ensino. Esses, por sua vez, precisam ser chamados a contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade da assistência.	rede de saúde/social.	vigilância e assistência.
Residências Terapêuticas	Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. Esses serviços vêm garantir a assistência ntegral em saúde mental.	Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia.	Implantar serviços de residências terapêuticas
Informação – banco de dados		Acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa de Saúde Mental, definindo seus indicadores.	Criar um sistema de informação epidemiológica e assistencial
Atenção Ambulatorial	A dificuldade de vinculação por conta da distância, para os moradores da ZN,	Oferecer atendimento psiquiátrico e psicológico às	Criar o serviço psiquiátrico e psicológico no AMBESP da

	no único serviço ambulatorial para os casos leves e moderados em SM, no AMBESP-Centro.	pessoas portadora de transtornos leves e moderados na Zona Noroeste	Zona Noroeste.
Tabagismo	O Programa Nacional de Controle do Tabagismo é normatizado através da Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004 e da Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. É prioridade do CRATOD/SES, implantar na rede de Saúde Mental a Atenção Integral de combate ao tabagismo.	Desenvolver ações de prevenção e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS),	Criar 03 unidades de referência para o Tabagismo: CAPS ad II – SENAT; AMBESP-ZN e Policlínica do Embaré
Divulgação do Programa de Saúde Mental	"A propaganda é a alma do negócio", ou seja, a compreensão da política de SM, do funcionamento dos serviços e das atualizações da rede é fundamental para que as pessoas participem do processo, facilitando a vida do usuário e do funcionário no tocante a referência e contra-referência.	Conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações preventivas e assistenciais previstas na SM.	Realização de seminários, reuniões, encontros e supervisão, bem como desenvolver panfletos, folders, promover publicações de textos,etc
Saúde Mental na Atenção Básica	A atenção básica (especialmente o PSF) tem um papel estruturante na organização dos serviços. As queixas psíquicas são a segunda causa mais freqüente de procura por atendimento na atenção básica. Dados	Estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes menos graves para a atenção especializada; Ampliar e antecipar a detecção de	Contratação de RH e capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica.

	epidemiológicos brasileiros revelaram elevada prevalência de transtornos mentais naqueles que procuram a atenção básica: 35.5% do total de usuários, com parciais de 15.8% (depressão), 22.6% (ansiedade generalizada) e 4.1% (alcoolismo).	casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento	
Comunidades Terapêuticas	As conseqüências, diretas e indiretas, do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas não apenas no contexto da rede pública de saúde, mas principalmente nas várias interfaces da vida social: na família, trabalho, trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, mulheres e crianças, no aumento da criminalidade, etc.Ciente deste fato, o Ministério da Saúde vem definindo, ao longo do tempo, estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social. No	Oferecer tratamento alternativo ao ambulatorial, após avaliação da necessidade deste tipo de intervenção pela equipe técnica do CAPS ad II – SENAT.	Estabelecer convênio com C.T. vistoriada, aprovada e recomendada pela Comissão Municipal de avaliação das C.T., pelo CMS e COMAD.

	entanto, nem todos os usuários aderem ao tratamento ambulatorial e, as comunidades terapêuticas complementam esta rede de atenção.		

Anexo 11 -Tabela Salarial – Fevereiro 2006

TABELA SALARIAL
FEVEREIRO DE 2006

AUXILIAR DE ENFEMAGEM
NÍVEL N-G

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMENT.	TOTAL
24 H/SEM.	299,20	247,14	546,34	20,45	77,00	643,79
36 H/SEM.	448,79	370,70	819,49	30,67	154,00	1.004,16
40 H/SEM.	498,66	411,89	910,55	34,08	154,00	1.098,63
PLANTÃO NORMAL: R$ 20,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 50,00			

* AJUDANTE GERAL

ENFERMEIRO + N.U
NÍVEL N-O

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMENT.	TOTAL
24 H/SEM.	490,87	403,30	894,17	20,45	77,00	991,62
30 H/SEM.	613,58	504,12	1.117,70	25,56	154,00	1.297,26
36 H/SEM.	736,3	604,94	1.341,24	30,67	154,00	1.525,91
40 H/SEM.	818,11	672,16	1.490,27	34,08	154,00	1.678,35
PLANTÃO NORMAL: R$ 40,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 90,00			

MÉDICO, MÉDICO VETERINÁRIO E CIRURGIÃO-DENTISTA
NÍVEL N-O

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX.ALIMENT.	TOTAL
20 H/SEM.	409,06	1.233,93	1.642,99	17,04	77,00	1.737,03
24 H/SEM.	490,87	1.480,71	1.971,58	20,45	77,00	2.069,03
30 H/SEM.	613,58	1.850,86	2.464,44	25,56	154,00	2.644,00
36 H/SEM.	736,30	2.221,05	2.957,35	30,67	154,00	3.142,02
40 H/SEM.	818,11	2.467,93	3.286,04	34,00	154,00	3.474,02
PLANTÃO NORMAL: R$ 70,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 190,00			

SESPSIM + 2.490,00

TÉCNICO DE ENFERMAGEM / OFICIAL ADM / A.T.
NÍVEL N-L

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMEN.	TOTUAL
24 H/SEM.	392,96	298,73	691,69	20,45	77,00	789,14
36 H/SEM.	589,44	448,09	1.037,53	30,67	154,00	1222,20
40 H/SEM,	654,93	497,88	1.152,81	34,08	154,00	1340,89

TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
NÍVEL N-J

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIM.	TOTAL
24 H/SEM.	366,07	269,68	635,75	20,45	77,00	733,20
30 H/SEM.	457,59	337,11	794,7	25,56	154,00	974,26
36 H/SEM.	549,11	404,53	953,64	30,67	154,00	1.138,31
40 H/SEM.	610,12	449,47	1.059,59	34,08	154,00	1.247,67
PLANTÃO NORMAL.: R$ 30,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 70,00			

TÉCNICO DE RAIO-X
NÍVEL N-J

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMEN.	TOTAL
24 H/SEM.	366,07	693,52	1.059,59	20,45	77,00	1157,04
PLANTÃO NORMAL: R$ 30,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 70,00			

SRH/SMS

25/4/2006

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS NO CONTEXTO DA REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

PAULA COVAS BORGES CALIPO

Santos
2008

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS NO CONTEXTO DA REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

PAULA COVAS BORGES CALIPO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Saúde Coletiva.
Área de concentração:
Políticas e Práticas em Saúde
Orientador:
Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

Santos
2008

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS
SibiU

C153e Calipo, Paula Covas Borges
Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde brasileiro / Paula Covas Borges Calipo – Santos: [s.n.] 2008.
161 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)

I. Calipo, Paula Covas Borges. II. Título

CDU 614 (043.3)

Universidade Católica de Santos

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

COORDENADOR GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Prof. Dr. José Augusto Fontoura Costa

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Profª. Drª. Rosa Maria Ferreiro Pinto

ESTUDO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS NO CONTEXTO DA REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Este trabalho de dissertação faz parte do Projeto: "**Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial**" – FAPESP: proc. 06/00679-0.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

Profª. Drª. Sônia Barros

Suplente: Prof. Dr. Catulo César Pestana de Barros Magalhães

_____

_____

_____

Aos meus pais Heitor (in memorium) e Jandira pelo exemplo de perseverança e incentivo.

Ao meu esposo Fernando pelo companheirismo.

Ao meu filho Thales pelo carinho.

“A verdadeira viagem da descoberta não consiste em sair à procura de novas paisagens, mas em possuir novos olhos".

Marcel Proust

AGRADECIMENTO

Ao meu orientador Sérgio Baxter Andreoli pela paciência, sensibilidade e por instigar o saber científico.

Ao colega da Saúde Mental, Dr. Mario Dinis Mateus, pela generosidade e apoio técnico.

À amiga e Assistente Social Ana Rosa Platzer que acompanhou e colaborou com o estudo.

Aos usuários da rede de serviços de Saúde Mental, verdadeira inspiração e permanente fonte de aprendizagem.

A todos que, através do diálogo, dos ensinamentos e da amizade, colaboraram para a efetivação deste trabalho e para minha atual compreensão do campo da Saúde Mental.

RESUMO

Nesses quase 20 anos, apesar dos avanços evidenciados da reforma da assistência psiquiátrica de Santos, não foi realizado monitoramento e avaliação de forma sistemática. **Objetivo**: Descrever o Sistema de Saúde Mental de Santos, por meio de indicadores de estrutura, identificando deficiências e pontos fortes, no ano de 2005. **Método:** Estudo descritivo do Sistema de Saúde Mental de Santos, baseado na colheita de indicadores de Saúde Mental, utilizando o WHO-AIMS - Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde. **Resultados: Contexto Político e Legislativo:** apresenta Política, Programa e legislação com componentes essenciais. Aplicou em SM 5% do recurso próprio da saúde, sendo 85% com Recursos Humanos. Com os hospitais psiquiátricos foi gasto 0,006%. Disponibiliza gratuitamente, medicamentos psicotrópicos essenciais. O monitoramento e treinamento em Direitos Humanos não ocorreram de forma sistemática. **Serviços de Saúde Mental:** serviços ambulatoriais = 11; 2.155 usuários/100 mil hab. atendidos com média de 38 contatos; pop infanto-juvenil de 16%; Hospital-Dia = 5; 51 usuários/100 mil hab.; unidades de internação na comunidade = 6, com 8 leitos/100 mil hab.; serviço residencial comunitário = 01, com 20 leitos; leitos especializados: referência em São João da Boa Vista; 2,4 leitos/ 100 mil hab.; média de 10 internações/mês, 36 dias de permanência e 37% de mulheres tratadas e 48% a prevalência de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29). De 81 – 100% dos usuários de todos os serviços receberam uma ou mais intervenções psicossociais. **Saúde Mental em Cuidados Primários de Saúde:** De 1 a 20% (poucos) dos médicos interagem com serviço de Saúde Mental e estes têm permissão de prescrever psicotrópicos, mas com restrições. Durante o curso de graduação de médicos e de Enfermeiros foram dedicadas 1% e 3% de

horas à Saúde Mental. **Recursos Humanos (RH):** taxa/100 mil hab., trabalhando em serviços de Saúde Mental ou prática privada: Psiquiatras: 10,5%; outros médicos: 0,5%; Enfermeiros: 3%; Psicólogos: 37,5%; Assistentes Sociais: 4%; Terapeutas Ocupacionais: 2,4% e outros: 48. **Educação da População e Vínculos com outros Setores:** Existem parcerias com iniciativa pública e privada para atividades de promoção e prevenção. 622 pessoas recebem benefício por incapacidade decorrente de um transtorno mental e 71 usuários o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa. **Monitorização e Pesquisa:** Poucos (0-20%) profissionais da rede envolvidos, por categoria profissional, em pesquisas. **Conclusão:** O processo de reforma da assistência psiquiátrica de Santos apresenta inegável saldo positivo, particularmente os referentes à consolidação de um modelo de atenção comunitária, com serviços abertos, regionalizados e de atenção diária. No entanto, evidenciam-se algumas fragilidades principalmente com relação aos RH, integração com a atenção primária, garantia do financiamento para a execução do Programa de Saúde Mental, inspeção externa de proteção dos Direitos Humanos, poucas informações epidemiológicas e dados referentes aos usuários. Por fim, como desafios e impasses no processo de implementação do Sistema de Saúde Mental de Santos, estão as oscilações orçamentárias, as populações mais vulneráveis, além do legado mais geral de pobreza, exclusão social e violência.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde; Saúde Mental; Avaliação de serviços de saúde; Assistência psiquiátrica.

Abstract

In these almost 20 years, despite the evident advances in the Santos psychiatric care reform, no systematic monitoring and evaluation were carried. **Objective:** To describe the Mental Health System of Santos, through indicators of structure, identifying weaknesses and strengths, in 2005. **Method:** descriptive study of the Mental Health System of Santos, based on the gathering of indicators of Mental Health, using the WHO-AIMS - World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems. **Result: Political and Legislative Background:** presents Policy, Program and legislation with key components. SM was applied in 5% of the resource in health, and 85% with Human Resources. In the psychiatric hospitals 0.006% was spent. It provides free, essential psychotropic medicines. The monitoring and training in human rights did not occur in a systematic way. **Mental Health Services:** outpatient services = 11; 2,155 users/100 thousand inhabitants attended with an average of 38 contacts; infant-juvenile population, 16%; Hospital-Day = 5, 51 users/100 thousand inhabitants.; hospitalization units in the community = 6, with 8 beds/100 thousand inhabitants.; residential community service = 01, with 20 beds; specialized beds: Reference in São João da Boa Vista, 2.4 beds / 100 thousand inhabitants.; Average of 10 admissions per month, 36 days of stay and 37% of women treated and the prevalence of 48% schizophrenia, schizotypal and delirious disorders (¬ F20-F29). From 81 to 100% of users of all services received one or more psychosocial interventions. **Mental Health in Primary Health Care:** From 1 to 20% (few) of the doctors interact with the Mental Health service and are allowed to prescribe psychotropic drugs, but with restrictions. During the graduating courses of doctors and nurses, 1% and 3% of hours were dedicated to Mental Health. **Human Resources (HR):** rate/100 thousand inhabitants, Working in Mental Health departments or private practice: Psychiatrists: 10.5%; other doctors: 0.5%;

Nurses: 3%; Psychologists: 37.5%; Social Assistants: 4%; Occupational Therapists: 2.4% and others: 48. **Population Education and Linkages with other Sectors:** There are partnerships with public and private initiative for promoting interest and prevention activities. 622 people receive benefits for incapacity arising from a mental disorder and 71 users of the aid-rehabilitation program “De Volta para Casa”. **Monitoring and Research:** Few (0-20%) professionals in the network, by professional category, for research are involved. **Conclusion:** The Santos psychiatric care Reform presents undeniable positive balance, particularly those relating to the consolidation of a community care model, with open services, regionalized and of daily attention. However, some weaknesses are shown regarding mainly to the training of RH, integration with primary care, guarantee funding for the implementation of the Mental Health Program, external inspection of human rights protection, few epidemiological information and data on users. Finally, along with the challenges and deadlocks in the implementation process of the Mental Health System in Santos, are the budgetary fluctuations, the most vulnerable populations, in addition to the broader legacy of poverty, social exclusion and violence.

Keywords: Mental Illness; Health Policy; Mental Health; evaluation of health services, psychiatric assistance.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Principais Marcos Legais do Brasil e do Município de Santos 52

Quadro 2 - Número de usuários adultos tratados nos serviços NGA-57-Aparecida, AMBESP-RCH e NAPS, por CID-10, no ano de 2005 62

Quadro 3 – Número de procedimentos dos serviços ambulatoriais de Saúde mental de Santos, no ano de 2005 62

Quadro 4 - Número de APAC's de Cuidados Intensivos em Saúde Mental dos NAPS e Número de pacientes internados na Enfermaria de Agudos do HGA, por grupo diagnóstico baseado na CID-10, no ano de 2005 67

Quadro 5 – Sistema de Saúde Mental de Santos: Pontos Fortes e Pontos Fracos 115

Figura 1 – Mapa do Município de Santos 33

Figura 2 – Mapa da Localização das Unidades de Saúde Mental..... 37

Figura 3 – Domínios do WHO-AIMS 2.1 41

Figura 4 - Série Histórica das Internações Psiquiátricas de Pacientes Moradores de Santos 50

Figura 5 - Percentual dos Usuários Atendidos nos NAPS, por sexo, no ano de 2005 61

Figura 6 – Taxa por 100.000 habitantes, dos Profissionais que trabalhavam em serviços de SM (públicos ou privados), do Brasil e Santos, em 2005, segundo o WHO-AIMS 83

Figura 7 - Número de profissionais graduados, no Brasil e Santos, por 100.000 habitantes, no ano de 2004, segundo o WHO-AIMS..... 85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado dos indicadores de Política de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 46

Tabela 2 – Resultado dos indicadores do Programa de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 48

Tabela 3 – Resultado dos indicadores da Legislação em Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 50

Tabela 4 - Resultados dos indicadores referentes à Implementação da monitorização dos direitos humanos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 53

Tabela 5 - Resultados dos indicadores referentes ao financiamento dos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 55

Tabela 6 – Resultados dos indicadores referentes à Integração funcional dos serviços, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 58

Tabela 7 - Resultados dos indicadores referentes aos ambulatórios psiquiátricos e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 59

Tabela 8 - Resultados dos indicadores referentes aos Hospitais-Dia e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 63
Tabela 9 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de internação psiquiátrica na comunidade, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 65
Tabela 10 - Resultados dos indicadores referentes aos serviços residenciais comunitários, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 69
Tabela 11 - Resultados dos indicadores referentes aos hospitais psiquiátricos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 69
Tabela 12 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de psiquiatria forense, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 72
Tabela 13 - Resultados dos indicadores referentes a outros serviços residenciais, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 72
Tabela 14 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de tratamento psicossocial em serviços de saúde, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 74

Tabela 15 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de medicamentos psicotrópicos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 75
Tabela 16 - Resultados dos indicadores referentes à igualdade de acesso aos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 76
Tabela 17 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde com médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 77
Tabela 18 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde sem médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 79
Tabela 19 - Resultados dos indicadores referentes à Interação com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 80
Tabela 20 – Resultados dos indicadores referentes ao número de recursos humanos do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 80
Tabela 21 - Resultados dos indicadores referentes à formação de profissionais em saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005..... 84

Tabela 22 - Resultados dos indicadores referentes às Associações de usuários/consumidores e de familiares, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 86
Tabela 23 - Resultados dos indicadores referentes às atividades de associações de usuários/consumidores, de associações de familiares e de outras ONGs, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 87
Tabela 24 - Resultados dos indicadores referentes à educação da população e campanhas de conscientização sobre saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 89
Tabela 25 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: colaboração formal, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 91
Tabela 26 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: atividades, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005 92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA = Alcoólicos Anônimos

AMBESP-RCH = Ambulatório de Especialidades da Região Central Histórica

AMBESP-ZN = Ambulatório de Especialidades da Zona Noroeste

AMEM = Assistência ao Menor Enfermo Mental

ANS= Agência Nacional de Saúde

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC = autorização de procedimento de alta complexidade

APAE = Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santos

APAEA = Associação dos Pais, Amigos e Educadores de Autistas

APPC = Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral

APS = Atenção Primária à Saúde

BPA = Boletim de Produção Ambulatorial

CACTOS = Centro de Apoio e Recuperação de Dependentes Químicos

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad = Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPS i = Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência

CEAVI = Centro Evangélico de Apoio à Vida

CEMPRI = Centro Municipal de Prevenção Primária ao Uso de Substâncias

CEREX = Associação de Pais Centro de Recuperação dos Excepcionais

CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão

CNSM = Coordenação Nacional de Saúde Mental

CMDCA = Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente

CMSS = Conselho Municipal de Saúde de Santos

COMAD = Conselho Municipal Antidrogas

CONASEMS = Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COS-MENTAL= Coordenadoria de Saúde Mental

CVC = Centro de Valorização da Criança

CVV = Centro de Valorização da Vida

C.T. = Comunidades Terapêuticas

DALY = Disability Adjusted Life Years

DATASUS = Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DEAESP = Departamento de Atenção Especializada

DH = Direitos Humanos

DRS-IV – BS = Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista

EACS = equipe de agente comunitário de saúde

EC 29 = Emenda Constitucional 29

ESF = Estratégia da Saúde da Família

ESP = Estado de São Paulo

FAEC= Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FEBRACT = Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas

FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMS = Fundo Municipal de Saúde

FUNDAP = Fundação do Desenvolvimento Administrativo

HG = Hospital Geral

HGA = Hospital Guilherme Álvaro

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

IDH = Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS = Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social

MP = Ministério Público

NA = Narcóticos Anônimos

NAPNE = Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais

NAPS = Núcleo de Apoio Psicossocial

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NGA-57 = Núcleo de Gestão Assistencial da Aparecida

NM = Nível Médio

NU = Nível Universitário

NUREX = Núcleo de Reabilitação ao Excepcional

OMS = Organização Mundial de Saúde

ONG = Organização Não-Governamental

ONU = Organização das Nações Unidas

OPAS = Organização Pan-Americana de Saúde

PIB = Produto Interno Bruto

PNASH/Psiquiatria = Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PMS = Prefeitura Municipal de Santos

PP = Partido Progressista

PRNR = Programa do Recém-Nascido de Risco

REDUC = Rede Brasileira de Redução de Danos

RH = Recursos Humanos

RMBS = Região Metropolitana da Baixada Santista

SAME = Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCNES = Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde

SEACAUD = Seção de Avaliação, Controle e Auditoria

SEAS = Secretaria de Assistência Social

SECASA = Seção Casa de Apoio e Solidariedade à Pessoa com HIV/AIDS

SECERPA-TL = Seção Centro de Reabilitação Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado

SEDUC = Secretaria de Educação

SEHIG = Secretaria de Higiene e Saúde de Santos

SELAB = Seção Lar Abrigo

SENAT = Seção Núcleo de Atenção ao Toxicômano

SERP = Seção de Reabilitação Psicossocial

SES = Secretaria de Estado da Saúde

SIA/SUS = Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIH /SUS = Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SITOC = Associação Santista de Síndrome de Tourette

SJBV = São João da Boa Vista

SM = Saúde Mental

SMS = Secretaria Municipal de Saúde

SSM = Sistema de Saúde Mental

ST = Síndrome de Tourette

SUS = Sistema Único de Saúde

T.M. = transtorno mental

TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo

UBS = Unidade Básica de Saúde

UNIFESP = Universidade Federal do Estado de São Paulo

UNILUS = Universidade Lusíada

UNIMES = Universidade Metropolitana de Santos

UNISANTOS = Universidade Católica de Santos

WHO-AIMS = World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems

ZN = Zona Noroeste

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Quadros e Figuras 11

Lista de Tabelas 12

Lista de Abreviaturas e Siglas 16

1. Introdução 23

    1.1 Contexto do ano de 2005 31

    1.2 Caracterização do Município de Santos.....32

    1.3 Sistema de Saúde Mental de Santos.....34

2. Objetivo Geral 38

3. Metodologia 38

    3.1. Desenho do estudo 38

    3.2. Instrumento..... 39

    3.3. Procedimento 42

    3.4. Análise dos Dados..... 44

    3.5. Procedimentos Éticos 46

4. Resultados 46

    4.1. Domínio 1 46

    4.2. Domínio 2 58

    4.3. Domínio 3 77

4.4. Domínio 4 80

4.5. Domínio 5 89

4.6. Domínio 6 94

5. Discussão dos resultados 94

6. Conclusão 119

7. Recomendações 121

8. Referências Bibliográficas 123

9. Anexos 132

Anexo 1 – Instrumento “Avalia – CAPS” 133

Anexo 2 – Foto dos Serviços Públicos de Saúde Mental de Santos 135

Anexo 3 - Protocolo da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS 137

Anexo 4 - Territorialização dos serviços de Saúde Mental 138

Anexo 5 – Fluxograma da rede de serviços da saúde mental 139

Anexo 6 – WHO-AIMS: Respostas às perguntas mais freqüentes 141

Anexo 7 – WHO-AIMS: Definições de alguns termos mais freqüentes 145

Anexo 8 - Ofício do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) 151

Anexo 9 – Relação dos Medicamentos de Saúde Mental 152

Anexo 10 – Plano Pluri Anual – Coordenadoria de Saúde Mental – 2005-2008 153

Anexo 11 -Tabela Salarial – Fevereiro 2006 161

1. INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) apontam que “os transtornos mentais acometem aproximadamente 450 milhões de pessoas e estes, ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento”. Estudos têm mostrado que os transtornos psiquiátricos representam uma sobrecarga grande na sociedade, não só pela prevalência alta, maior do que 30% (ALMEIDA FILHO, 1997), mas também pelos dias de vida perdidos com qualidade (DALY). De todos os dias perdidos por problemas de saúde, cerca de 14% são atribuídos às doenças neuropsiquiátricas. Além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área (SAXENA, 2007).

Acresce ainda, que todas as projeções futuras apontam para um aumento significativo dos transtornos mentais e dos problemas de saúde mental. Prevê-se por um lado, um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência, associados ao aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população. Por outro lado, um impacto crescente de problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde mental, como os problemas de violência, abuso de álcool e drogas, delinqüência juvenil e outros.

No Brasil, nas duas últimas décadas, foi desencadeado, com a participação de diversos atores sociais, o processo de reforma da assistência psiquiátrica, inscrita num contexto mundial de mudanças pela superação da violência asilar e em defesa dos direitos humanos.

Esse processo de reforma estabeleceu importantes transformações no campo da atenção à saúde mental, marcado pela mudança do paradigma de um modelo centrado no hospital psiquiátrico, na doença e na segregação das pessoas

portadoras de sofrimento psíquico, para um modelo de serviços de base comunitária, com cuidado personalizado, específico, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar e as redes sociais; "com ênfase na busca da autonomia, liberdade, emancipação e, direito a voz e a escuta" (PEREIRA, 1997).

A partir da segunda metade do século XX, as mudanças dos paradigmas da atenção em Saúde Mental sofreram influência de alguns fatores, como o descobrimento de novas drogas (principalmente os neurolépticos e antidepressivos); o desenvolvimento de novas modalidades de intervenção psicossocial; o movimento em favor dos Direitos Humanos (criação da ONU e o avanço da democracia no mundo); e, a incorporação dos componentes sociais e mentais na definição de Saúde, pela OMS em 1948 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Estava em curso, desde os anos 70, o movimento da Reforma Psiquiátrica, inscrito no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social da época.

Neste período, impulsionado principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, iniciou-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Este movimento, iniciado na Itália, teve repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira "constitui-se num processo político e social complexo e é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais" (BRASIL, 2005a).

No município de Santos, a reforma da atenção psiquiátrica sofreu influência da "Psiquiatria Democrática" italiana (AMARANTE, 1995) e constituiu-se num dos

marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira quando, no ano de 1989, a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos – SEHIG – interveio na Casa de Saúde Anchieta.

A intervenção ocorreu em função das denúncias de maus-tratos, superlotação, abandono e mortes de pacientes, desencadeando uma desapropriação por razões de utilidade pública, o que resultou, entre outras ações, na extinção do manicômio na cidade. Essa intervenção teve repercussão nacional e "demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico" (BRASIL, 2005a).

A Casa de Saúde Anchieta era uma clínica privada, conveniada com o INAMPS e que funcionava há mais de 40 anos atendendo a demanda psiquiátrica da região da Baixada Santista. Nos dois últimos anos de funcionamento, sua taxa de ocupação era de 145%, para 290 leitos e uma média de 470 internados (LANCETTI, 1989).

Segundo Capistrano Filho (1991), o condutor do processo de intervenção:

> [...] foram traçadas duas linhas de trabalho para a efetivação da mudança do modelo assistencial: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova na sociedade em relação aos doentes mentais, estabelecendo no campo conceitual um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria.

Três diretrizes orientaram este processo: desospitalização, desinstitucionalização e resgate dos direitos de cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Estabeleceu-se um novo sistema de referência juntamente com uma rede de apoio e de supervisão. Foram implantados cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), territorializados, que funcionavam 24 horas e atendiam toda a demanda de

saúde mental, inclusive a crise. Na década de 90, essa rede de serviços foi implementada com a criação da Unidade de Reabilitação Profissional - SERP, o Centro de Convivência TAM-TAM e o Lar Abrigo (Casinha). Organizou - se, também, a Associação dos Usuários e Familiares “Franco Rotelli”.

Ainda no final de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei de autoria do Deputado Paulo Delgado que resultou, 12 anos depois, na lei brasileira de reforma psiquiátrica – Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Depois da década de 80, marcada pela “reforma do asilo” e pela “ambulatorização”, inicia-se o período considerado da “máxima intensidade política e normativa da Reforma Psiquiátrica” - de 1990 a 2003 -, tendo o Ministério da Saúde assumido o papel de “ir definindo os rumos desta reforma visando à construção de uma rede de serviços capaz de substituir o sistema hospitalocêntrico” (BRASIL, 2007). Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, comprometendo-se com a reestruturação da assistência psiquiátrica.

Outros fatores foram decisivos neste processo, como a já mencionada aprovação da Lei nº. 10.216 da Reforma Psiquiátrica; a publicação da Portaria GM nº. 336/02 e da Portaria SAS nº. 189/02 – que atualizaram a Portaria GM nº. 224/92, incorporando os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos; a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de funcionamento desses serviços, como por exemplo, a dos serviços NAPS de Santos (ONOCKO CAMPOS, 2006).

Neste contexto, os CAPS assumem um papel relevante para o desenvolvimento de novas práticas, configurando-se como dispositivos estratégicos para a reversão do modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

No caso da Política de Álcool e outras Drogas, a Portaria nº. 816, de abril de 2002, estabeleceu um programa sistemático de implantação de rede assistencial destinada a esta clínica no âmbito da saúde pública.

O Ministério da Saúde ainda editou outras normas importantes como a de expansão dos CAPS infanto-juvenis e a criação do Fórum Intersetorial sobre Políticas de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência; o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708/03 e que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes com longas internações psiquiátricas; as Portarias GM nº. 52/04 e nº. 53/04, instituindo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, e que estabelecem a estratégia de redução progressiva dos leitos nos hospitais de maior porte, aprofundando o alcance das normas anteriores para o sistema hospitalar, especialmente a Portaria nº. 251/02, além de reforçar o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria - PNASH-Psiquiatria. O instrumento de avaliação do PNASH é composto de amplo questionário qualitativo que examina desde a estrutura física do hospital psiquiátrico, passando pela administração, até a assistência técnica em saúde mental e inserção à rede de atenção. Em 2005, foi realizada a segunda avaliação com este instrumento em todos os hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Neste contexto de reforma, a atual Política Nacional de Saúde Mental – PNSM visa

> reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) -; incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa "De Volta Para Casa"; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2008).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, alguns desafios se apresentam para o Brasil, como:

> Fortalecer as políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego; e, aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (BRASIL, 2008).

Assim, entendendo que a Reforma da Assistência Psiquiátrica articula-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pressupõe hierarquização, municipalização, participação e controle social e, por ser um fenômeno recente no Brasil, que se manifesta no contexto da descentralização, onde a responsabilidade pela

implementação de políticas e prestação de serviços foi transferida do nível central para o local, a avaliação e os estudos que contemplem a esfera municipal são fundamentais.

A Reforma da Assistência Psiquiátrica em Santos tem sido considerada uma referência para a elaboração de estratégias e modelos de Políticas em Saúde Mental no Brasil. No entanto, nestes quase 20 anos, apesar dos avanços evidenciados da reforma da assistência psiquiátrica de Santos, não foi realizado monitoramento e avaliação sistemáticos desse processo.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, por meio do instrumento de monitoramento CAPS – 2006[1], realizou o "Avalia -CAPS", mas não ocorreu a discussão do processo, a devolutiva e a análise dos resultados com as equipes dos municípios.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto no qual:

> [...] os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem em ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas. [...] (BRASIL, 2003a).

Em 2005, a OMS consolidou um instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental para uma região, país ou cidade, denominado WHO-AIMS (World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems) e que visa "colher informações essenciais para o fortalecimento de sistemas de saúde mental" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

[1] Anexo 1

O Brasil foi um dos países que utilizou o instrumento WHO-AIMS para avaliar o Sistema de Saúde Mental nacional. Este Projeto contou com a participação de profissionais da OMS, Ministério da Saúde do Brasil e do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e, com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. Em novembro de 2007, os resultados do Relatório da Avaliação do Sistema de Saúde Mental do Brasil foram apresentados em evento realizado na UNIFESP e disponibilizados posteriormente no site oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Diante do exposto e considerando a evolução do cenário da saúde mental nacional e o pioneirismo da reforma psiquiátrica em Santos na efetivação do modelo assistencial de base comunitária, o objetivo deste estudo é descrever o sistema de saúde mental do município de Santos, no ano de 2005, por meio de indicadores de estrutura, identificando possíveis deficiências e pontos fortes.

A relevância deste trabalho está em utilizar um instrumento padronizado e com reconhecimento internacional (WHO-AIMS), pela primeira vez, no sistema da assistência à saúde mental de Santos. Salienta-se, ainda, que as informações geradas poderão contribuir para a reflexão sobre novos direcionamentos e consolidação dos processos. Finalmente, para os gestores locais e os diferentes atores envolvidos no processo da assistência psiquiátrica de Santos - usuários, familiares, trabalhadores - poderá servir de subsídio para a formulação e incremento de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico.

1.1. Contexto do ano de 2005

O ano de 2005 constituiu-se no primeiro ano da nova administração municipal, após duas gestões do Partido Progressista (PP). As áreas da Saúde e da Educação foram consideradas prioridades deste atual governo. Para tanto, na área específica da saúde mental, inicialmente houve investimento financeiro para a aquisição de materiais e equipamentos para as unidades, reforma da estrutura física, aluguel de novos imóveis para a sede de serviços e contratação de recursos humanos, visando dotar as unidades das condições necessárias para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos.

Paralelamente a este processo, foram realizados dois eventos marcantes: a Capacitação *Saúde Mental no SUS: um marco teórico,* cujo objetivo foi contribuir para uma melhor compreensão do campo da SM, a partir de importantes marcos teóricos da Reforma Psiquiátrica, e a *Oficina de Saúde Mental: discussão do Plano de Organização do Trabalho na Rede de Serviços* que, por meio de uma construção coletiva, teve como objetivo possibilitar a ressignificação e otimização do trabalho, bem como estabelecer um plano de trabalho.

Em 2005, outro fato que mereceu destaque foi a assinatura do termo de adesão ao Programa “De Volta para Casa” (PVC) possibilitando, hoje, que 78 usuários sejam beneficiados com o auxílio-reabilitação de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais). Santos foi o primeiro município a aderir a este programa na Baixada Santista.

Ainda neste ano, os leitos do NAPS I, localizado na Zona Noroeste, foram reativados depois do fechamento por mais de um ano, em função da mudança de local para a construção da atual sede. E, criada uma Comissão para proceder a

revisão e atualização da padronização dos psicofármacos utilizados na rede de serviços de Saúde Mental.

1.2. Caracterização do Município de Santos

Localizado no litoral do Estado de São Paulo, é o município pólo da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). É densamente povoado, com características urbanas voltadas para a verticalização. Em 2005, a população residente era de 418.315 habitantes (IBGE), sendo 193.378 do sexo masculino e 224.937 do sexo feminino. Nos meses de férias escolares e feriados prolongados, a população flutuante pode chegar a 1 milhão de pessoas. Abriga aproximadamente 31,5% da população da Baixada Santista.

A **área insular** é densamente urbanizada e abriga 99% da população da cidade. Ela compreende uma parte plana e uma parte composta de morros isolados, de origem antiga e dotados de uma ocupação urbana irregular com uma mescla de luxo e baixa renda. Possui 7 canais principais, que drenam e entrecortam a área da cidade voltada para a baía de Santos. Conta com 57 bairros, sendo 7 na orla marítima; 20 na área central e portuária; 16 nos morros e 14 na zona noroeste.

A **área continental** é quase seis vezes maior do que a área insular e tem cerca de 4 mil moradores. A reserva ecológica corresponde a 87% da área. A partir de 1999, com a aprovação da Lei de Uso e Ocupação do Solo da Região (Lei nº. 359/99), passou a contar com nove bairros regularizados, sendo o Caruara o mais populoso, com cerca de 3.500 habitantes e possui uma policlínica e um posto odontológico. O bairro de Monte Cabrão conta também, com uma policlínica e uma escola municipal de ensino fundamental.

Figura 1 – Mapa do Município de Santos

Fonte: : http://www.santos.sp.gov.br/educacao/AREACO1.HTM

Santos abriga o maior porto da América Latina, que é sua principal atividade econômica, além do turismo, comércio e pesca.

Com relação ao Saneamento Básico, apresenta os seguintes índices: Coleta de lixo (2000): 99,62%; Abastecimento de água (2006): 100%; Esgoto sanitário (2006): 98%; Esgoto sanitário tratado (2003): 100%.

Alguns indicadores de saúde causam preocupação, como a taxa de mortalidade geral que era de 9,23/1000 habitantes (2006), estando acima da taxa do Estado, 5,6/1000 e do País – 6/1000; o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) elevado, entre 14 e 15/1000 nascidos vivos, sendo que as causas perinatais, relacionadas à assistência da gestante no pré-natal e no parto são os principais responsáveis, segundo o Programa do Recém-Nascido de Risco (2006); o coeficiente de mortalidade materna, em torno de 36,75/100.000 (2006); o coeficiente de incidência de AIDS de 19,8/ 100 mil habitantes (essa taxa vem decrescendo nos últimos anos).

A cidade é a 33ª mais rica do país (IBGE, 2007a)[2] e seu PIB de R$ 8,76 bilhões representa 0,41% de todo o PIB brasileiro (IBGE, 2007b)[3]. Seu IDH é 0,871, considerado elevado – 5º no ranking nacional e 3º no Estado de São Paulo (PNUD, 2000). A Taxa de alfabetização é de 96,9% (IBGE, 2005).

Apesar dos bons indicadores sociais, calcula-se que 10% dos santistas vivam na linha da pobreza, principalmente na região central, onde se localizam os cortiços, nos morros e na Zona Noroeste, como o Dique da Vila Gilda e a Vila Alemoa.

Embora Santos apresente uma perspectiva positiva por conta da instalação da base de negócios de gás e petróleo; o crescimento dos investimentos imobiliários; a redescoberta do turismo e os investimentos no porto, a cidade terá como desafio o crescimento sustentável com qualidade de vida.

1.3 Sistema de Saúde Mental (SSM)

O Sistema de Saúde Mental de Santos abrange serviços públicos de gerência municipal e estadual e serviços privados em suas várias modalidades de prestação (filantrópicos, lucrativos e beneficentes). Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), 31 % da população dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (ANS, 2007).

Na esfera pública, o sistema conta com a gestão de serviços municipais a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e no âmbito estadual, do Hospital Guilherme Álvaro (HGA) e do Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista (DRS-IV-BS). A SMS é o órgão do Executivo Municipal responsável pela condução da Política de Saúde de Santos, representando a autoridade sanitária municipal e o gestor local do Sistema Único de Saúde.

---

[2] Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno/Bruto.
[3] Produto Interno Bruto dos Municípios – 2002 a 2005.

A SMS conta com uma Coordenadoria de Saúde Mental (COS-MENTAL), subordinada ao Departamento de Atenção Especializada (DEAESP), cuja missão é

> [...] assegurar a formulação e gestão da Política de Saúde Mental do Município de Santos, em consonância com a Política Estadual e Federal e, a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais e suas famílias. [...]

A Política de Saúde Mental de Santos é baseada nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira, garantindo acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos, ao cuidado em liberdade, ao convívio na família e na comunidade.

O município de Santos possui cinco CAPS III (NAPS- 24h) e um CAPS ad II (SENAT I) cadastrados, conforme preconizado pela Portaria GM nº. 336/2002 e, três Centros de Valorização da Criança (CVCs); uma Seção Centro de Reabilitação Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado (SECERPA-TL); um Centro Municipal de Prevenção Primária ao Uso de Substâncias Psicoativas (CEMPRI); uma Seção Lar Abrigo (SELAB) e uma Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP)[4].

Está previsto na Lei Complementar nº. 542, de 27 de setembro de 2005, que trata da estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Santos, a SENAT II – ZN que deve funcionar como um CAPS ad II. Conta, ainda, com médicos psiquiatras plantonistas (24h), no Pronto-Socorro da Zona Noroeste. Em 2005, funcionava nas dependências do Ambulatório de Especialidades da Região Central Histórica, o Ambulatório de Psicoterapia (atendimento médico-psicológico), extinto no final de 2006. Na gestão estadual, contava com o Núcleo de Gestão Assistencial – Aparecida, referência regional para o atendimento ambulatorial (médico - psicológico

[4] Anexo 2 - Imagens dos serviços.

- assistência social) aos municípios da Baixada Santista, bem como os leitos da Enfermaria de Agudos do HGA e os dos hospitais especializados da região de São João da Boa Vista (localizados a 300 Km de Santos), gerenciados pela Central de Regulação de Vagas, conforme protocolo[5].

Os CAPS III são responsáveis pela maior parte do atendimento prestado ao paciente psiquiátrico adulto da cidade.

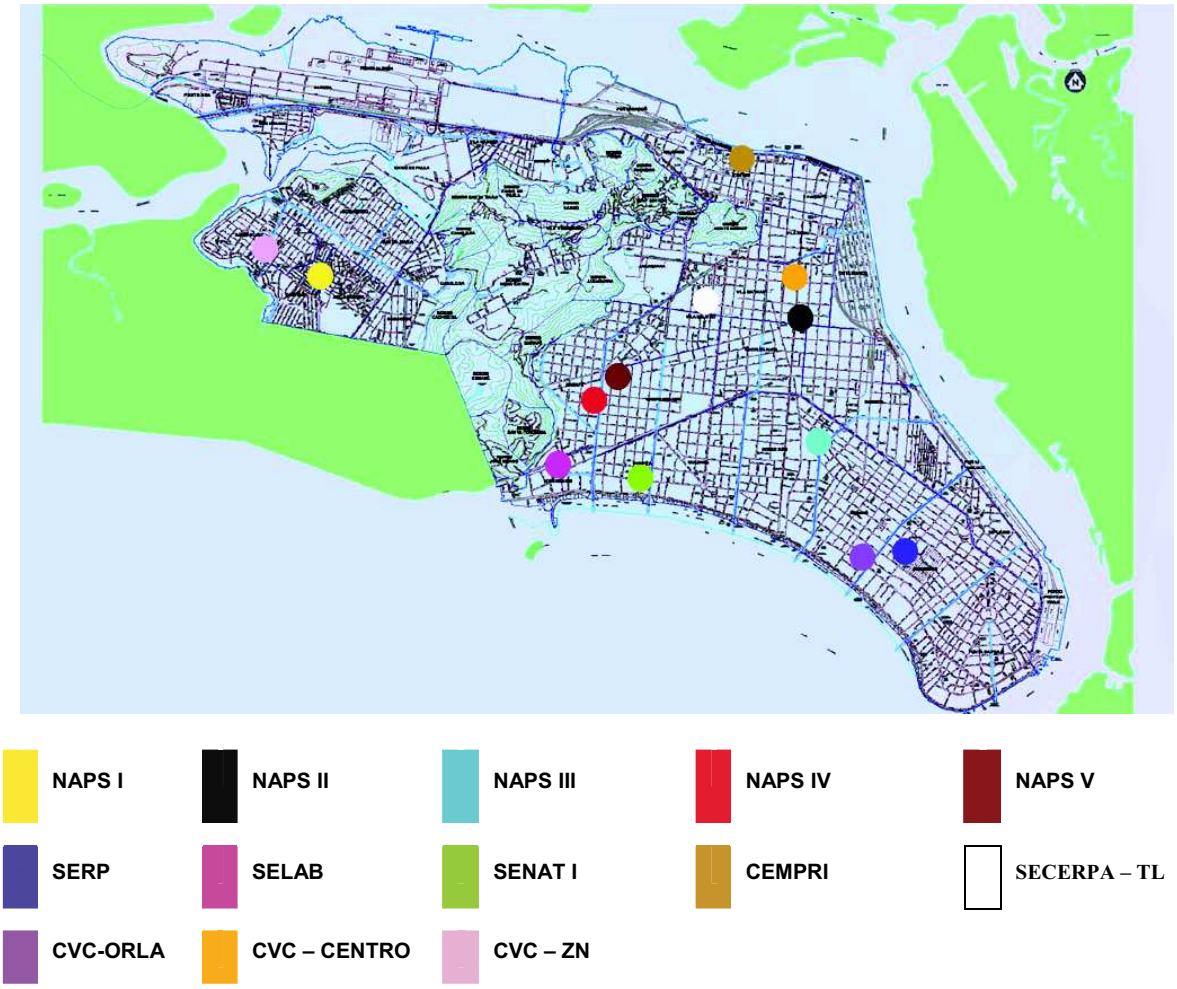
Com exceção da SENAT I, a SECERPA-TL e o CEMPRI que atendem toda demanda referenciada do município, os outros serviços são regionalizados, facilitando, assim, o acesso da população a estas unidades de atendimento de saúde mental[6].

Todas as unidades de saúde mental estão localizadas na área insular, sendo duas na Zona Noroeste, duas na região Central e nove na Zona Leste, conforme pode ser observado na Figura 2.

A Prefeitura de Santos enfrenta dificuldades para a locação de imóveis apropriados para o funcionamento das unidades, em função da característica de verticalização da cidade, sendo que somente o NAPS I funciona em estabelecimento próprio, compondo o Complexo da Zona Noroeste, onde funcionam o Hospital e o AMBESP-ZN.

[5] Anexo 3 - Protocolo da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS.
[6] Anexo 4 - Territorialização dos Serviços de Saúde Mental.

Figura 2 – Mapa da Localização das Unidades de Saúde Mental



Os serviços especializados de SM atendem demanda espontânea e demanda referenciada[7], constituindo-se, muitas vezes, na porta de entrada do sistema para as pessoas em sofrimento psíquico.

Nos serviços CAPS (NAPS e SENAT I), o usuário passa por uma triagem realizada por um técnico (geralmente, o técnico de plantão) e, sendo elegível para o serviço, é encaminhado para avaliação psiquiátrica / clínica e inserido em oficinas e/ou outras atividades. O usuário também é assistido pelos técnicos que compõem a equipe profissional. Para a reabilitação profissional é encaminhado para a SERP.

---

[7] Cf. Anexo 5.

As modalidades de atendimento nos NAPS são: (1) acolhimento noturno, na qual o usuário permanece internado; (2) hospitalidade diurna e (3) ambulatório médico-psiquiátrico de acompanhamento clínico, e incluem as seguintes atividades: (a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); (b) atendimento grupal (grupo terapêutico, grupo operativo, assembléias, oficinas e outras atividades, das quais a família também pode participar); (c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (d) visitas e atendimentos domiciliares; (e) atendimento à família; (f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (passeios, participação em eventos, entre outros).

O financiamento da rede CAPS se dá por recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), em função do faturamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs) e de recurso do teto financeiro do município, faturado pelos outros serviços ambulatoriais, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

2. OBJETIVO GERAL

Descrever o sistema de saúde mental do município de Santos, por meio de indicadores de estrutura, identificando deficiências e pontos fortes, no ano de 2005.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos, baseado na colheita de informações essenciais de saúde mental, segundo instrumento padronizado de colheita de indicadores desenvolvido pela OMS, o WHO-AIMS.

O WHO-AIMS define um sistema de saúde mental como “todas as atividades cujo objetivo primário é promover, restaurar ou manter a saúde mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a). As informações essenciais dizem respeito ao contexto político e legislativo; serviços de saúde mental; saúde mental em cuidados primários de saúde; recursos humanos; educação da população e vínculos com outros setores e; monitorização e pesquisa.

3.2. Instrumento

O WHO-AIMS - World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems – é um novo instrumento da Organização Mundial de Saúde para colher informações essenciais para o fortalecimento do sistema de saúde mental de um país/região ou cidade. Destina-se primariamente à avaliação de sistemas de saúde mental em países de baixa e média renda. No entanto, muitos itens do instrumento são relevantes e aplicáveis a ambientes carentes de recursos em países de alta renda.

Concebido e desenvolvido pela Equipe de Evidência e Pesquisas (MER) do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (MSD) da Organização Mundial de Saúde, com a colaboração de profissionais tanto da OMS como de outros órgãos, este instrumento destina-se a identificar componentes-chave de um sistema de saúde mental e, através deles, prover a informação essencial para fortalecer esses sistemas. Benedetto Sarraceno proporcionou a visão e orientação geral para o desenvolvimento do WHO-AIMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p. 2).

Em 2004, uma versão prévia do instrumento - WHO-AIMS 1.1 - foi testada na Albânia, Barbados, Equador, Índia, Quênia, Letônia, Moldávia, Paquistão, Senegal, Sri Lanka, Tunísia e Vietnã. Esta versão consistia em 10 domínios, cada qual

cobrindo cada uma das 10 recomendações do Relatório Mundial de Saúde 2001, que serviram de fundamento para o WHO-AIMS. A principal conclusão do teste-piloto foi de que “o instrumento é bastante prático por ser compreensível e coletar informações-chave úteis para a ação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p. 3).

As 10 recomendações do Relatório Mundial de Saúde 2001 que abordam os aspectos essenciais do desenvolvimento de sistema de saúde mental são: (1) Prover tratamento para transtornos mentais integrados aos cuidados primários; (2) Assegurar amplo acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais; (3) Prover cuidados na comunidade; (4) Educar o público; (5) Envolver comunidades, famílias e usuários; (6) Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais de saúde mental; (7) Desenvolver recursos humanos; (8) Estabelecer vínculos com outros setores; (9) Monitorizar a saúde mental comunitária; e, (10) Apoiar pesquisas relevantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

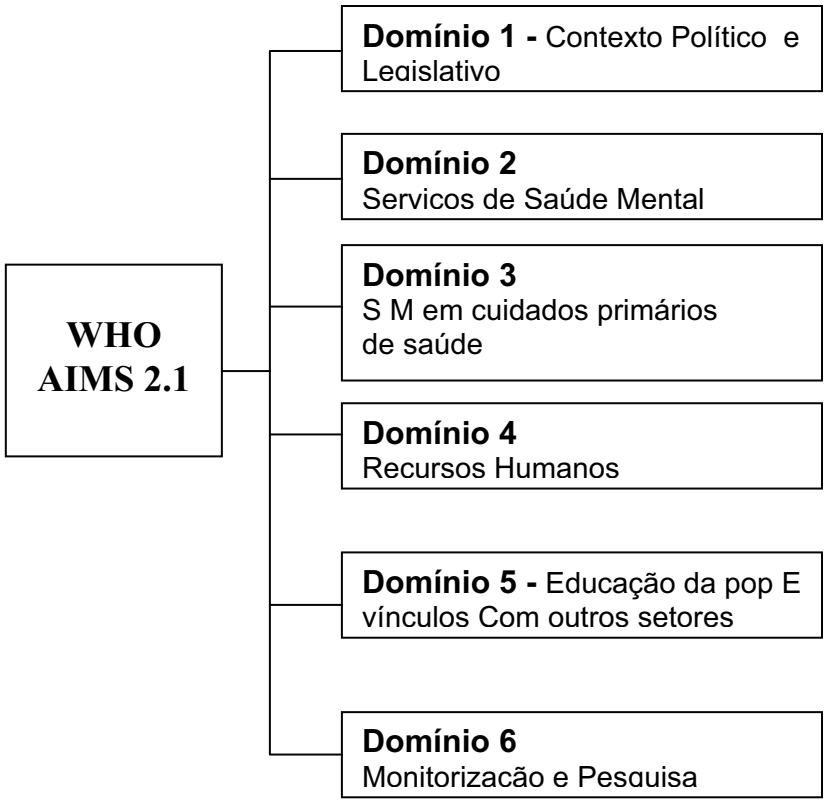
Os peritos e informantes-chave (autoridades sanitárias, profissionais de destaque na área, representantes do Ministério da Saúde, entre outros) de países com poucos recursos contribuíram para assegurar a claridade, a validade e a factibilidade dos itens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Segundo a OMS, para o processo de revisão e condensação foram usadas as seguintes informações: (a) número de países que foram capazes de coletar dados em cada item do estudo piloto, (b) número de países que relataram alguma atividade em saúde mental em cada item do estudo piloto; (c) a ordenação de dados, feita por peritos, do grau de importância para se dispor num item para o planejamento de ações de saúde mental pública em países de baixa e média renda; e (d) a avaliação

de cada item do instrumento, em termos de sua significância, factibilidade e operacionalização (baixa, média e alta).

A versão atual e utilizada neste estudo foi a do WHO-AIMS 2.1, de 2005, que consiste em 6 domínios (que cobrem as 10 Recomendações), 28 facetas (subdomínios) e 156 itens. Os 6 domínios são interdependentes e conceitualmente interligados.

Figura 3 – Domínios do WHO-AIMS 2.1



O manual do WHO-AIMS fornece “Respostas às perguntas mais freqüentes”[8], definições/descrições dos termos em itálico, na seção “Definições de alguns termos mais freqüentes”[9], que devem ser usadas estritamente no contexto deste

[8] Cf. Anexo 6.

[9] Cf. Anexo 7.

instrumento e não como definições oficiais da OMS. Os itens possuem notas explicativas.

Acredita-se que com o WHO-AIMS, os países serão capazes de desenvolver planos de saúde mental baseados em informação com pontos de partida e objetivos claros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p.4).

A utilização do WHO-AIMS 2.1, em Santos, contou com a permissão prévia da Organização Mundial de Saúde para a aplicação neste estudo.

3.3. Procedimento

Inicialmente, estabeleceu-se um plano de ação que contou com três fases: Fase Preliminar; Fase de colheita de dados e Fase após a colheita de dados.

Na fase preliminar foi realizada uma leitura detalhada do instrumento WHO-AIMS visando à familiarização com o instrumento e o material de apoio, dar uma idéia do tipo de dados a serem colhidos, a identificação de possíveis instituições / organizações onde se poderiam obter as informações; pensar sobre a disponibilidade, outras fontes e soluções referentes às informações e criar uma visão geral da situação de colheita de dados.

Nesta fase foi traçado um plano de colheita de dados, com a descrição para cada item de como coletar os dados, quais as instituições / organizações / serviços / pessoas a serem contatadas, qual o método potencial de colheita (contatos diretos, telegramas, e-mails, telefone, cartas, ofícios, etc) e o cronograma do trabalho.

O cronograma do trabalho levou em conta o prazo para a sua organização; a colheita de dados no âmbito nacional, regional e municipal, bem como nos serviços; possíveis confirmações / esclarecimentos dos dados e a transferência dos mesmos para o programa de entrada de dados Excel do WHO-AIMS.

Na fase seguinte, a colheita de dados propriamente dita, foram relacionados

para cada serviço pesquisado (hospital psiquiátrico; unidade psiquiátrica em hospital geral, leitos na comunidade, ambulatório de saúde mental, residência protegida, hospital-dia, clínica de cuidados primários) os números dos itens do WHO-AIMS correspondentes e elaboradas as perguntas para cada um desses itens, com o auxílio das definições e notas relevantes necessárias para responder às questões.

Ao contatar as instituições / serviços / informantes-chave (coordenadores de saúde do município de Santos – Atenção Básica; Estratégia da Saúde da Família; Saúde Mental; Formação e Educação Permanente - e, das regionais da Baixada Santista e São João da Boa Vista, chefes de serviços, e/ou pessoas que trabalham com as informações e sistematização de dados do serviço em questão, por exemplo), foi esclarecido o objetivo do estudo e do instrumento WHO-AIMS, e entregue um ofício do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)[10].

Neste estudo, alguns dados foram obtidos por meio dos sistemas oficiais de informação, a saber: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), utilizando o Tabwin como ferramenta, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Por ser um instrumento internacional, algumas adaptações e dificuldades ocorreram nesta fase e que merecem destaque. Por exemplo, os serviços CAPS III (NAPS), que funcionam 24 horas, regionalizados e comunitários, neste estudo foram enquadrados em três tipos de serviços mencionados no instrumento: ambulatório, hospital-dia e leitos na comunidade. Outro aspecto, foi se apropriar da terminologia e

[10] Cf. Anexo 8.

definição utilizadas no instrumento que ocasionalmente, suscitou dúvidas. Os sistemas oficiais de informação disponíveis que são mais voltados para a lógica do financiamento das ações e não para a epidemiologia, e, que muitas vezes, não contam com série histórica, não possibilitaram o levantamento de alguns dados referentes ao ano de 2005. Ainda, podemos mencionar a demora no retorno das informações solicitadas, falta de respostas e dificuldades em estabelecer contato, mesmo quando agendado previamente. Com os imprevistos ocorridos durante o processo, o prazo final para execução do Plano de Colheita de Dados foi de sete meses.

Após a colheita de dados, o registro foi feito na planilha do Programa Excel de Registro de Dados do WHO-AIMS, em inglês, fornecido pela OMS e de autoria de Katharine Deighton. Para esse estudo, as respostas foram transportadas para o instrumento traduzido para o português.

3.4. Análise dos Dados

Há três tipos de medidas no WHO-AIMS: numéricas; categóricas e proporções. As variáveis numéricas e proporções, em alguns itens, necessitaram de cálculos para gerar os indicadores definitivos. Abaixo, exemplo dessas medidas é descrito:

a) Numérica

ITEM 2.3.1	**Disponibilidade de *hospitais de dia psiquiátricos***
DEFINIÇÃO	Número de *hospitais de dia psiquiátricos*

MEDIDA	Número; UN = desconhecido

b) Categórica

ITEM 3.2.8	**Prescrição por enfermeiros**
DEFINIÇÃO	A legislação sanitária autoriza *enfermeiros de cuidados primários* de saúde a prescrever e ou renovar a prescrição de medicamentos
MEDIDA	A = **não autoriza**
	B = os enfermeiros de cuidados primários de saúde têm permissão para prescrever, mas **com restrições** (p.ex. não tem permissão para prescrever, mas, sim, para renovar uma prescrição, ou têm permissão para prescrever apenas em emergências, ou têm permissão para entregar medicamentos, mas são formalmente proibidos de prescrever)
	C = os enfermeiros de cuidados primários de saúde têm permissão para prescrever **sem restrições**

c) Proporção

ITEM 2.4.8	**Internações de crianças e adolescentes em unidades de internação psiquiátrica na comunidade**
DEFINIÇÃO	Proporção de internações de crianças e adolescentes em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade*
MEDIDA	Proporção; UN = desconhecido; NA= não aplica
NUMERADOR	*Número de internações* de pacientes com 17anos ou menos *em unidades de internação psiquiátrica na comunidade*
DENOMINADOR	*Número de internações* em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade* (**#)**
NOTAS	Conte pacientes com 17 anos ou menos tratados tanto em serviços de adultos ou como nas unidades especializadas em crianças e adolescentes.

Nos itens de múltipla escolha, foram utilizadas fontes de dados que ajudaram

numa melhor estimativa e que incluíram consulta a fontes secundárias de dados, informantes-chave, peritos da área, entre outros e que estarão discriminados nos resultados, assim como qualquer outra informação adicional para a compreensão do indicador.

3.5. Procedimentos éticos

Este trabalho de dissertação faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "*Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial",* aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, processo nº 1317-20-2006.

4. RESULTADOS

4.1. Domínio 1 - Contexto Político e Legislativo

Tabela 1 – Resultado dos indicadores de Política de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÌNIO	RESULTADO
ITEM 1.1.1	Data da versão mais recente da política de saúde mental	2005
ITEM 1.1.2	Conteúdo da política de Saúde mental	
	1. Organização dos serviços: Desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitária.	SIM
	2. Organização dos serviços: Redução dos grandes hospitais psiquiátricos.	SIM
	3. Organização dos serviços: Desenvolvimento de um componente de saúde mental nos cuidados primários de saúde	SIM
	4. Recursos humanos	SIM
	5. Envolvimento de usuários e seus familiares.	SIM
	6. Advocacia e promoção.	SIM
	7. Proteção dos direitos humanos dos usuários.	SIM
	8. Acesso aos serviços de saúde mental igual para os diferentes grupos.	SIM
	9. Financiamento Melhoria da qualidade.	SIM
	10. Melhoria da qualidade.	SIM

	11. Sistema de monitorização.	SIM
ITEM 1.1.3	Medicamentos psiquiátricos incluídos na lista de medicamentos essenciais	
	1. Antipsicóticos	SIM
	2. Ansiolíticos	SIM
	3. Antidepressivos	SIM
	4. Estabilizadores do humor	SIM
	5. Anticonvulsivante	SIM

Em relação à Política de Saúde Mental, o WHO-AIMS define que “implica em um conjunto organizado de valores, princípios e objetivos para melhorar a saúde mental e reduzir os danos causados à população pelos transtornos mentais”.

A última versão da Política Nacional de Saúde Mental é de 2005, e baseia-se nos seguintes documentos: (1) “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil”. Coordenação Nacional de Saúde Mental: Ministério da Saúde/ SAS/ DAPE/ Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005 e (2) Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, OPAS, Brasília, Novembro, 2005.

Os resultados obtidos no estudo e apresentados na Tabela 1 mostraram que o conteúdo da Política de Saúde Mental apresenta todos os componentes preconizados no instrumento WHO-AIMS.

Em relação à Assistência Farmacêutica, disponibiliza-se gratuitamente, medicamentos psicotrópicos de todas as categorias – antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e anti-convulsionantes - que constam da lista de medicamentos essenciais preconizados pela OMS. Além dos medicamentos da lista dos essenciais, o município é contemplado com uma ampla e diversificada relação de medicamentos do Programa de Assistência Farmacêutica – Dose Certa

Saúde Mental e do Programa de Dispensação em Caráter Excepcional, que contam com investimento financeiro das três esferas de governo[11].

Tabela 2 – Resultado dos indicadores do Programa de Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÌNIO	RESULTADO
ITEM 1.2.1	Ano da versão mais recente do programa de saúde mental.	2005
ITEM 1.2.2	Conteúdo do(s) programas(s) de saúde mental:	
MEDIDA	1. Organização dos serviços: desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitária	SIM
	2. Organização dos serviços: redução dos grandes hospitais psiquiátricos	SIM
	3. Organização dos serviços: reforma dos hospitais psiquiátricos para prover cuidados mais abrangentes	SIM
	4. Organização dos serviços: desenvolvimento de um componente de saúde mental integrado aos cuidados primários de saúde	SIM
	5. Recursos humanos	SIM
	6. Envolvimento de usuários e seus familiares	SIM
	7. Advocacia e promoção	SIM
	8. Proteção dos direitos humanos dos usuários	SIM
	9. Acesso aos serviços de saúde mental igual para os diferentes grupos	SIM
	10. Financiamento	SIM
	11. Melhoria da qualidade	SIM
	12. Sistema de monitorização	SIM
ITEM 1.2.3	Estratégias do programa de saúde mental mais recente.	
	1. Menciona-se o orçamento do programa de saúde mental mais recente.	SIM
	2. Descreve-se o cronograma do programa de saúde mental mais recente.	SIM
	3. Mencionam-se os objetivos específicos do programa de saúde mental mais recente.	SIM
	4. Algum dos objetivos identificados pelo programa de saúde mental mais recente foi alcançado dentro do último ano?	SIM
ITEM 1.2.4	Data da versão mais recente de um plano de preparação para ações de saúde mental em caso de desastres/catástrofes.	NA = não se aplica

[11] Cf. Anexo 9.

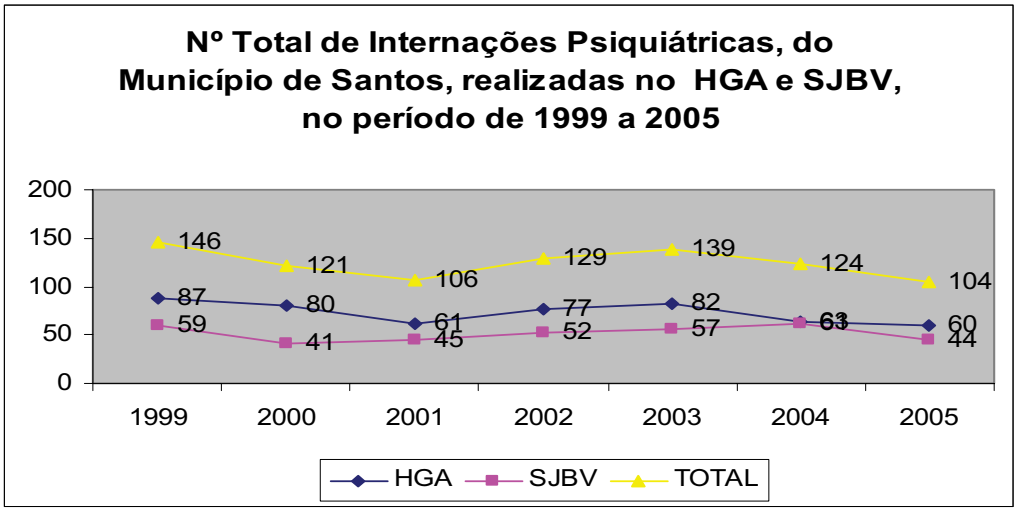
Segundo o WHO-AIMS (2005):

> Um programa de saúde mental é um esquema pormenorizado de ações de saúde mental que habitualmente inclui a formulação de prioridades e o estabelecimento de um cronograma e dos recursos necessários. Usualmente, inclui ações para promover a saúde mental, prevenir os transtornos mentais e tratar as pessoas com doenças mentais.

O Programa de Saúde Mental de Santos foi pormenorizado no Plano Plurianual (2005-2008)[12] e no Orçamento Programa Anual, contemplando ações de saúde mental voltadas para a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e inclusão social. A COS-MENTAL definiu as prioridades e propôs um cronograma de ação. A dotação orçamentária foi realizada pela área administrativo-financeira da SMS.

Desde 1989, Santos não possui hospital psiquiátrico, mas possui leitos especializados de referência, no Instituto Espírita Américo Bairral e na Clínica de Repouso Itapira, da regional de São João da Boa Vista (SJBV), a 300 Km de Santos. Na tabela 2, itens 2 e 3, vale destacar o importante papel da Central de Regulação de Vagas do atual Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista na regulação das internações psiquiátricas de Santos e região, como também a sua articulação com a Central de SJBV. Some-se a este trabalho o desenvolvido pela rede de serviços substitutivos, traduzindo-se no decréscimo do número total de internações e nas realizadas nos hospitais de SJBV, conforme Figura 4:

Figura 4 - Série Histórica das Internações Psiquiátricas de Pacientes Moradores de Santos.



Fonte: Central de Regulação de Vagas de SJBV (sem os "moradores") e SAME-HGA.

Embora a Política de Saúde Mental de Santos tenha em suas diretrizes o respeito aos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, a articulação / integração com entidades representativas e defensoras dos Direitos Humanos não ocorreu de maneira sistemática. Não foram realizadas vistorias periódicas nos serviços de saúde mental.

Tabela 3 – Resultado dos indicadores da Legislação em Saúde Mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 1.3.1	Versão mais recente da legislação de saúde mental.	2005
ITEM 1.3.2	Conteúdo da legislação de saúde mental.	
	1. Acesso aos cuidados de saúde mental, incluindo o acesso a cuidados o menos restritivo possível.	SIM
	2. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental, de seus familiares e de outros cuidadores.	SIM
	3. Competência, capacidade e medidas de proteção para os doentes mentais.	SIM
	4. Tratamento voluntário e involuntário.	SIM

[12] Cf. Anexo 10

	5. Credenciamento de profissionais e de serviços.	SIM
	6. Aplicação da lei e outras medidas do sistema judicial para pessoas com doenças mentais.	SIM
	7. Mecanismos de fiscalização de internações involuntárias e de práticas terapêuticas.	SIM
	8. Mecanismos de implementação das provisões legais relativas à saúde mental.	SIM
ITEM 1.3.3	Procedimentos e documentação padronizados para a implementação da legislação.	E = todos ou quase todos os componentes da legislação de SM

Neste estudo, a legislação de saúde mental refere-se:

> às provisões legais específicas primariamente relacionadas com a saúde mental. Essas provisões normalmente abordam a proteção dos direitos humanos e civis de pessoas com transtornos mentais, os serviços de tratamento, o pessoal, a formação profissional e a estrutura dos serviços (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p. 22).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, constitui-se num marco legal na área da saúde mental.

O município de Santos possui legislação própria de saúde mental, bem como se orienta pelos preceitos legais de nível nacional. Existem os procedimentos e documentações padronizados para a implementação de todos os componentes da legislação.

É válido ressaltar a legislação que normaliza os convênios com Comunidades Terapêuticas (C.T.) e estabelece o valor per capita de até R$ 1.000,00 (hum mil reais) por usuário atendido/mês. Foi criada uma Comissão de Avaliação das Comunidades Terapêuticas, composta por representantes da Coordenadoria de Saúde Mental, Vigilância Sanitária, Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e Conselho Municipal de Saúde de Santos (CMSS) que vistoriaram 8 C.T. inscritas na

Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e localizadas no município ou próximas. Este trabalho de avaliação foi executado com instrumental baseado no Roteiro de Inspeção em Comunidades Terapêuticas para Dependentes de Substâncias Psicoativas, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde – ANVISA (RDC nº101/01). O objetivo era estabelecer novos convênios, diagnosticar a situação atual, acompanhar e monitorar as C.T.. Foi solicitado o convênio com quatro Comunidades Terapêuticas para o atendimento à demanda de adultos e adolescentes (ambos os sexos).

Quadro 1 – Principais Marcos Legais do Brasil e do Município de Santos

SANTOS	BRASIL
• Lei 1.984, de 12/12/2001 – institui no calendário oficial do município a Semana de Combate à Depressão. • Lei 1.986, de 12/12/2001 – institui campanha de prevenção à depressão pós-parto. • Lei 1.989, de 13/12/2001 - institui o estudo da DQ e suas conseqüências neuropsicosociológicas no currículo escolar municipal. • Lei 2.031, de 26/06/2002 e Lei 2.352, de 22/12/2005 – Normatiza os convênios com Comunidades terapêuticas e estabelece o valor per capita. • Lei 2.092, de 25/03/2003 – institui o mês da Saúde Mental. • Lei Complementar 542, de 27/09/2005 – Estabelece a estrutura organizacional da PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, a composição das unidades administrativas, cargos em comissão e funções gratificadas que menciona e dá outras providências.	• Portaria MS nº 224, de 29/01/1992. • Portaria MS nº 106, de 11/02/2000. • Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001 (reorientação do modelo). • III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). • Portaria GM nº 336, de 19/02/2002. • Portaria SAS nº 189, de 20/03/2002. • Portaria GM nº 816, de 30/04/02. • Portaria GM nº. 251, de 31 de janeiro de 2002 - PNASH-Psiquiátrico. • Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003 (Programa De Volta Para Casa) • Portaria Interministerial 1055 – Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (2006). • Decreto 6177/2007 – Aprova Política Nacional sobre o Álcool.

• Lei 2.465, de 06/07/2007 – Tutela e guarda da pessoa portadora de deficiência mental.	

Fonte: https://www.egov.santos.sp.gov.br/legis/ e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Tabela 4 – Resultados dos indicadores referentes à Implementação da monitorização dos direitos humanos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 1.4.1	Há órgãos fiscalizadores, tanto no âmbito nacional como no regional, com autoridade para:	
	Efetuar inspeções regulares dos serviços de saúde mental	SIM
	Examinar as internações involuntárias e os procedimentos de alta	SIM
	Examinar os processos de investigação de queixas e reclamações	SIM
	Impor sanções (p.ex., cancelar um credenciamento, impor penalidades ou fechar os serviços que persistam na violação dos direitos humanos)	SIM
ITEM 1.4.2	Proporção dos hospitais psiquiátricos com no mínimo uma revisão/inspeção externa anual da proteção dos direitos humanos dos pacientes.	100%
ITEM 1.4.3	Proporção de unidades de internação psiquiátrica comunitária e de residências protegidas com no mínimo uma revisão/inspeção externa anual da proteção dos direitos humanos dos pacientes.	0%
ITEM 1.4.4	Formação da equipe de hospitais psiquiátricos em proteção dos direitos humanos dos pacientes.	U N= desconhecido
ITEM 1.4.5	Formação da equipe de unidades de internação psiquiátricas comunitárias e de residências protegidas em proteção dos direitos humanos dos pacientes.	86%

Há órgãos fiscalizadores dos Direitos Humanos, tanto no âmbito nacional como no regional e municipal, com autoridade para efetuar inspeções regulares dos serviços de saúde mental; examinar as internações involuntárias e os procedimentos de alta; examinar os processos de investigação de queixas e reclamações e, impor sanções (p.ex., cancelar um credenciamento, impor penalidades ou fechar os serviços que persistam na violação dos direitos humanos). São estes: Coordenação Nacional de Saúde Mental/ MS; Departamento Regional de Saúde da Baixada

Santista; Ministério Público de Santos; Ouvidoria da PMS; Conselho Municipal de Saúde de Santos (CMSS) e Vigilância Sanitária. No entanto, os serviços de saúde mental não são visitados regularmente por estes órgãos representativos.

Em Santos, o Ministério Público (MP) é o órgão responsável pela fiscalização e acompanhamento das internações involuntárias, mas os profissionais dos serviços da rede de atendimento a adultos articulam-se esporadicamente com o MP e poucos se apropriaram da Lei 10.216/01. Já os serviços de atenção a crianças e adolescentes utilizam-se mais dos dispositivos legais e articulam com os órgãos representativos.

As revisões e inspeções anuais da proteção dos direitos humanos dos pacientes são realizadas nos dois hospitais especializados da região de São João da Boa Vista, referência para Santos.

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostraram que as inspeções externas não foram realizadas nos NAPS, Hospital Guilherme Álvaro e Lar Abrigo.

No campo dos Direitos Humanos e da Saúde Mental, vale ressaltar a articulação da Coordenadoria de Saúde Mental de Santos e a Promotoria da Vara da Infância e Juventude de Santos, na discussão da Política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente, o que resultou numa melhor compreensão dos princípios, diretrizes e das ações de saúde mental. Em 2007, após 2 anos tramitando processo na Secretaria de Estado da Saúde, o Hospital Pinel - SP passou a ser referência para a internação SUS de adolescentes atendidos no Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado, em função da interferência da Promotoria de Santos.

Outro órgão que teve um papel relevante para o usuário e sua família, bem como para o gestor, foi a Ouvidoria, que contribuiu tanto para a garantia dos direitos como para o aperfeiçoamento da atenção prestada ao munícipe.

Com relação à formação das equipes em proteção dos direitos humanos dos pacientes, nas unidades de internação psiquiátrica comunitária e de residências protegidas, com exceção do Hospital Guilherme Álvaro (gerência estadual), os NAPS e o Lar Abrigo, subordinados à COS-MENTAL/SMS, realizaram reuniões de equipe, assembléias com usuários, familiares e trabalhadores, supervisão e eventos afins, perfazendo 86% dos serviços desta categoria.

O resultado sobre a formação das equipes em proteção dos direitos humanos dos pacientes, nos hospitais psiquiátricos, é desconhecido.

Tabela 5 - Resultados dos indicadores referentes ao financiamento dos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 1.5.1	Proporção dos gastos totais de saúde do departamento/ministério/secretaria com saúde mental	5%
ITEM 1.5.2	Proporção dos gastos de saúde mental com hospitais psiquiátricos	0,006%
ITEM 1.5.3	Cobertura dos transtornos mentais pelo esquema de previdência/seguro social	E = todos os transtornos mentais e todos os problemas mentais de relevância clínica são cobertos
ITEM 1.5.4	Proporção da população com acesso gratuito (cobertura de 80%, no mínimo) aos medicamentos psicotrópicos essenciais.	100%
ITEM 1.5.5	Proporção do salário mínimo diário que um usuário necessita para pagar, sem nenhum reembolso, por um dia de medicação antipsicótica, usando o mais barato medicamento antipsicótico disponível e sem nenhum reembolso.	5%
ITEM 1.5.6	Proporção do salário mínimo diário que um usuário necessita para pagar, sem nenhum reembolso, por um dia de medicação antidepressiva, usando o mais barato	8%

	antidepressivo disponível e sem nenhum reembolso.	

De acordo com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde / SIOPS – 2005, o município de Santos aplicou R$ 145.000.000,00 (cento e quarenta e cinco milhões) com ações e serviços públicos de saúde. Destes, 64% são recursos próprios aplicados em Saúde, incluindo as despesas de R$ 8.763.883,33 (oito milhões, setecentos e sessenta e três mil, oitocentos e oitenta e três reais e trinta e três centavos) com inativos e pensionistas e os recursos de transferências do SUS que foram de R$ 51.723.282,06 (cinqüenta e um milhões, setecentos e vinte e três mil, duzentos e oitenta e dois reais e seis centavos) (36%).

Segundo o WHO-AIMS (2005), o gasto com os serviços de saúde mental “é o dinheiro efetivamente desembolsado”. Com relação a este indicador, existe uma baixa consistência das bases de dados agregados sobre financiamento em saúde mental. No entanto, levando-se em consideração a estimativa de gastos com recursos humanos (R$ 6.096.219,16), medicamentos (R$ 720.000,00), aquisição de materiais/equipamentos, alimentação e reformas (R$ 350.000,00 - correspondendo a R$ 2.243,60/mês por unidade (13), o montante total foi de aproximadamente R$ 7.166.219,16 (sete milhões, cento e sessenta e seis mil, duzentos e dezenove reais e dezesseis centavos), correspondendo a 5% do total de gasto com Saúde (R$ 144.964.652,64, ou seja, aproximadamente 145 milhões).

Do gasto estimado com Saúde Mental, 10% foram aplicados com medicamentos, 5% com a aquisição de materiais, equipamentos, alimentação e reformas, sendo que a maior sobrecarga para o município foi relacionada aos recursos humanos (RH): 85%.

Para o cálculo dos gastos com medicamentos, foram considerados os 12 itens adquiridos pelo próprio município (antipsicótico, antiparkinsoniano e ansiolítico), no valor médio estimado em R$ 1,00 (hum real), correspondente à média do valor de um dia dessas medicações, e para uma média de 2.000 usuários (considerou-se que os demais usuários do sistema foram beneficiados com os medicamentos fornecidos / repassados por meio do fundo do Estado - DRS-IV-BS / SES).

Para o cálculo do RH, considerou-se a tabela salarial de fevereiro de 2006[13], décimos terceiros salários e 12% de encargos trabalhistas para um contingente de profissionais de: 24 médicos (40h/s), 85 profissionais de NU (40h/s), 118 auxiliares de enfermagem (40h/s), 26 oficiais administrativos (40h/s), 21 acompanhantes terapêuticos (40h/s) e 4 ajudantes gerais (40h/s), referentes à rede de serviços da COS-MENTAL/SMS. Não foram considerados os plantões nem as horas-extras.

Ainda, no ano de 2005, o município contou com a verba de incentivo do cadastro dos CAPS, no valor de R$ 250.000,00, repassada pelo MS e com uso exclusivo da SM, que foi utilizada para a aquisição de materiais e equipamentos e, com a verba do faturamento da rede CAPS (R$ 991.456,30), referente às APACs (extra-teto), agregada nos recursos de transferência do SUS. Indiretamente, beneficiou-se dos medicamentos fornecidos por meio do fundo do Estado - DRS-IV-BS / SES.

Do total do gasto com SM, as internações psiquiátricas representaram 0,006%, um valor bastante reduzido quando comparado com a média nacional refletindo o investimento que Santos vem realizando na implantação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Para o cálculo deste indicador foi considerado o número de 120 internações, o valor médio de AIH / Itapira (SIH/SUS) de R$ 681,19 e

[13] Cf. Anexo 11.

o tempo médio de permanência de 18 dias, totalizando R$ 49.045,58 (quarenta e nove mil, quarenta e cinco reais e cinqüenta e oito centavos).

4.2. Domínio 2 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Tabela 6 - Resultados dos indicadores referentes à Integração funcional dos serviços, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.1.1	Existência e funções de uma "autoridade de saúde mental" municipal	SIM
ITEM 2.1.2	Organização dos serviços de saúde mental por zonas de captação	SIM
ITEM 2.1.3	Hospitais psiquiátricos integrados funcionalmente aos ambulatórios psiquiátricos.	0

Na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, existe formalmente a Coordenadoria de Saúde Mental, subordinada ao Departamento de Atenção Especializada.

Conforme a Lei Complementar nº 542, de 27/09/2005, Artigo 270, foram estabelecidas as competências do Coordenador de Saúde Mental:

> [...] supervisionar: o funcionamento e a ação multidisciplinar das unidades integradas de SM; o equipamento das unidades de prestação de serviço referente à SM; o desenvolvimento de ações e programas de SM do município; as parcerias necessárias ao aprimoramento das ações junto aos portadores de deficiências mentais; informação, educação e treinamento dos profissionais da SM; as unidades subordinadas, executando outras tarefas correlatas, a critério do chefe do DEAESP. [...]

Os dois hospitais psiquiátricos de SJBV não estão funcionalmente integrados aos serviços ambulatoriais de Santos, pois não existe um sistema informatizado para este fim e não houve esta discussão no âmbito das duas regionais envolvidas

(Baixada Santista e SJBV) e o município. Existe um formulário de contra-referência que é encaminhado para o DRS-IV-BS e, posteriormente enviado ao município.

Tabela 7 - Resultados dos indicadores referentes aos ambulatórios psiquiátricos e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.2.1	Disponibilidade de serviços ambulatoriais psiquiátricos.	11
ITEM 2.2.2	Número de usuários tratados nos ambulatórios psiquiátricos, por 100,000 habitantes (população geral).	2.155
ITEM 2.2.3	Proporção estimada de mulheres tratadas nos ambulatórios psiquiátricos	50%
ITEM 2.2.4	Proporção de usuários adultos tratados nos ambulatórios psiquiátricos por diagnóstico da CID-10	
MEDIDA	1.Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	4%
	2. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20--F29)	26%
	3. Transtornos de humor (afeto) (F30-F39)	35%
	4.Transtornos neuróticos, relacionadas com o estresse e somatomorfos (F40-F48)	27%
	5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60-F69)	0,4%
	6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico)	8%
ITEM 2.2.5	Média de contactos, por usuário tratado em ambulatório psiquiátrico.	38,5
ITEM 2.2.6	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários tratados em ambulatórios psiquiátricos.	16%
ITEM 2.2.7	Proporção de ambulatórios psiquiátricos exclusivos para crianças e adolescentes.	36%
ITEM 2.2.8	Proporção de ambulatórios psiquiátricos que seguem rotineiramente os pacientes na comunidade.	55%
ITEM 2.2.9	Proporção de ambulatórios psiquiátricos que têm equipes clínicas móveis que prestam regularmente atendimento fora do serviço.	9%

Neste estudo, os NAPS (CAPS III) foram enquadrados em três categorias de “serviços” levando-se em consideração as modalidades de atendimento: a) acolhimento noturno, na qual o usuário permanece internado; b) hospitalidade diurna

e c) ambulatório médico-psiquiátrico. Os dados referentes aos NAPS foram obtidos a partir do levantamento dos prontuários do ano de 2005 e os parâmetros para a definição do percentual de usuários atendidos por tipo de modalidade de atendimento, do artigo “Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil.” (ANDREOLI et al, 2004) que estabelece 5% de HD e 3% de internados, sendo que os 92% restantes foram considerados ambulatoriais.

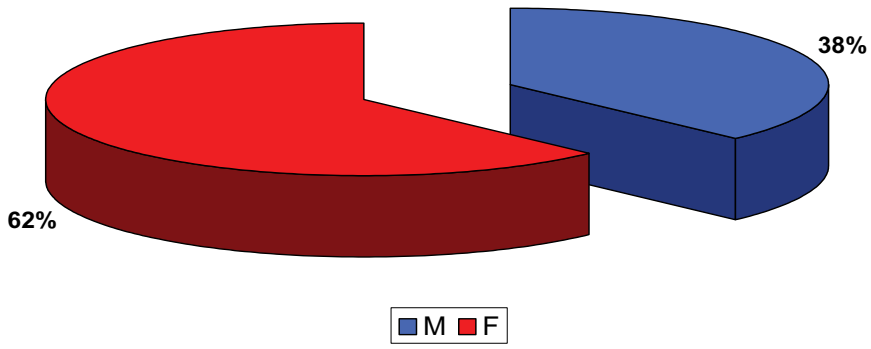
Conforme definição do WHO-AIMS para ambulatório psiquiátrico, consideramos 11 serviços que prestam cuidado ambulatorial: 05 NAPS; 01 Ambulatório de Psicoterapia (AMBESP - Região Central); 01 Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-57/Aparecida); 03 Centros de Valorização da Criança - CVC’s e 01 Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – Tô Ligado - SECERPA-TL que prestam atendimento a crianças e adolescentes. Conforme preconiza o instrumento, a SENAT I não foi incluída porque “trata apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p.14).

De acordo com o levantamento dos prontuários de 2005, os NAPS atenderam um total de 4.240 usuários, sendo que na categoria ambulatório, conforme o parâmetro utilizado neste estudo – 92% - totalizou 3.900 usuários. Com exceção dos NAPS, os dados referentes ao número total de usuários atendidos ambulatorialmente foram registrados e fornecidos por relatórios da própria unidade: NGA 57/Aparecida= 2.617; AMBESP- RCH= 1.031; CVC´s= 970 e SECERPA-TÔ LIGADO= 496.

O número total de usuários tratados ambulatorialmente foi de 9.014, perfazendo 2.155 por 100,000 habitantes da população geral (418.315 habitantes-IBGE, 2005).

A proporção estimada de mulheres atendidas nos serviços ambulatoriais foi de 50%, tendo sido considerado o dado geral dos NAPS (Figura 5), como a melhor informação disponível, perfazendo 2.646 mulheres, NGA-57-Aparecida=641, AMBESP-RCH=710, CVC's=291 e Tô Ligado=198, para uma população total de 9.014 usuários tratados nestes serviços. Excluindo os NAPS, para os serviços ambulatoriais de adultos, NGA-57-Aparecida e AMBESP-RCH, a proporção foi de 37% para um total de 3.648 usuários atendidos. Para os serviços ambulatoriais infanto-juvenil, a proporção de mulheres foi de 33%, para um total de 1.466 usuários.

Figura 5 - Percentual dos Usuários Atendidos nos NAPS, por sexo, no ano de 2005.



Para a proporção de usuários adultos tratados por diagnóstico da CID-10, também consideramos o dado geral dos NAPS como a melhor informação disponível para "ambulatório psiquiátrico". As informações do NGA-57-Aparecida e do AMBESP-RCH foram fornecidas pelas próprias unidades, sendo o perfil dos usuários tratados característico de um ambulatório psiquiátrico (Quadro 2). Os sistemas

oficiais de informação não dispunham deste dado para os serviços ambulatoriais e os CVC's e a SECERPA-TL não realizaram este levantamento no ano de 2005.

Quadro 2 - Número de usuários adultos tratados nos serviços NGA-57-Aparecida, AMBESP-RCH e NAPS, por CID-10, no ano de 2005.

	NAPS I	NAPS II	NAPS III	NAPS IV	NAPS V	NGA-57	AMBESP-RCH
F10-F19	13	9	7	13	14	261	15
F20-F29	346	272	410	250	113	655	7
F30-F39	349	295	206	295	398	339	860
F40-F49	158	94	123	156	163	1284	130
F60-F69	4	0	11	6	2	0	12
OUTROS	93	44	49	255	92	78	7

A média estimada de contatos, por usuário tratado em ambulatórios psiquiátricos foi de 38, sem considerar a SECERPA- TL, embora estivesse atendendo em 2005. Porém, somente em 2006 foi cadastrada como unidade, quando então passou a registrar os procedimentos no SIA-SUS,. Para o cálculo deste item, foi subtraído do total de pacientes atendidos nos ambulatórios (9.014), os da SECERPA- TL (496), totalizando 8.518 usuários. Foram considerados 323.179 procedimentos realizados pelos ambulatórios psiquiátricos, conforme Quadro 3 (DATASUS, 2005).

Quadro 3 – Número de procedimentos dos serviços ambulatoriais de Saúde mental de Santos, no ano de 2005.

SERVIÇOS	Procedimentos
NAPS I	50392
NAPS II	70369
NAPS III	23039
NAPS IV	97868
NAPS V	36075
CVC-ORLA	10751
CVC-RCH	6129
CVC-ZN	5772
NGA-57/APARECIDA	10392
AMBESP-RCH	12392
TOTAL	**323179**

Por contato, o WHO-AIMS define como “uma interação (p.ex. uma entrevista, uma sessão de tratamento, uma visita de seguimento) entre um usuário e um membro da equipe, em um serviço ambulatorial” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a, p.29).

Os serviços ambulatoriais exclusivos para crianças e adolescentes representaram 36% para uma demanda de 16% dos usuários tratados. Já a cobertura de serviços que prestam cuidado ambulatorial para adultos foi de 64% para uma demanda de 84%.

Os NAPS e a SECERPA-TL seguem rotineiramente os pacientes na comunidade, representando 55% do total dos serviços que prestam atendimento psiquiátrico ambulatorial.

É válido ressaltar que somente a SECERPA-TL possui equipe clínica móvel (Psicólogas), com atendimento regular nas Unidades Básicas de referência, correspondendo a 9% do total dos serviços que prestam atendimento ambulatorial.

Tabela 8 - Resultados dos indicadores referentes aos Hospitais-Dia e sua utilização, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.3.1	Número de *hospitais de dia psiquiátricos.*	5
ITEM 2.3.2	Número de *usuários* tratados em *hospitais de dia psiquiátricos*, por 100,000 pessoas da população geral.	51
ITEM 2.3.3	Proporção de mulheres tratadas em *hospitais de dia psiquiátricos.*	U N = desconhecido
ITEM 2.3.4	Média do número de dias nos quais os *usuários* estiveram presentes no *hospital de dia psiquiátrico.*	U N = desconhecido
ITEM 2.3.5	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários de *hospitais de dia psiquiátricos.*	NA
ITEM 2.3.6	Proporção de *hospitais de dia psiquiátricos exclusivos para crianças e adolescentes.*	0%

Os dados referentes aos NAPS na categoria Hospital-dia foram obtidos a partir do levantamento dos prontuários do ano de 2005 e do parâmetro de 5% para os usuários atendidos nesta categoria, conforme o artigo “Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil.” (Andreoli et al, 2004).

Os serviços enquadrados nesta categoria foram os 05 NAPS, com 213 usuários atendidos na modalidade de Hospitalidade Dia, perfazendo uma média de 51 para cada 100.000 habitantes da população geral. Novamente, a SENAT I não foi incluída por prestar atendimento exclusivo aos usuários de álcool e outras drogas.

Não foi possível estabelecermos a proporção de mulheres tratadas e nem a média do número de dias nos quais os usuários estiveram presentes no hospital de dia psiquiátrico, pois as informações obtidas com o levantamento dos prontuários dos NAPS referem-se à população geral atendida e não pela modalidade de atendimento.

No entanto, se levarmos em consideração os dados das APAC’s (instrumento utilizado para o faturamento dos CAPS III e que registra os procedimentos realizados por paciente) de Cuidados Semi-Intensivos em Saúde Mental, ou seja, dos pacientes que “estabeleceram vínculos sociais e familiares, reorganizando sua rotina de vida e, demandaram num conjunto de freqüentes atendimentos (dois ou mais atendimentos semanais), desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental” (Portaria SAS nº. 189, 2002), o número total dos 5 NAPS nesta modalidade de cuidado foi 1.277, sendo 664 referentes à pacientes do sexo feminino, correspondendo a aproximadamente 52% de mulheres atendidas (DATASUS, 2005).

Ainda, segundo as APAC's, a média de permanência foi de 37 dias, para um número cumulativo em HD, no ano anterior (2004) de 47.691 dias.

Tabela 9 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de internação psiquiátrica na comunidade, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.4.1	Número de *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	6
ITEM 2.4.2	Número de *leitos* em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade*, por 100,000 habitantes.	8
ITEM 2.4.3	Proporção de mulheres admitidas em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	51%
ITEM 2.4.4	Proporção de cada diagnóstico baseado na CID-10 nas internações em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	
MEDIDA	1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19).	2%
	2.Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20F29).	52,3%
	3.Transtornos de humor (afeto) (F30F39).	27,27%
	4. Transtornos neuróticos, relacionados com o estresse e somatomorfos (F40F48).	2,4%
	5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60F69).	0,07%
	6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico).	15,96%
ITEM 2.4.5	Proporção de internações involuntárias em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	UN=desconhecido
ITEM 2.4.6	Média do número de dias passados em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade,* por alta.	20 – 25 dias
ITEM 2.4.7	Porcentagem de pacientes que foram contidos ou isolados em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade,* pelo menos uma vez no ano anterior.	D = 2-5% dos pacientes foram contidos ou isolados
ITEM 2.4.8	Proporção de internações de crianças e adolescentes em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade.*	0%
ITEM 2.4.9	Proporção de *leitos* de internação psiquiátrica na comunidade exclusivos para crianças e adolescentes.	0%

Na categoria de unidades de internação psiquiátrica na comunidade foram considerados os 05 NAPS e a Enfermaria de Agudos do HGA (Hospital Geral), conforme definição do WHO-AIMS.

Os NAPS possuem 06 leitos, com exceção do NAPS I que tem 05, totalizando 29 leitos/NAPS. A Enfermaria de Agudos do HGA, de abrangência regional, embora possuísse 25 leitos, registrou uma média mensal de 5 pacientes internados do município de Santos, totalizando 34 leitos na comunidade e uma média de 8 leitos na comunidade por 100,000 habitantes da população geral. No HGA, foram realizadas 60 internações, segundo relatório da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS.

Não foi possível estabelecermos a proporção de mulheres tratadas e nem a prevalência dos transtornos mentais por CID-10 em unidades de internação psiquiátrica na comunidade, a partir das informações obtidas com o levantamento dos prontuários dos NAPS. Então, para estes indicadores, adotamos como a melhor informação disponível, os dados das APAC's de Cuidados Intensivos em Saúde Mental, ou seja, dos "usuários que estiveram em processo de crise de desestruturação psíquica, impedidos de manterem suas atividades habituais e que demandaram um conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental" (Portaria SAS nº. 189, 2002). O número total de pacientes do sexo feminino foi de 633 para os 05 NAPS e de 27 para o HGA, correspondendo a aproximadamente 51% a proporção de mulheres atendidas.

Ainda, de acordo com informações das APAC's e as prestadas pelo informante-chave, Diretor da Enfermaria de Agudos do HGA, a prevalência de diagnóstico baseado na CID-10 (Quadro 4), indicou que o perfil dos usuários

correspondeu ao esperado para esta modalidade de atendimento, com uma prevalência maior para F20-F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes) e F30-F39 (Transtornos de Humor). Merece destaque, o número 208 para "Outros" CIDs dos NAPS, relacionado principalmente ao F02 (Demência em outras doenças classificadas em outros locais) e no HGA, o número de 24 internações relacionadas ao F10-F19 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas). Santos, não possui leitos SUS de referência para internação de usuários de álcool e outras drogas, sendo o HGA o único hospital geral público com leitos psiquiátricos na cidade. Os resultados apresentados corroboram estudo de Botega e colaboradores (1997) de que os grupos diagnósticos mais freqüentemente internados em Hospital Geral foram os transtornos esquizofrênicos, humor, psicoses sintomáticas e alcoolismo.

Quadro 4 – Número de APAC's de Cuidados Intensivos em Saúde Mental dos NAPS e Número de pacientes internados na Enfermaria de Agudos do HGA, por grupo diagnóstico baseado na CID-10, no ano de 2005.

	NAPS	**HGA**	**TOTAL**
F10-F19	1	24	25
F20-F29	666	20	686
F30-F39	345	12	357
F40-F49	29	2	31
F60-F69	0	1	1
OUTROS	208	1	209
TOTAL	1.249	60	1.309

Considerando o artigo "Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil" (Andreoli et al, 2004), que estabelece o parâmetro de 3% para o acolhimento noturno, na qual os pacientes permanecem internados e, os dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários do ano de 2005, podemos estimar em 127 o número de usuários dos NAPS atendidos nesta modalidade.

Não houve o registro e comunicação das internações involuntárias nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade, embora exista a Portaria SAS nº. 2.391, de 26 de Dezembro de 2002, que “regulamentou o controle e os procedimentos de notificação da comunicação destas internações ao Ministério Público pelos estabelecimentos de Saúde, integrantes ou não do SUS” (BRASIL, 2002).

No ano de 2004, segundo o SAME, o tempo médio de internação do HGA variou de 20 a 25 dias. Com relação aos NAPS, conforme informação de pessoas – chaves (chefes dos serviços NAPS), a média também foi em torno de 20 a 25 dias.

De 2 a 5% dos pacientes foram contidos nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade. Não existe a prática do isolamento. Segundo o WHO-AIMS (2005),

> a contenção física é qualquer método manual ou físico ou instrumento ou equipamento mecânico, material amarrado ou adjacente ao corpo do paciente, o qual, ele ou ela, não pode remover facilmente. O uso da força para segurar um paciente e restringir seus movimentos constitui uma contenção. O isolamento refere-se a prática de colocar um paciente sozinho num espaço confinado (p.ex. em um quarto trancado).

Foram realizadas 04 internações de crianças e adolescentes em unidades de internação psiquiátrica na comunidade, em função de mandato judicial: 03 no HGA e 01 no NAPS, representando 0,003% (zero). Não existem leitos de internação psiquiátrica na comunidade exclusivos para crianças e adolescentes.

Tabela 10 - Resultados dos indicadores referentes aos serviços residenciais comunitários, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.5.1	Número de *serviços residenciais comunitários.*	1
ITEM 2.5.2	Número de *leitos*/vagas em *serviços residenciais comunit*ários, por 100,000 habitantes.	4,78
ITEM 2.5.3	Número de *usuários* tratados em *serviços residenciais comunit*ários, por 100,000 habitantes.	5,26
ITEM 2.5.4	Proporção de mulheres tratadas em *serviços residenciais comunit*ários.	59%
ITEM 2.5.5	Média do número de dias passados em *serviços residenciais comunitários.*	341
ITEM 2.5.6	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários tratados em *serviços residenciais comunitários.*	NA=não se aplica
ITEM 2.5.7	Proporção de *leitos*/vagas *em serviços residenciais comunitários* exclusivos para crianças e adolescentes.	0%

Santos possui 01 serviço residencial comunitário, a Seção Lar Abrigo. Esta unidade não é cadastrada como residência terapêutica, pois não atende o preconizado pela Portaria nº. 106/00. Ela é destinada a pacientes psiquiátricos crônicos, que sofreram um longo período de institucionalização e que não possuem qualquer referência familiar ou cuja estrutura familiar não é capaz de acolhê-los adequadamente. O número de leitos na Seção Lar Abrigo é 20 e o número de usuários tratados foi 22.

Tabela 11 - Resultados dos indicadores referentes aos hospitais psiquiátricos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.6.1	Número de *hospitais psiquiátricos* (#)	02
ITEM 2.6.2	Número de *leitos* em *hospitais psiquiátricos* por 100,000 habitantes	2,4
ITEM 2.6.3	Variação de leitos em hospitais psiquiátricos	-27%
ITEM 2.6.4	Proporção de mulheres tratadas em *hospitais psiquiátricos*	37%
ITEM 2.65	Proporção de pacientes tratados em *hospitais psiquiátricos* no último ano por categoria diagnóstica da CID-10	
MEDIDA	1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19).	18%

	2. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20F29).	48%
	3.Transtornos de humor (afeto) (F30F39)	9%
	4. Transtornos neuróticos, relacionadas com o estresse e somatomorfos (F40F48).	0%
	5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60F69).	0%
	6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico).	18%
ITEM 2.6.6	Proporção de internações involuntárias em *hospitais psiquiátricos.*	UN = desconhecido
ITEM 2.6.7	Proporção de pacientes de longa permanência por duração de estadia em *hospitais psiquiátricos*, em 31 de dezembro do último ano.	UN =desconhecido
ITEM 2.6.8	Média do número de dias passados em *hospitais psiquiátricos.*	36
ITEM 2.6.9	Taxa de ocupação dos *hospitais psiquiátricos.*	1,2%
ITEM 2.6.10	Porcentagem de pacientes *contidos ou isolados* pelo menos uma vez no último ano *em hospitais psiquiátricos.*	2-5% dos pacientes contidos ou isolados
ITEM 2.6.11	Proporção de crianças e adolescentes entre os pacientes tratados em *hospitais psiquiátricos.*	0,01%
ITEM 2.6.12	Proporção de *leitos* em *hospitais psiquiátricos* exclusivos para crianças e adolescentes.	0%

O município de Santos não possui hospital psiquiátrico. A Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu que os leitos psiquiátricos do Instituto Espírita Américo Bairral (com 511 leitos - referência para mais de 40 cidades do Estado de São Paulo) e da Clínica de Repouso Itapira (240 leitos), localizados na região de SJBV, seriam referência para Santos. Ressaltamos, no entanto, que para o cálculo da taxa de leitos, consideramos o cenário estimado de 10 leitos disponíveis (referente à média mensal de 10 internações de pacientes procedentes do município de Santos), perfazendo uma taxa de 2,4 leitos por 100,000 habitantes da população geral de Santos.

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH /SUS, 2000), houve uma diminuição de 27% no número de leitos destes hospitais psiquiátricos de São João da Boa Vista, nos últimos 5 anos, passando de

1.031 para 751 leitos. Neste período, foi registrada uma diminuição de aproximadamente 19 internações por 100.000 habitantes (2000=198 e 2005=120 – Central de Regulação de Vagas de SJBV), sendo que o crescimento populacional de Santos praticamente foi nulo (0,08%), passando de 417.983 habitantes no ano de 2000 para 418.315 habitantes em 2005, conforme censo do IBGE.

Em Santos, o número de mulheres tratadas em hospitais psiquiátricos foi 44, para um total de 120 pessoas internadas (Bairral=53 e Cristália=67), perfazendo 37% (DATASUS, 2005b).

Em relação à prevalência dos transtornos mentais, de acordo com o CID-10, observou-se que o perfil dos usuários tratados foi característico de hospitais psiquiátricos, ou seja, a maior prevalência – 48% - foi dos usuários com Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29). Os dados deste item foram levantados por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (DATASUS, 2005b).

É válido ressaltar que não foi possível o resultado da proporção de pacientes de longa permanência por duração de estadia (menos de 1 ano; 1-4 anos; 5-10 anos e mais de 10 anos) em hospitais psiquiátricos, pois os bancos de dados disponíveis não dispõem desta informação. A estimativa geral para os pacientes do Bairral foi de menos de 1 ano e para os da Clínica de Repouso Itapira (ex-Cristália), de 4 a 5 anos de permanência (DATASUS, 2005a).

O número total de dias passados em hospitais psiquiátricos, dos 120 pacientes, foi de 4.361 (Bairral=2.672 e Clínica de Repouso Itapira=1.689), correspondendo a uma média de permanência de 36 dias e taxa de ocupação de 2% para os usuários de Santos (DATASUS, 2005a)

Não existem leitos exclusivos de internação para crianças e adolescentes nestes hospitais psiquiátricos de referência de Santos. Somente 01 usuário foi internado no Hospital Pinel, localizado na cidade de São Paulo e especializado no atendimento de crianças e adolescentes. Em 2007, passou a ser referência para Santos nas internações de menores de 18 anos.

Tabela 12 - Resultados dos indicadores referentes às unidades de psiquiatria forense, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.7.1	Número de leitos em *unidades de psiquiatria forense*, por 100,000 habitantes.	U N = desconhecido
ITEM 2.7.2	Proporção de *leitos* em *unidades de psiquiatria forense* por tipo de serviço: *hospitais psiquiátricos;* unidades forenses em *hospitais psiquiátricos;* unidades forenses em hospitais gerais e serviços de tratamento psiquiátrico em prisões.	U N = desconhecido
ITEM 2.7.3	Proporção de pacientes de longa permanência (mais de 10 anos; 5-10 anos; 1-4 anos e menos de 1 ano), por duração de estadia, em 31 de dezembro do ano anterior.	U N = desconhecido

Não existe unidade específica de Psiquiatria Forense em Santos. Segundo informante-chave (médico psiquiatra do Fórum de Santos), a referência para os casos psiquiátricos é a Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté e Manicômio Judiciário em São Paulo. No entanto, não foi possível obter os resultados referentes à Tabela 12.

Tabela 13 - Resultados dos indicadores referentes a outros serviços residenciais, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM	SUB-DOMÍNIO	RESULTADO
ITEM 2.8.1	Número de "*outros serviços residenciais*" façam ou não parte do sistema de saúde, que prestam cuidados às pessoas com transtornos mentais, por tipo de serviço.	13
MEDIDA	1. Serviços residenciais específicos para pessoas (de qualquer idade) com deficiência mental	1
	2. Serviços residenciais específicos para menores de 18 anos de idade, com deficiência mental.	0

	3. Serviços residenciais específicos para pessoas com problemas de abuso de substâncias (incluindo o álcool) (p.ex. serviços de internação para desintoxicação)	3
	4. Serviços residenciais específicos para pessoas com demência	0
	5. Serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental, mas cuja maioria de seus residentes, no entanto, tem transtornos mentais diagnosticáveis (p.ex. deficiência mental, abuso de substâncias, demência, epilepsia, psicose).	9
ITEM 2.8.2	Número de vagas/leitos em "*outros serviços residenciais*", façam ou não parte do sistema de saúde, que prestam cuidados para pessoas com transtornos mentais, por tipo de serviço.	288
MEDIDA	1.Serviços residenciais específicos para pessoas (de qualquer idade) com deficiência mental	33
	2. Serviços residenciais específicos para menores de 18 anos de idade, com deficiência mental.	0
	3. Serviços residenciais específicos para pessoas com problemas de abuso de substâncias (incluindo o álcool) (p.ex. serviços de internação para desintoxicação)	105
	4. Serviços residenciais específicos para pessoas com demência	0
	5. Serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental, mas cuja maioria de seus residentes, no entanto, tem transtornos mentais diagnosticáveis (p.ex. deficiência mental, abuso de substâncias, demência, epilepsia, psicose).	150

Com relação a outros serviços residenciais específicos, o município possui disponibilidade de leitos/vagas para: **deficiência mental** no Lar Espírita Mensageiros da Luz, que atende crianças e adultos, de ambos os sexos, com paralisia cerebral. Possui equipe multiprofissional, totalizando 53 funcionários. Para as pessoas com **problemas de abuso de substâncias** (incluindo o álcool), conta com o CEAVI - Centro Evangélico de Apoio à Vida, que atende adultos do sexo masculino, com 15 leitos; o CACTOS - Centro de Apoio e Recuperação de Dependentes Químicos, que é uma Comunidade Terapêutica, cuja triagem é realizada em Santos, mas a unidade de recuperação é na área continental de São Vicente (passam 9 meses nesta unidade). Atende pessoas do sexo masculino, a partir de 15 anos. Possuem 40 vagas (10 na triagem e 30 na fazenda); Desafio Jovem de Santos – Centro Evangélico de Recuperação de Toxicômanos - 30 vagas

na chácara localizada em Itanhaém e 20 vagas na "casa" de Santos, onde permanecem por cerca de 2 meses.

Com relação aos **serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental**, mas cuja maioria de seus residentes tem transtornos mentais diagnosticáveis registrou-se a Casa de Apoio e Solidariedade à Pessoa com HIV/AIDS (SECASA), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, que conta com 15 vagas; Casa Caio, Organização Não-Governamental (ONG) para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica /portadoras ou filhos de portadores do HIV, com 20 vagas, ambos os sexos; Casa Vó Benedita, abrigo para crianças, com 35 vagas; Associação Maria Imaculada - abrigo para adolescente do sexo feminino; Associação Casa da Criança de Santos; Lar Santo Expedito, para crianças e adolescentes de ambos os sexos, com 20 vagas; Casa do Paraplégico de Santos, abrigo para adultos com deficiência física, 15 vagas; Lar Evangélico de Apoio à Velhice – 15 vagas; Sociedade de São Vicente de Paula, abrigo para idosos – 15 vagas.

Tabela 14 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de tratamento psicossocial em serviços de saúde, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 2.9.1	Porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenções psicossociais **em hospital psiquiátrico**, no ano anterior.	E = todos ou quase todos (81 - 100%)
ITEM 2.9.2	Porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenção psicossocial em unidades **de internação psiquiátrica na comunidade,** no ano anterior.	E = todos ou quase todos (81 - 100%)
ITEM 2.9.3	Porcentagem de *usuários* que receberam uma ou mais intervenções psicossociais em **ambulatórios psiquiátricos**, no ano anterior.	E = todos ou quase todos (81 - 100%)

Conforme resposta obtida por informantes-chave (Articuladora de SM de SJBV; Coordenadora de SM de Santos; Diretor da Enfermaria de Agudos do HGA; Chefe do NGA-57), de 81 – 100% dos usuários dos serviços de internação psiquiátrica na comunidade, hospitais psiquiátricos e ambulatórios psiquiátricos receberam uma ou mais intervenções psicossociais. Segundo o WHO-AIMS (2005),

> as intervenções psicossociais devem durar no mínimo 20 minutos para ser contadas neste item e, incluem psicoterapia, fornecimento de apoio social, aconselhamento, atividades de reabilitação, treinamento de habilidades interpessoais e sociais e tratamentos psico-educacionais. Estão excluídas das intervenções psicossociais: entrevistas iniciais, avaliações e consultas de seguimento psicofarmacológico.

Tabela 15 - Resultados dos indicadores referentes à disponibilidade de medicamentos psicotrópicos, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 2.10.1	Proporção dos *hospitais psiquiátricos*, nos quais pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível durante o ano todo.	100%
ITEM 2.10.2	Proporção das *unidades de internação psiquiátrica na comunidade* nas quais pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível durante o ano todo.	100%
ITEM 2.10.3	Proporção de *serviços ambulatoriais* nos quais, pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível no serviço ou em uma farmácia nas redondezas, o ano todo.	100%

Tabela 16 - Resultados dos indicadores referentes à igualdade de acesso aos serviços de saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 2.11.1	Leitos psiquiátricos localizados na maior cidade ou próximo dela.	0,63
	Número de leitos psiquiátricos na comunidade e número de leitos em hospitais psiquiátricos na maior cidade ou próximo a ela por cidades de 100,000 habitantes (numerador).	15,09
	Número de leitos psiquiátricos na comunidade e de hospitais psiquiátricos em todo o país por 100,000 habitantes (denominador).	23,97
ITEM 2.11.2	Uso do ambulatório psiquiátrico por usuários rurais	U N = desconhecido
ITEM 2.11.3	Porcentagem de serviços ambulatoriais de saúde mental que usa uma estratégia específica para garantir que estas minorias lingüísticas possam ter acesso aos serviços de saúde mental numa língua na qual eles sejam fluentes.	A=nenhum
ITEM 2.11.4	Uso dos ambulatórios psiquiátrico por grupos de minorias étnicas e religiosas.	U N = desconhecido
ITEM 2.11.5	Internação de membros de minorias étnicas e religiosas em hospitais psiquiátricos	U N = desconhecido
ITEM 2.11.6	Diferenças entre serviços administrados pelo governo e serviços com fins lucrativos	
	1. Média de duração da lista de espera para uma consulta ambulatorial psiquiátrica não de emergência.	NÃO
	2. Média de duração em minutos de uma consulta com um psiquiatra.	SIM
	3. Média de número de leitos por enfermeira em serviços de internação psiquiátrica.	U N= desconhecido

No item 2.11.1 foi considerada a região da Grande São Paulo, com população de 19.403.480 hab. (IBGE, 2005). O número de leitos psiquiátricos na comunidade foi de 276 e o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi de 2.652 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006), resultando em 15,09 e 23,97 por 100.000 habitantes. Comparando os números com os do município de Santos - 8 e 2,4 -, evidencia-se maior investimento em serviços comunitários principalmente do tipo CAPS III.

É desconhecida estratégia específica de acesso aos serviços de saúde mental por usuários rurais, de minorias lingüísticas, étnicas e religiosas.

Em relação ao tempo médio de espera para uma consulta ambulatorial psiquiátrica, não de emergência, o resultado foi de 30-35 dias e, mostrou que não existe uma substancial diferença - maior que 50% - entre os serviços administrados pelo governo e os serviços com fins lucrativos.

4.3. Domínio 3 - SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Tabela 17 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde com médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 3.1.1	Proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental durante o curso de graduação *de médicos.*	1%
ITEM 3.1.2	Proporção de *médicos de cuidados primários de saúde* com no mínimo dois dias de *atualização em psiquiatria / saúde mental* no ano anterior (2004).	0%
ITEM 3.1.3	Existência de protocolos de supervisão e de tratamento de condições-chaves de saúde mental em clínicas médicas de cuidados primários de saúde.	B = em poucas (1 - 20%) clínicas de cuidados primários de saúde com médico
ITEM 3.1.4	*Médicos de cuidados primários de saúde*, em tempo integral, que fazem em média ao menos um encaminhamento por mês a um profissional de saúde.	C = alguns (21 - 50%)
ITEM 3.1.5	*Médicos de cuidados primários de saúde* que interagem com um profissional de saúde mental, ao menos mensalmente, no ano anterior	A = nenhum (0%)
ITEM 3.1.6	Prescrições por médicos de cuidados primários de saúde	B = Os médicos de cuidados primários de saúde têm permissão de prescrever, mas com restrições

ITEM 3.1.7	Disponibilidade de medicamentos para pacientes de cuidados primários em locais de cuidados primários de saúde com médicos	A = em nenhuma clínica (0%)

Existem duas Escolas privadas de graduação em Medicina. O número de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental, na Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES correspondeu a 144 horas no 4º ano e a 32 horas durante o internato e, 60 horas na Universidade Lusíada – UNILUS. Do total de 236 horas, a média das 02 universidades foi de 118 horas, equivalendo a 1% do número total de horas de treinamento durante o curso de graduação de médicos (23.040 horas = 40h/s x 48 semanas x 6 anos x 2 faculdades).

Segundo a Coordenadora da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família do município, os médicos de cuidados primários de saúde não interagiram com os profissionais de saúde mental, ou seja, não realizaram “reuniões (pessoais ou por telefone), revisão de casos individuais, coordenação de atividades e de encaminhamentos, assim como sessões de treinamento em saúde mental. ao menos mensalmente” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005 p. 46).

No ano de 2004, não foi realizada atualização em psiquiatria / saúde mental para os 182 médicos de cuidados primários.

Poucos serviços de cuidados primários de saúde com médico possuíam protocolos de supervisão e tratamento que, conforme o WHO-AIMS (2005) “incluem diretrizes clínicas, manuais ou vídeos sobre saúde mental para a equipe de cuidados primários de saúde”. Existia formulário de referência e contra-referência para a rede de saúde como um todo.

A regulamentação de saúde autoriza os médicos de cuidados primários de saúde a prescrever e/ou renovar a prescrição dos medicamentos psicotrópicos sendo que os pacientes, após três meses de uso contínuo, são encaminhados ao NAPS de referência para avaliação. Não existia nenhum tipo de medicamento psicotrópico disponível para dispensação na Unidade Básica de Saúde – UBS. Este tipo de medicamento é dispensado somente nas unidades de saúde mental.

Tabela 18 - Resultados dos indicadores referentes aos cuidados primários de saúde sem médico, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 3.2.1	Proporção de horas de treinamento em nível de graduação dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental nas escolas de enfermagem.	3%
ITEM 3.2.2	Proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental para *trabalhadores de cuidados primários de saúde, não médicos/não enfermeiros*, em colégios/escolas profissionalizantes.	U N= desconhecido
ITEM 3.2.3	Proporção de *enfermeiros de cuidados primários de saúde* com pelo menos dois dias de *atualização em psiquiatria/saúde mental* no ano anterior.	0%
ITEM 3.2.4	Proporção de *trabalhadores em cuidados primários de saúde não médicos/não enfermeiros* com no mínimo dois dias de *atualização em psiquiatria/saúde mental*, no ano anterior.	0%
ITEM 3.2.5	Existência de protocolos de supervisão e de tratamento para condições-chave de saúde mental em *clínica de cuidados primários de saúde sem médico.*	U N = desconhecido
ITEM 3.2.6	Encaminhamentos de saúde mental entre locais de cuidados primários de saúde sem médico e locais de cuidados mais complexos	A = nenhum (0%)
ITEM 3.2.7	Disponibilidade de medicamentos para pacientes de cuidados primários em clínicas de cuidados primários de saúde sem médico.	NA= não se aplica
ITEM 3.2.8	A legislação sanitária autoriza *enfermeiros de cuidados primários* de saúde a prescrever e ou renovar a prescrição de medicamentos.	A = não autoriza

ITEM 3.2.9	Prescrição de medicamentos por trabalhadores de cuidados primários de saúde, não médicos.	A = não autoriza

Em relação às escolas de enfermagem (2), o estudo apresentou 108 horas de treinamento em nível de graduação dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental, correspondendo a 3% do número total de horas de treinamento durante o curso de graduação de enfermeiros (3.200 horas). Atualmente, existem cinco cursos de graduação de Enfermagem.

Não houve atualização em psiquiatria/saúde mental para os Enfermeiros e outros trabalhadores (não médicos / não enfermeiros) de unidades de cuidados primários de saúde.

Não existia unidade de cuidado primário sem médico.

Tabela 19 - Resultados dos indicadores referentes à Interação com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 3.3.1	Interação de clínicas de cuidados primários de saúde com médico com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional.	A =nenhuma (0%)
ITEM 3.3.2	Interação de clínicas de cuidados primários de saúde sem médico com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional	NA= não se aplica
ITEM 3.3.3	Interação de serviços de saúde mental com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional	B = poucas (1 - 20%)

4.4. Domínio 4 – RECURSOS HUMANOS

Tabela 20 – Resultados dos indicadores referentes ao número de recursos humanos do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

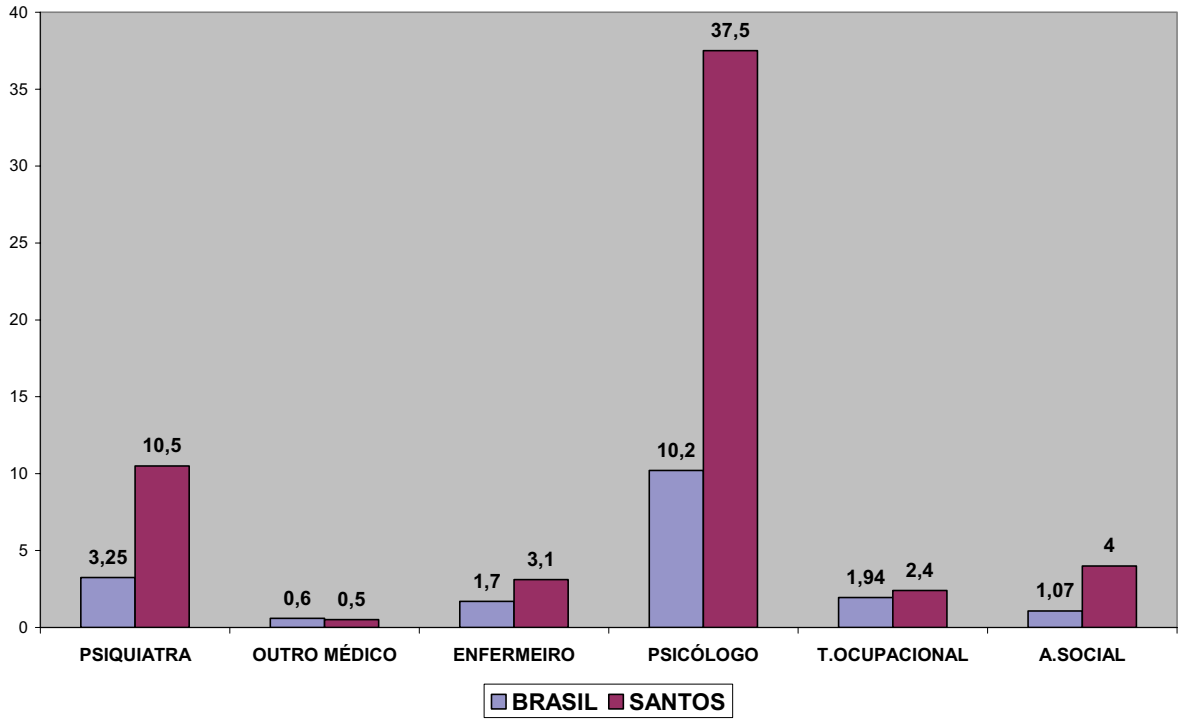
ITEM 4.1.1	Recursos Humanos, por profissão, trabalhando em ou para serviços de saúde mental ou prática privada, por 100.000 habitantes	
MEDIDA	1. *psiquiatras*	10,5
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	0,5
	3. *enfermeiros / enfermeiro psiquiátrico*	3,1 / 0,5
	4. *psicólogos*	37,5
	5. *assistentes sociais*	4
	6. *terapeutas ocupacionais*	2,4
	7. *outros trabalhadores de saúde ou saúde mental* (incluindo auxiliares, *trabalhadores não médicos de cuidados primários de saúde*, assistentes sanitários, técnicos em medicina, conselheiros psicossociais, profissionais e para-profissionais)	48
ITEM 4.1.2	Proporção de *psiquiatras* que trabalham em vários setores da saúde mental	
MEDIDA	1. número de *psiquiatras* que trabalham **apenas** em ou para serviços de saúde mental administrados pelo governo	5%
	2. número de *psiquiatras* que trabalhando **apenas** em ou para ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada	9%
	3. número de *psiquiatras* que trabalhando em ou para **tanto** (a) serviços de saúde mental administrados pelo governo **como** (b) ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada (p.ex. esta categoria se aplica a *psiquiatras* com duplo vínculo empregatício, ou seja, que combinam o trabalho em serviços de saúde mental administrados pelo governo com o trabalho em um dos outros setores mencionados).	86%
ITEM 4.1.3	Proporção *de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* que trabalham em ou para vários setores de saúde mental	
	1. número de *psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* que trabalhando **apenas** em ou para serviços de saúde mental administrados pelo governo	UN= desconhecido
	2. número de *psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* trabalhando **somente** em ou para ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada	UN= desconhecido
	3. número de *psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais* que trabalham em ou para **tanto** (a) serviços de saúde mental administrados pelo governo **como** em ou para (b) ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada (p.ex. esta categoria se aplica a *psiquiatras* com duplo vínculo empregatício, ou seja, que combinam o trabalho em serviços de saúde mental administrados pelo governo e o trabalho em um dos outros setores mencionados).	UN= desconhecido
ITEM 4.1.4	Número de profissionais que trabalham em período integral ou meio período em ou para *serviços ambulatoriais psiquiátricos*	
MEDIDA	1. *psiquiatras*	22
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	2

	3. *enfermeiros*	10
	4. *psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais,*	55
	5. *outros trabalhadores de saúde ou saúde mental*	154
ITEM 4.1.5	Número de profissionais de saúde mental que trabalha em tempo integral ou parcial em *unidades de internação psiquiátrica na comunidade* por *leito*	
	1. *psiquiatras*	0,68
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	0
	3. *enfermeiros*	0,32
	4. *psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais*	0,88
	5. outros trabalhadores de saúde e de saúde mental	4,24
ITEM 4.1.6	Pessoal que trabalha em hospitais psiquiátricos em tempo integral ou parcial por *leito psiquiátrico*	
NUMERADOR	1. *psiquiatras*	0,04
	2. outros *médicos*, não especializados em psiquiatria,	0,04
	3. *enfermeiros,*	0,05
	4. *psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais,*	0,06
	5. outros trabalhadores de saúde e de saúde mental	0,49
ITEM 4.1.7	Proporção de psiquiatras que trabalham em serviços de saúde mental localizados na maior cidade do país ou em seus arredores.	5,72
ITEM 4.1.8	Proporção de *enfermeiros* que trabalham em serviços de saúde mental localizados na maior cidade do país ou em seus arredores.	0,17

Dos 2.288 médicos cadastrados em Santos, 43 eram Psiquiatras. Com relação às outras categorias profissionais, foram considerados 11 Enfermeiros sanitaristas e 02 Enfermeiros psiquiátricos e 156 Psicólogos (SCNES, 2008). Dos 2.245 outros médicos, não especializados em psiquiatria, 82 Assistentes Sociais, 29 Terapeutas Ocupacionais e 3.512 outros trabalhadores de saúde ou saúde mental, não foi possível obter a informação dos que trabalhavam exclusivamente para a SM. Então, foram considerados os que trabalhavam na rede SUS de SM, a saber: 02, 17, 10 e 200 respectivamente.

Os resultados das taxas dos RH que trabalham em SM foram superiores às taxas do Brasil (Figura 6), configurando que existe investimento em equipes multiprofissionais na atenção à SM.

Figura 6 – Taxa por 100.000 habitantes, dos Profissionais que trabalhavam em serviços de SM (públicos ou privados), do Brasil e Santos, em 2005, segundo o WHO-AIMS.



Dos 43 Médicos Psiquiatras, 37 possuíam duplo vínculo empregatício, 4 trabalhavam somente no setor privado/ONG e, 2 tinham vínculos somente com serviços públicos.

Para o indicador proporção de RH por tipo de serviço, vale ressaltar que com relação aos NAPS, a mesma equipe profissional atua nos 03 tipos de modalidade: ambulatorial; hospitalidade dia e hospitalidade integral (leitos na comunidade) e, o RH do HGA é responsável pelos 25 leitos e não somente pelos 5 leitos estimados para munícipes de Santos.

Tabela 21 - Resultados dos indicadores referentes à formação de profissionais em saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 4.2.1	Número de profissionais graduados no ano anterior em instituições acadêmicas e educacionais, por 100.000 habitantes.	
	1. Médicos	49
	2. Enfermeiros	48
	3. Psiquiatras	0
	4. *Psicólogos,* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	22,5
	5. *Enfermeiros* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	24
	6. *Assistentes sociais* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	0
	7. *Terapeutas ocupacionais* com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental	7
TEM 4.2.2	Proporção do pessoal de saúde mental que trabalha em ou para serviços de saúde mental com no mínimo dois dias de curso de atualização no uso racional de medicamentos psicotrópicos no ano anterior.	UN = desconhecido
ITEM 4.2.3	Cursos de atualização em intervenções psicossociais (não biológicas) para o pessoal de saúde mental	UN = desconhecido
ITEM 4.2.4	Curso de atualização em saúde mental de crianças e adolescentes para o pessoal de saúde mental	U N= desconhecido
ITEM 4.2.5	Psiquiatras que emigraram para outros países	U N = desconhecido

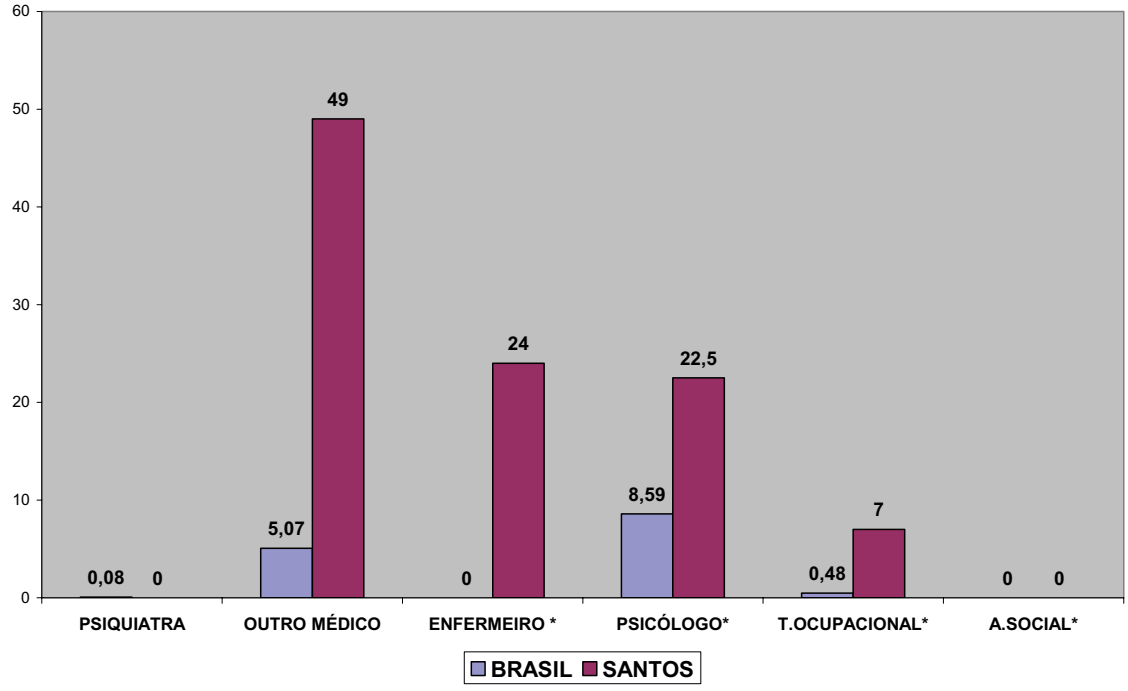
Nos dois cursos de medicina concluíram a graduação 179 alunos, sendo 105 pela UNILUS e 74 pela UNIMES. Não existe residência médica em Psiquiatria na cidade.

Nos cursos de Enfermagem foram graduados em torno de 200 alunos, sendo que 100 tiveram no mínimo 204 horas específicas em saúde mental, assim como 94 Psicólogos e 30 Terapeutas Ocupacionais (média de 250h). No curso de Serviço Social não existe carga horária específica em saúde mental. A média de formandos

foi de 50 alunos. No Brasil, este indicador foi U N = desconhecido, bem como o de Enfermeiros.

Embora o município de Santos tenha apresentado um número de profissionais graduados superior ao do Brasil (Figura 7), ainda necessita de investimentos nesta área, principalmente em médicos Psiquiatras e Assistentes Sociais.

Figura 7 - Número de profissionais graduados, no Brasil e Santos, por 100.000 habitantes, no ano de 2004, segundo o WHO-AIMS.



* Profissionais com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental

No município funcionam 06 universidades privadas, mas somente 01 campus da UNIFESP (pública), com cursos de graduação para diversas categorias profissionais da área da saúde, o que justifica a boa oferta de profissionais para a SM.

A Coordenadoria responsável pela área de Formação e Educação Permanente e a COS-MENTAL foram contatadas, mas não obtivemos resposta do investimento realizado nesta área, no ano de 2004.

Tabela 22 - Resultados dos indicadores referentes às Associações de usuários/consumidores e de familiares, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 4.3.1	Número total de *usuários*/*consumidores* que são membros das associações de *consumidores.*	410
ITEM 4.3.2	Número total de familiares que são membros de associações de familiares.	102
ITEM 4.3.3	O Governo fornece apoio econômico para iniciativas de saúde mental de associações de *usuários/consumidores*	SIM
ITEM 4.3.4	O Governo fornece apoio econômico para iniciativas de saúde mental de associações de *familiares*	SIM

Em Santos, as associações de usuários e familiares são mistas, incluindo às vezes trabalhadores. Especificamente da área da saúde mental são as seguintes:

- SITOC - Associação Santista de Síndrome de Tourette (ST) - grupo de apoio às pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e seus familiares. Realizam eventos para a comunidade (escolas, universidades); esclarecimentos sobre o transtorno e encaminhamentos para o Hospital das Clínicas, em São Paulo (apoio de psicólogos e psiquiatras) e lutam pelos direitos das pessoas portadoras de TOC. Possuem 400 pessoas cadastradas;
- Associação Franco Rotelli - é uma ONG de usuários, familiares e trabalhadores da SM. A diretoria é formada por 12 membros. Segundo seu Presidente, “o objetivo é a defesa de direitos e preservar as diretrizes da saúde mental. Estudam projetos para atender problemas identificados, tais como: geração de renda, implementação/implantação de atividades terapêuticas nas unidades,

monitoramento do estoque de medicamentos e seu fornecimento". Em 2005 estava desativada, mas retomaram às atividades.

- Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial ou Núcleo "Por uma sociedade sem manicômios"- Baixada Santista. Segundo a sua Carta de Princípios:

> [...] sustentam uma atuação política que intervém de forma ativa e constante nas questões que afetam diretamente os portadores de sofrimento mental - ao mesmo tempo em que se situam como aliados de outras políticas de emancipação e lutas libertárias, no Brasil e no mundo.[...]

O governo forneceu apoio logístico, como por exemplo, cedendo o local para reuniões.

Tabela 23 - Resultados dos indicadores referentes às atividades de associações de usuários/consumidores, de associações de familiares e de outras ONGs, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 4.4.1	Envolvimento de associações *de usuários/consumidores* na formulação ou implementação de políticas, planos ou legislação de saúde mental, nos últimos 2 anos.	SIM
ITEM 4.4.2	Envolvimento de associações de *familiares* na formulação ou implementação de políticas, planos ou legislação de saúde mental, nos últimos 2 anos.	SIM
ITEM 4.4.3	Interação dos serviços de saúde mental com associações de usuários/consumidores.	C = alguns serviços interagiram (21-50% dos serviços)
ITEM 4.4.4	Interação dos serviços de saúde mental com associações de familiares.	B = poucos serviços interagiram (1 a 20% dos serviços)
ITEM 4.4.5	Número de associações de *usuários/consumidores* envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio,etc.).	14
ITEM 4.4.6	Número de associações de *familiares* envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio, etc.).	24

ITEM 4.4.7	Outras ONGs envolvidas em políticas, legislação ou promoção da causa da saúde mental.	01

Conforme documento da Casa dos Conselhos de Santos, foram consideradas outras ONGs: Casa Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência, subordinada à Secretaria de Assistência Social (SEAS), 24h, com 6 leitos; Albergue Noturno, que atende população de rua - possui duas assistentes sociais -, realizam apoio social e encaminham para os recursos de saúde do município; Abrigo Provisório para População de Rua, adultos, 100 vagas da SEAS; Albergue Noturno - Sociedade Amiga dos Pobres, Organização Não-Governamental voltada para a população de rua, migrante e família, com 37 vagas; 13 grupos de apoio dos Alcoólicos Anônimos (AA); 1 Centro de Valorização da Vida (CVV); 5 Narcóticos Anônimos (NA); 3 Grupos Familiares NAR-ANON; Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral (APPC); Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais (NAPNE); Casa da Esperança de Santos; Núcleo de Reabilitação ao Excepcional (NUREX); Associação dos Pais, Amigos e Educadores de Autistas (APAEA); Associação Assistencial Cáritas; Assistência ao Menor Enfermo Mental (AMEM); Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santos (APAE); Associação de Pais Centro de Recuperação dos Excepcionais (CEREX); Associação Equoterapia; Centro Espírita “30 de julho”; Centro Espírita Ismênia de Jesus; Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC).

A Prefeitura possui convênio com algumas entidades filantrópicas, com apoio financeiro, por meio da Secretaria de Assistência Social, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Educação. A maioria das associações tem caráter misto, ou seja, prestam cuidado ao sujeito e à família, principalmente as dirigidas à criança e

adolescente. Embora a função principal seja a assistência, participam de Conselhos e outras instâncias na discussão das políticas e efetivação das ações.

Os serviços de saúde mental que mais interagem com estas instituições são os voltados ao atendimento de crianças e adolescentes e a SENAT I.

4.5. Domínio 5 - EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO E VÍNCULOS COM OUTROS SETORES

Tabela 24 - Resultados dos indicadores referentes à educação da população e campanhas de conscientização sobre saúde mental, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 5.1.1	Existência de órgãos de coordenação (ex. comissões, conselhos, escritórios que coordenam e supervisionam as *campanhas de educação da população e de conscientização* sobre a saúde e os transtornos mentais).	SIM
ITEM 5.1.2	Agências promotoras de educação da população e de campanhas de conscientização sobre a saúde mental	
MEDIDA	1. Agências governamentais (p.ex. Ministério da Saúde ou Departamento de serviços de saúde mental)	SIM
	2. ONGs	SIM
	3. Associações profissionais	SIM
	4. Fundações e outros grupos privados	SIM
	5. Agências internacionais	SIM
ITEM 5.1.3	Populações alvo por educação específica e *campanhas de conscientização* sobre a saúde mental, nos últimos 5 anos.	
Medida	1. A população geral.	SIM
	2. Crianças	SIM
	3. Adolescentes	SIM
	4. Mulheres	U N = desconhecido
	5. Sobreviventes de traumas.	NÃO
	6. Grupos étnicos	NÃO
	7. Outros grupos vulneráveis ou minoritários.	U N = desconhecido
ITEM 5.1.4	Grupos profissionais aos quais foram dirigidos programas específicos de educação e campanhas de conscientização sobre a saúde mental nos últimos 5 anos.	

Medida	1. Provedores de cuidados de saúde (convencionais; modernos; alopáticos)	SIM
	2. Setor complementar/alternativo/tradicional.	SIM
	3. Professores.	SIM
	4. Pessoal de serviços sociais.	SIM
	5. Líderes e políticos.	U N = desconhecido
	6. Outros grupos profissionais ligados ao setor da saúde.	SIM

A Coordenadoria de Saúde Mental possui na sua estrutura uma Seção Centro Municipal de Prevenção Primária ao Uso de Substâncias Psicoativas (CEMPRI) que, juntamente com o COMAD, desenvolvem programas de promoção e prevenção ao uso prejudicial de álcool, tabaco e outras drogas.

Algumas agências, instituições e serviços promoveram campanhas de educação da população e de conscientização sobre a saúde e os transtornos mentais nos últimos cinco anos, como por exemplo: Conselhos de Classe, principalmente de Psicologia, Serviço Social e Medicina; Liga de Psiquiatria das universidades UNILUS e UNIMES, entre outros.

Foram realizadas campanhas de conscientização e educação da população sobre saúde mental, principalmente nas datas comemorativas e de relevância nesta área, em locais públicos como supermercados, centros comerciais, praia e praças, além de clubes de servir, escolas, universidades, empresas/instituições e outros. Durante o ano foram realizados, também Seminários/ Encontros abertos aos profissionais de diversas áreas e população em geral, que abordaram questões relativas aos Direitos Humanos (moradia, trabalho, lazer, cultura).

Não houve um trabalho focado em mulheres, sobreviventes de traumas, grupos étnicos e outros grupos vulneráveis ou minoritários nos últimos 5 anos. Merecem maior atenção e investimento, os programas dirigidos aos grupos

profissionais como os líderes e políticos, professores, profissionais ligados a outros setores da saúde e pessoal de serviços sociais. A Coordenadoria do Adulto e Idoso do município já havia realizado 13 edições do Curso para Cuidadores de Idosos, no qual são abordados aspectos relacionados à SM.

Tabela 25 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: colaboração formal, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 5.2.1	Existência de disposições legais concernentes à obrigação legal dos empregadores de contratar uma certa porcentagem de empregados que são incapacitados.	A = tais disposições não existem
ITEM 5.2.2	Disposições legais contra a discriminação no trabalho.	C = disposições legislativas existem e são cumpridas
ITEM 5.2.3	Existência de disposições legais ou financeiras concernentes à prioridade em moradias estatais e a esquemas de subsídio para moradia para pessoas com transtornos mentais graves.	C = tais disposições legais ou financeiras existem e são cumpridas
ITEM 5.2.4	Existência de disposições legais ou financeiras concernentes à proteção contra a discriminação na atribuição de moradia para pessoas com transtornos mentais graves.	C = disposições legislativas existem e são cumpridas
ITEM 5.2.5	Programas de colaboração formal do Departamento de Saúde Mental com outras agências/departamentos, sanitários ou não.	
	1. Cuidados primários de saúde / saúde comunitária	SIM
	2. HIV/AIDS	SIM
	3. Saúde reprodutiva	SIM
	4. Saúde da criança e do adolescente	SIM
	5. Abuso de substâncias	SIM
	6. Proteção da criança	SIM
	7. Educação	SIM
	8. Emprego	SIM
	9. Moradia	SIM
	10. Bem estar	SIM
	11. Justiça criminal	SIM
	12. Idosos	SIM
	13. Outros departamentos/agências (especifique na secção de comentários)	SIM

A Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP), subordinada à COS-MENTAL, tem como estratégia principal a inclusão social pelo trabalho. Desenvolve projetos de geração de renda em parceria com a Cooperativa Para Todos. O Projeto Lixo Limpo conta com subsídio da Prefeitura e os outros são auto-sustentáveis (Projeto Terra; Projeto Cantina e Projeto Mosaico). Contavam com cerca de 130 usuários atendidos na rede pública de saúde mental.

O município, em 2005, assinou o convênio com o MS beneficiando 78 usuários com o auxílio-reabilitação de R$ 240,00 do Programa “De Volta Para Casa”.

Santos não implantou residência terapêutica, apesar do apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS. Muitos usuários moram em cortiços ou outros locais precários. Para as moradias estatais existe o sistema de comodato às pessoas com transtornos mentais ou idosos sem renda, no entanto este recurso foi pouco utilizado pelos usuários da rede pública de saúde mental.

Tabela 26 - Resultados dos indicadores referentes aos Vínculos com outros setores: atividades, do instrumento de avaliação de sistemas de saúde mental (WHO–AIMS), aplicado na cidade de Santos para o ano de 2005.

ITEM 5.3.1	Disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves	B = poucos serviços de saúde mental (1-20%)
ITEM 5.3.2	Existência de profissionais de saúde mental em escolas primárias e secundárias	UN = desconhecido
ITEM 5.3.3	Atividades escolares para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais	C = algumas escolas primária ou secundária (21%-50%)
ITEM 5.3.4	Participação de policiais em *atividades educacionais* sobre a saúde mental, nos últimos 5 anos.	B = poucos policiais (1%-20%)
ITEM 5.3.5	Atividades educacionais com juizes e advogados.	B = poucos juízes e advogados (1%-20%)
ITEM 5.3.6	Pessoas com psicose em prisões.	U N = desconhecido

ITEM 5.3.7	Porcentagem de prisioneiros com deficiência mental.	UN = desconhecido
ITEM 5.3.8	Prisões com no mínimo um prisioneiro por mês em tratamento com um profissional de saúde mental, dentro ou fora da prisão (na comunidade).	D = a maioria prisões (51 - 80%)
ITEM 5.3.9	Proporção de pessoas que recebem benefício da previdência/bem estar social devido a uma incapacidade decorrente de um transtorno mental.	17%

Poucos serviços de saúde mental estabeleceram estratégias/articulações para que os usuários tivessem acesso a emprego externo. Geralmente, a SERP faz a intermediação desta ação ou a iniciativa é do próprio usuário na realização de atividades informais, como lavar carros, tomar conta de veículos na rua e outros.

A articulação com a área da Educação e da Assistência Social foi mais presente na promoção e prevenção de agravos em saúde mental. A Rede Municipal de Educação em parceria com a Coordenadoria da Criança e Adolescente/SMS desenvolveu o Programa Nossa Escola / Escola da Família, para os educadores, onde foram abordadas questões pertinentes à saúde mental entre outras.

Na área da Infância e Adolescência, a Prefeitura implantou o Programa Santos Criança que tem por objetivo

> "a melhoria da qualidade de vida, propiciando o desenvolvimento saudável e integral da população infanto-juvenil. Estabeleceu uma rede permanente e integrada de atenção à infância e apoio às famílias, visando reduzir os índices de violência, evasão escolar, gravidez precoce e consumo de drogas" (PMS, 2008).

De acordo com o informante-chave (médico psiquiatra do sistema prisional), o tratamento aos prisioneiros é basicamente farmacológico e a medicação utilizada é a padronizada na rede de saúde mental. Se o paciente tem uma crise é levado ao PS de referência.

Com relação à Previdência Social, conforme informante-chave da Agência Regional do INSS de Santos, em 28/02/2008, 622 munícipes de Santos recebiam

benefício devido a uma incapacidade decorrente de um transtorno mental, sendo F00-F20=124; F21-F50=491 e F51-F99=07, equivalendo a 17% do total de 3.598 pessoas que recebiam o benefício por incapacidade física e/ou mental.

4.6. Domínio 6 - MONITORIZAÇÃO E PESQUISA

Monitorização dos serviços de saúde mental

Existe a colheita e compilação rotineira de dados, em função do faturamento (APAC e Boletim de Produção Ambulatorial).

Pesquisas em saúde mental

Poucos (0-20%) profissionais da rede envolvidos, por categoria profissional, em pesquisas. No entanto, há muitas solicitações externas de estudos na rede de serviços municipal de SM.

Alguns tipos de pesquisas têm sido desenvolvidos, como os estudos epidemiológicos; pesquisa sobre serviços; intervenções psicossociais / psicoterapêuticas.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Brasil, a partir da Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde que tem como objetivos, entre outros, a universalidade do atendimento, a descentralização da gestão administrativa, a equidade e integralidade da atenção e o controle social. Desde a década de 90, em consonância com a política nacional de descentralização das ações de saúde no SUS, o município de Santos assumiu a responsabilidade pela implementação de políticas e prestação de serviços.

Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica em Santos, registrados em outros trabalhos científicos, este processo complexo e abrangente nos conduz a reflexões a respeito de necessidades e impasses próprios referentes à implementação da

Política de Saúde Mental. A partir dos resultados obtidos nos indicadores do WHO-AIMS e das recomendações da OMS, alguns pontos relevantes serão apresentados e que poderão colaborar para a reflexão e o fortalecimento do Sistema de Saúde Mental de Santos.

Contexto Político e Legislativo

No plano político e legislativo, tanto no âmbito nacional quanto do município de Santos existem legislações e diversos documentos relacionados à Política de SM. No entanto, as propostas formuladas e defendidas deverão ser debatidas e discutidas com os protagonistas da SM e, fundamentalmente com os movimentos sociais organizados, para sua sustentabilidade e efetivação nas transformações necessárias ao processo de reforma da assistência psiquiátrica do município.

Com relação à Política da Criança e Adolescente, baseado no documento "Caminhos para uma Política da Infância e Adolescência" (Brasil, 2005 a), por meio de uma construção coletiva, estabeleceu-se uma normativa para a rede de serviços infanto-juvenil, sendo referendada junto às equipes de profissionais da COS-MENTAL e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescentes de Santos (CMDCA). No entanto, uma discussão mais ampliada, envolvendo os diversos setores da própria SMS, teria sido fundamental para legitimá-la na própria rede de Saúde. Nesta área, o Brasil e em especial a cidade de Santos, apresentaram avanços importantes se considerarmos os dados do relatório da OMS apresentado durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), de que 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (Brasil, 2005 b).

Embora exista um Programa de Saúde Mental com prioridades, cronograma e recursos materiais, humanos e financeiros necessários, não tem sido utilizada uma

metodologia que leve em consideração um plano estratégico, com a formulação dos planos de trabalho (ou planos operacionais), com o detalhamento das ações que serão realizadas. Não existe uma abordagem pró-ativa do processo de gestão, que articule os aspectos estratégicos do planejamento com a manutenção das rotinas de trabalho, numa abordagem integrada e com a participação de todos os envolvidos. Acrescido a isso, não existe a garantia dos aportes de recursos financeiros necessários para a sua execução e nem uma avaliação que contemple as especificidades do município, priorizando indicadores estratégicos, a exemplo do processo desenvolvido pelo Programa Nacional HIV/AIDS e Hepatites.

Acesso aos psicotrópicos

Quanto aos psicotrópicos, o Programa de SM assegura à população 100% de acesso aos medicamentos incluídos na lista dos medicamentos essenciais e que atendem padrões de eficácia e qualidade. Entretanto, deixa a desejar no aspecto segurança, pois a medicação tem sido administrada sem controle laboratorial padronizado e sistemático (MAGALHÃES, 2005).

Direitos Humanos

Embora a Lei 10.216/01 tenha trazido avanços significativos com relação aos Direitos Humanos das pessoas em sofrimento psíquico, em Santos destaca-se a urgente necessidade de aprofundar a temática da internação voluntária e involuntária, com os profissionais dos serviços, assim como das diversas questões que dizem respeito ao consentimento informado, conforme apontou este estudo. Deve existir um controle externo do MP sobre as internações: involuntárias e compulsórias (feitas por ordem judicial), para o cumprimento e garantia do direito à admissão voluntária numa instituição de SM, um dos direitos mais freqüentemente desrespeitado, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos.

A luta e discussão pelos direitos dos usuários devem ser ampliadas para outros campos dos direitos humanos e sociais visando o direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à proteção social, a garantias judiciais entre outros. Deve levar em conta, por exemplo, as contradições existentes entre as necessidades dos usuários e a reivindicação dos direitos especiais, que muitas vezes se vale do "poder do diagnóstico" (psiquiátrico, psicológico, social) para sua inclusão nestes direitos como a única alternativa de sobrevivência, acabando por reforçar uma condição de tutelado.

Tomando como exemplo Portugal, onde recentemente a legislação estabeleceu

> [...] a possibilidade de acumulação de rendimentos de pensões de invalidez parcial com trabalho a tempo parcial e que deverá ser aplicada às pessoas com doenças mentais, que muitas vezes têm dificuldades em suportar um horário de trabalho completo, mas têm capacidades para fazê-lo a tempo parcial [...] (PORTUGAL, 2006),

medidas dessa natureza poderiam ser estudadas para aplicação no Brasil.

A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.

Para além do trabalho desenvolvido pela Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP), responsável pelos projetos de geração de renda, esta questão complexa exigirá o empenho das equipes no diálogo e articulação com os diversos atores e recursos dos territórios dos serviços, para a produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos dos usuários de SM assim como, com as Políticas Públicas vigentes.

Neste sentido, ampliar as campanhas de sensibilização e de educação do público, bem planejadas objetivando informar e reduzir o estigma e a discriminação em relação às pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias, pode contribuir também, na inclusão social pelo trabalho. Assim, os meios de comunicação constituem-se em importantes aliados no combate à desinformação e às idéias errôneas com relação às doenças mentais.

Em 2006, a discussão sobre o problema de moradia dos usuários de SM foi retomada com a realização do Seminário: “Morar e conviver: Direito de Todos”, promovido pela COS-MENTAL, com o objetivo de sensibilizar, discutir e apresentar propostas existentes para esta área.

As experiências dos municípios de Casa Branca e Ribeirão Preto apontam para uma transitoriedade da residência terapêutica, tendo vários usuários optado por alugar, comprar ou construir a própria casa. Segundo Dellosi, “o direito de morar transcende o trabalho de especialistas em Saúde Mental: uma vez (re)conquistado, faz aflorar a humanidade que habita em todos nós, para além de qualquer transtorno”. (2006). Esta questão ainda se apresenta como um desafio e deverá fazer parte da agenda municipal, a fim de garantir este direito fundamental às pessoas com sofrimento psíquico.

Neste estudo, evidenciou-se a ocorrência de monitoramento regular nos hospitais psiquiátricos justificado pela história recente da saúde mental no Brasil. Por um lado, inscrita num contexto de violência, maus-tratos e segregação da pessoa com sofrimento psíquico, traduzida em violação dos direitos humanos e, por outro, pelo investimento do MS na reestruturação da assistência psiquiátrica, redução de leitos e mudança do perfil dos hospitais.

Entretanto, não foi dada a mesma atenção para a ocorrência de inspeção externa anual de proteção dos direitos humanos nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade, caso do HGA e dos NAPS (24h), embora os CAPS sejam considerados “dispositivos de atenção estratégicos para a consolidação da reforma da assistência psiquiátrica e o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (DELGADO et al., 2007).

O monitoramento destes serviços de internação na comunidade e o investimento na formação das equipes em proteção dos direitos humanos dos pacientes devem ser permanentes, pois de tempos em tempos, a sociedade promove movimentos de discriminação e exclusão como temos assistido, por exemplo, com relação aos usuários de drogas.

Financiamento

Os gastos em Saúde mental do município foram direcionados para a rede de serviços de base comunitária, sendo o gasto com as internações hospitalares próximo de zero (0,006%), ratificando as diretrizes da reforma da assistência psiquiátrica em curso no país. No âmbito federal vem acontecendo este redirecionamento, mas em menor proporção, pois, em 1995, mais de 90% dos recursos SUS em saúde mental financiavam o sistema hospitalar e em 2005 foi de 49% (ANDREOLI, 2007a).

Não podemos deixar de registrar que o estabelecimento de uma forma estratégica de financiar os serviços, por meio do FAEC, a partir do ano de 2002 (Portaria GM nº. 336/02), foi fundamental para a expansão, consolidação e fortalecimento da rede extra-hospitalar. Constituiu-se na única maneira dos municípios viabilizarem recursos novos e assim organizar a rede de assistência

baseada no modelo CAPS. Entretanto, estes valores não cobrem o custo total dos serviços, sendo que os municípios financiam grande parte desta política federal no custeio dos recursos humanos.

Como exemplo, dos 5% de recursos financeiros aplicados em Saúde Mental pelo município de Santos, 85% foram comprometidos com o custeio dos recursos humanos, despesa de competência exclusiva dos governos municipais, ratificando que a maior sobrecarga da rede de serviços comunitários é assumida pelo gestor municipal. Além disto, as restrições com gastos de pessoal, estabelecidas pela Lei Complementar nº. 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal – também têm se constituído num importante problema para a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde.

A partir de 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde que estabelece

> [...] um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

Com relação ao financiamento do SUS, o Pacto pela Saúde estabelece a responsabilidade das 03 esferas de gestão, com repasse preferencial fundo a fundo e que o financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos, a saber: Atenção Básica, Atenção da Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Na saúde mental, o Pacto prevê que os incentivos para a expansão da rede CAPS no bloco de Gestão estejam assegurados, entretanto o custeio será estabelecido pelo município. A destinação desta verba de custeio constitui-se numa preocupação para a área da saúde mental, pois pode deixar de privilegiar as diretrizes da Política Nacional vigente. Hoje, o financiamento da Saúde Mental por parte do governo federal, se dá por meio do repasse de recurso "extra-teto" (FAEC) aos municípios que possuem rede CAPS, cujo faturamento é realizado por autorização de procedimento de alta complexidade (APAC). Com o Pacto, o financiamento da Saúde Mental será incorporado ao bloco da Atenção Básica.

Segundo Delgado (2006), é necessário

> construir uma transição adequada nos blocos de financiamento, para assegurar que a rede de CAPS e outros dispositivos comunitários continuem em expansão (enfrentando consistentemente, o desafio do acesso com qualidade) e, construir mecanismos transparentes e eficazes para a transição do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).

Embora a unificação e alocação por blocos tenha sido um avanço, já que anteriormente, eram resultantes muitas vezes de pactuações, decisões unilaterais e pressões de grupos de interesse, "é necessário adotar os requisitos legais previstos na Lei 8.080/90, tendo como pressupostos maior justiça na alocação, equidade na sua utilização e otimização dos recursos disponíveis" (CONASEMS, 2007 p. 20).

Em 2005, o governo federal investiu 2,3% em SM (ANDREOLI, 2007a), muito abaixo dos 5% gastos em média nos países desenvolvidos (WHO, 2005b). Os gastos públicos têm oscilado entre 3 e 3,5% do PIB, porcentagem bem abaixo da encontrada nos países com sistemas universais, usualmente próximas ou superiores a 6% (CONASEMS, 2007 p. 16).

Nesta nova lógica, o aumento do financiamento é vital para a sustentabilidade do SUS e, outra medida importante é a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), para garantir, de fato, o percentual de investimento mínimo para a Saúde, por parte da União, estados e municípios.

Plano para os casos de desastres e catástrofes

Em 1984, foram realizados por profissionais da OPS/OMS, seminários em algumas universidades brasileiras com o objetivo de sensibilizar e preparar o pessoal docente para a administração sanitária de serviços de saúde em casos de catástrofes naturais, e desde então, este tema foi considerado relevante para ser assumido pelas escolas de saúde pública, principalmente em virtude de seu caráter multidisciplinar. Nesta ocasião, sugeriu-se a inclusão, também, dos desastres não naturais, aí entendidos como as catástrofes aéreas, incêndios, desabamentos, enchentes, além de outros (GUIMARÃES, 1984).

Apesar do tempo decorrido, constitui-se este um ponto fraco constatado neste estudo, tanto no âmbito nacional quanto municipal, embora desastres e catástrofes sejam

> [...] causa de freqüentes problemas de ordem vária que afetam a saúde das populações, além de representarem obstáculo sério ao desenvolvimento das comunidades atingidas, na medida em que consomem ponderáveis recursos financeiros para a reparação dos danos sofridos. [...] (GUIMARÃES, 1984)

Em Santos, os profissionais de SM com formação em Terapia Comunitária, sensibilizados com os moradores desabrigados de uma favela que tiveram seus barracos incendiados (desastre não natural), desenvolveram um plano de ação no Abrigo Provisório para amenizar o sofrimento destas pessoas e ajudá-las no processo de reestruturação de suas vidas. No entanto, tratou-se de uma ação pontual.

A criação de um grupo Intersetorial, envolvendo tanto profissionais do campo da saúde mental e da saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade para a elaboração de estudos e planos de assistência à população, justifica-se pela ausência de iniciativas e pelo risco de catástrofes naturais ou não que estamos todos expostos.

Serviços de Saúde Mental

A SM está estruturada formalmente no organograma da SMS e conta com um coordenador. Porém, em função da diversidade e complexidade da rede de serviços e cuidados, comporta uma revisão e ampliação da estrutura técnico-administrativa no âmbito da COS-MENTAL.

O modelo adotado em Santos é baseado quase que exclusivamente em serviços comunitários, denominado “modelo CAPS”. No entanto, este não pode ser o único tipo de serviço de atenção em saúde mental que deve contemplar uma rede de cuidados diversificada (THORNICROFT, 2002).

Segundo o MS, para o parâmetro porte dos municípios, Santos (com mais de 200.000 habitantes) comportaria uma rede formada por CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i, rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192). Deve compor esta rede, ainda, serviços residenciais, centros de convivência, leitos em hospital geral, entre outros (BRASIL, 2007). Conforme este parâmetro e os resultados apresentados neste estudo, o município de Santos possui uma ampla rede de serviços especializados, mas com estrangulamentos importantes para a ampliação do acesso e integralidade da atenção que se traduz na inexistência de leitos para desintoxicação álcool e outras drogas, integração com a atenção primária, centros de convivência e cultura, equipe móvel (Área Continental) e articulação com o SAMU, por exemplo.

Os serviços de SM são regionalizados, mas o trabalho não se organiza localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população adscrita.

O Ministério da Saúde aponta que

> os ambulatórios são especialmente, necessários em municípios maiores que possuem uma demanda grande na atenção aos transtornos em geral e que junto a uma rede efetiva de CAPS, pode servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território (BRASIL, 2007).

Em 2005, a cobertura CAPS de Santos foi 1,43% e a do ESP 0,33. Segundo o MS, “considera-se que um estado ou município tem de razoável a boa cobertura CAPS quando o indicador ultrapassa 0,50” (BRASIL, 2006, p. 15). Ou seja, além da boa cobertura CAPS, outro diferencial de Santos é de que estes serviços são considerados mais específicos e complexos, por se tratarem de CAPS III e CAPS ad.

A rede instalada de serviços ambulatoriais voltados a crianças e adolescentes e a cobertura de 16% a esta demanda podem ser consideradas como um ponto forte já que, a literatura aponta que cerca de 10 a 20% das crianças apresentam problemas de saúde mental e necessitam de assistência especializada (HALPERN, 2004).

No entanto, Santos não conta com CAPS i e nem com leitos na comunidade para crianças e adolescentes (hospital geral). Segundo o MS, “a expansão, o asseguramento da qualidade do atendimento, com a característica de serviços abertos territoriais de atenção diária de CAPS específicos – caso do CAPS i – ainda se apresenta como um desafio” (BRASIL, 2007).

Com relação aos hospitais psiquiátricos, a integração dos serviços ambulatoriais com estes serviços ocorre somente por meio da Central de Regulação de Vagas de SJBV e do DRS-IV-BS. Apesar do município, ainda fazer uso de leitos em hospitais especializados, a COS-MENTAL realizou um levantamento das internações efetuadas somente pelas unidades municipais - NAPS, SENAT I e SECERPA-TL - nos oito primeiros meses de 2006, resultando numa média mensal de aproximadamente 02 (duas) internações nos hospitais de SJBV e, 03 (três) se incluirmos o HGA. Quando consideramos toda a rede de serviços do município (municipal e estadual) a média mensal passa para aproximadamente 10 internações de pacientes. Mesmo que os hospitais especializados de SJBV apresentem uma média de 2,4 leitos por 100.000 habitantes e uma taxa de ocupação de 2%, todos os esforços para garantir o atendimento integral aos usuários no próprio município de Santos devem ser realizados. Novos dispositivos de atenção deverão ser implantados, como por exemplo, leitos em H.G. (ampliação) e leitos para desintoxicação álcool e outras drogas, além de centros de convivência e cultura e o investimento no fortalecimento das competências familiares.

A política de desospitalização com investimentos na rede de atenção comunitária de Santos e a regulação de leitos psiquiátricos de referência tem contribuído para a manutenção de um coeficiente de internação baixo.

Nossa interpretação está baseada em dois estudos brasileiros, que mostram que as re-internações são as responsáveis por mais de 1/3 de todas as internações psiquiátricas em hospitais (GASTAL, 2000) e a falta de tratamento na comunidade é responsável por 50% de re-internação de pacientes esquizofrênicos em hospital psiquiátrico (MENEZES, 1993).

No entanto, um dos pontos frágeis do Sistema de Saúde Mental de Santos, é o fato de não se ter uma proposta de atenção para a Área Continental que conta com aproximadamente 4.000 habitantes. O atendimento de adultos, usuários de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes é referenciado pela UBS/ESF para o NAPS III, SENAT I, CVC-RCH e SECERPA-TL respectivamente, unidades localizadas na área insular, dificultando o acesso e o cuidado. Na área Continental, pensar a saúde mental na atenção primária em parceria com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), com a retaguarda de uma equipe móvel e/ou de um Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), pode constituir-se numa alternativa viável para a mudança da atenção, prevenção dos agravos e promoção da SM. As equipes da ESF, por sua proximidade com as famílias e comunidade, constitui-se num recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública e das diversas formas de sofrimento psíquico.

Tratamento na Atenção Primária

Embora o Sistema de Saúde Mental preconizado em Santos seja o de redes de atenção à saúde, com foco nas condições agudas e crônicas, esta organização e modelo de atenção tem apresentado fragmentações próprias das contradições do SUS, com concepções de um sistema hierarquizado, definido por níveis de complexidades crescentes e não poliárquica, ou seja,

> [...] de serviços vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2007).

Esta constatação pode ser observada no resultado apresentado neste estudo de que não existe integração, articulação, protocolos e inclusão de ações de SM na

atenção primária, embora “proporcionar tratamento na atenção primária” seja uma das recomendações da OMS.

Em 2001/2002, o Ministério da Saúde após constatar que 56% das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) realizavam algum tipo de atendimento em SM, elaborou uma proposta de equipes matriciais visando qualificar este atendimento e atender à demanda crescente na área (BRASIL, 2003a).

Outro estudo realizado no Programa da Saúde da Família de Petrópolis, Rio de Janeiro, constatou a prevalência de 56% de transtorno mental menor entre as famílias atendidas, sendo que 33% dos pacientes eram portadores de transtornos graves (FORTES, 2004).

A partir de 2008, o Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, publica a Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, e cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que no artigo 4º, parágrafo 2º recomenda que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental, em função da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008).

Com esta Portaria, a proposta de matriciamento e da responsabilização compartilhada das situações, tornou-se viável aos municípios.

Estudos apontam para as evidências dos benefícios da incorporação de ações de SM na APS, sobretudo “no atendimento contínuo dos pacientes facilitado pela proximidade dos serviços da sua residência, reduzindo recidivas graves e, portanto a necessidade de internação” (ANDREOLI, 2007a) e, na contribuição do desenvolvimento de ações com responsabilização compartilhada. Esta proposta

“estimula a interdisciplinaridade, acaba com a lógica do simples encaminhamento e amplia a clínica, para além da dimensão biológica e dos sintomas de cada caso, ou seja, incorpora os riscos sociais e outros à avaliação clínica” (BRASIL, 2003b).

No entanto, apesar das evidências mencionadas, do pioneirismo de Santos na reforma da assistência psiquiátrica e da existência de uma ampla rede de serviços na Atenção Primária - 13 equipes da ESF, 15 EACS implantadas em áreas consideradas de vulnerabilidade social (morros, região central histórica, Zona Noroeste, Caruara – Área Continental) e 22 UBS (SCNES, 2008) – este, ainda não rompeu com as barreiras que envolvem os serviços da atenção primária.

Reconhece-se que os cuidados médicos globais que os clínicos gerais da APS desenvolvem, principalmente os da ESF, implicam em intervenções tanto no aspecto da doença física propriamente dita, como nos componentes psicológicos e sociais da família, isto é, na matriz da saúde mental de seus pacientes. E, que estes exercem papel fundamental na abordagem diagnóstica e terapêutica dos usuários em sofrimento psíquico e no encaminhamento criterioso dos que realmente necessitam de cuidados mais especializados (BALLESTER et al, 2005).

Estudo de Villano e colaboradores (1995) constatou que os médicos clínicos identificaram uma proporção de 36% de transtornos mentais na APS, sendo que apenas 45% receberam algum tipo de medicação. Evidenciam-se carências na formação e talvez, falta de sensibilidade ou predisposições negativas para lidar com este tipo de doente. Portanto, é fundamental que a APS e SM invistam num relacionamento próximo e na formação e educação permanente conjunta para as distintas realidades.

Por não fazer parte da agenda municipal, as poucas iniciativas de articulação acabam sendo superficiais, inconsistentes ou mal desempenhadas e não se sustentam com o tempo.

Recursos Humanos

O investimento na área de recursos humanos é decisivo para a sustentabilidade e avanços no processo da reforma da assistência em saúde mental.

Por ser o município sede e pólo educacional da RMBS não possui problemas com a oferta de profissionais para a área da SM, como Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais e Enfermeiros, bem como os de nível médio. No entanto, embora conte com duas Escolas de Medicina, não existe residência médica na especialidade de Psiquiatria.

Segundo o MS, a equipe mínima preconizada para um serviço do tipo CAPS III (NAPS) é de 16 profissionais, entre 02 Médicos Psiquiatras; 01 Enfermeiro; 05 outros profissionais de nível universitário (NU); 08 de nível médio (NM), além de equipe noturna-12h: 03 Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro do serviço; 01 NM da área de apoio e, de final de semana e feriados: 01 profissional NU; 03 Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro do serviço e 01 NM da área de apoio. Os NAPS apresentaram uma média de 31 profissionais, sendo 23 NM e 8 NU. Os auxiliares / técnicos de enfermagem realizam plantões nos fins-de-semana e feriados e, no período da noite. Nestes períodos, não contam com 01 NM da área de apoio. Com relação à equipe de NU estão trabalhando no limite mínimo o que, em função de férias e afastamentos, acarreta prejuízos para o desenvolvimento da proposta terapêutica de reabilitação psicossocial e sobrecarga para os outros profissionais.

Com relação à formação dos RH, a proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental, na graduação de médicos e enfermeiros foi de 1% e 3%, inferior aos índices nacionais de 3% e 7% respectivamente (BRASIL, 2006). Ou seja, consegue-se contratar profissionais, mas o pouco investimento na formação específica durante a graduação tem repercussões na fixação dos profissionais nos serviços de SM, assim como no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. No SCNES existe somente 02 Enfermeiros Psiquiátricos cadastrados.

Implantar um Núcleo Regional de Gestão do Trabalho em Saúde Mental, por meio da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SEGESTES), do Ministério da Saúde, configura-se numa estratégica fundamental para Santos e municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, cuja população estimada é de 1.695.101 habitantes (IBGE, 2007).

Tal implantação teria como objetivo enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS, realizando cursos de especialização e atualização para os trabalhadores tanto da Saúde Mental como os da Atenção Primária, uma vez que existe muito alternância de profissionais em função da proximidade dos municípios, das vantagens trabalhistas oferecidas e da ampla rede de serviços instalada na região. Esta proposta poderá ser viabilizada por meio da UNIFESP - campus Baixada Santista, única universidade pública da região. Com relação aos cursos de especialização disponibilizados pelo governo, estes geralmente são realizados na cidade de São Paulo ou Campinas, dificultando a participação seja pela distância, seja em função de outras atividades desenvolvidas pelos profissionais .

Em 2005, as unidades de saúde mental tinham supervisão clínico-institucional a cada 15 dias, financiada pelo próprio município. Atualmente, com o término do contrato de trabalho do Supervisor, somente dois CAPS III que tiveram seus projetos aprovados pelo MS contam com esta ação. Entretanto, é preciso construir, articuladamente com a Coordenadoria de Formação e Educação da SMS / PMS e o DRS-IV-BS, um programa regular e consistente de formação em serviço.

Em 2005, foi solicitada à SES, novamente a implantação do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental, da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), para as áreas de Psicologia e Serviço Social, tão essencial para os serviços e para a formação especializada em saúde mental. A supervisão era realizada por um profissional do serviço (da área do aprimorando) e por um profissional da universidade conveniada.

Outra questão importante dos RH, diz respeito ao papel desempenhado pelos gerentes dos serviços, no contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela Reforma da Assistência Psiquiátrica, cuja gestão deve ser voltada para o cuidado e produção de subjetividade, numa perspectiva participativa, se contrapondo à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional.

Junqueira e Inojosa (1992) ressaltam que é importante trabalhar com a concepção de que o desempenho das atividades gerenciais requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente.

Assim, o fortalecimento das competências gerenciais dos serviços deve merecer atenção especial e investimentos do gestor municipal, por ser uma função

importante na efetivação da Política de SM e, constitui-se num ponto fraco do Sistema de Saúde Mental de Santos.

Grupos mais vulneráveis

O Programa de SM do município não estabeleceu cuidados específicos para grupos mais vulneráveis e sujeitos à discriminação - crianças, idosos, índios, negros, moradores de rua, vítimas de violência, entre outros – embora esteja baseado nos princípios constitucionais do acesso universal à saúde pública integral.

Em Santos, merece destaque a população de idosos que é de 65.271 pessoas, correspondendo a 17,7% da população geral, estando acima do índice nacional de 10,7% (IBGE, 2007). A evolução demográfica da população brasileira tem indicado que a faixa etária de idosos será, provavelmente, a que experimentará o maior crescimento. Alguns fatores têm contribuído para o aumento da longevidade ou esperança de vida: melhoria das condições de vida e de trabalho; melhor nível educacional e de escolaridade; acesso a bens e a serviços de saúde e importação de tecnologia em saúde.

E, conforme consta no Estatuto do Idoso:

> [...] é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e continuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. [...] (BRASIL, 2003).

Portanto, esta população deverá receber atenção especial do gestor municipal.

No que se refere às pessoas moradoras de rua, trata-se de um grupo que comprovadamente apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais e que requer o desenvolvimento de programas intersetoriais voltados para as suas

necessidades específicas. Apresentam ainda, uma morbidade geral muito mais alta do que a população em geral, e geralmente se deparam com dificuldades no acesso aos cuidados prestados pelos serviços de saúde. Em muitos casos, também são vítimas de violência e de abusos de vários tipos.

Em Santos, estava em andamento, o Projeto “Morador de Rua” envolvendo a Secretaria de Assistência Social (SEAS) e a SMS, numa perspectiva de trabalho em rede. Foram mapeados 25 moradores de rua com algum transtorno mental e, para cada um era traçado um plano de ação. Este projeto contava com uma “equipe de rua” composta por profissionais da SEAS e da saúde mental (Psiquiatra, Assistente Social e/ou Psicólogo), geralmente do serviço NAPS que seria responsável pelo cuidado. No entanto, a atenção a esta população de rua, ainda se constitui num desafio seja pelas dificuldades estruturais e das equipes seja pela própria demanda que apresenta enorme dificuldade para restabelecer vínculos e se reintegrar à sociedade.

No que se refere ao problema da violência, Santos possui uma estrutura de atenção na área da Saúde e da Assistência Social. Porém, a saúde mental precisa estar mais integrada à esta rede de atenção às vítimas de violência bem como, investir em educação permanente das equipes e estabelecer regras mínimas de atendimento, visando uma melhor resposta no âmbito desta problemática.

Participação Social

No contexto de uma política integrada e transversal para a reabilitação e inclusão social das pessoas com transtornos mentais, é fundamental o papel da sociedade civil organizada em cooperação com o poder público juntamente com os protagonistas da SM - gestores, trabalhadores, usuários e familiares - na definição e desenvolvimento das políticas prioritárias na SM. Nesta perspectiva, as

organizações não-governamentais assumem um papel relevante na defesa dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

Atualmente, a realidade das práticas de cuidado, trabalho e gestão na reforma da assistência psiquiátrica de Santos, apresenta-se distanciada do princípio de participação social, embora o município conte com diversos espaços, como os Conselhos, instâncias democráticas de controle social, que possibilitam a participação e visão plural da sociedade civil organizada. O envolvimento e participação dos movimentos sociais no processo da reforma da assistência psiquiátrica são determinantes para a sustentabilidade e os avanços necessários de construção de “um novo lugar social para a loucura”.

Monitorização e Pesquisa

Os principais sistemas de informações de morbidade existentes no Brasil - SIH/SUS, SIA/SUS e SINAN - baseiam-se fundamentalmente, no registro de procedimentos realizados pelos serviços e, fornecem poucas informações epidemiológicas e dados referentes aos usuários.

Em 2005, foram realizadas três capacitações para as chefias técnica e administrativa visando a sensibilização para a importância do instrumento APAC com relação ao faturamento e acompanhamento do projeto terapêutico dos usuários e treinar seu preenchimento correto, ficando encarregados de retransmitir as informações às equipes técnicas.

Embora a Seção de Avaliação, Controle e Auditoria (SEACAUD), responsável por consolidar as informações geradas pelas unidades e alimentar os sistemas, emitisse relatórios com os dados do faturamento dos serviços, estes não foram utilizados como ferramenta para discussão técnica com as equipes dos serviços.

Em 2005, uma meta traçada e que estava em curso na SMS foi discutir os indicadores mais essenciais da rede ambulatorial e comunitária de SM visando contribuir para o processo de planejamento e tomada de decisões por parte dos gestores e gerentes dos serviços.

Com relação à pesquisa, embora uma parte significativa tenha sido realizada em ambiente acadêmico, com recurso de bolsas de estudo, a prática de investigação é uma área que deve ser fomentada e disponibilizada também no meio não-acadêmico, ao maior número possível de profissionais de saúde mental. Neste contexto, a COS-MENTAL criou um grupo de estudos e pesquisas com o objetivo de registrar, avaliar e divulgar as experiências inovadoras em SM, qualificando e legitimando as práticas. Como exemplo, podemos citar a experiência do Teatro do Oprimido e o impacto junto aos usuários de SM.

Podemos dizer, ainda, que o investimento canalizado para os programas de pós-graduação na formação de recursos humanos, por meio de bolsas de estudos e fomento à pesquisa, tem permitido um modesto crescimento na área da saúde mental. No entanto, os resultados das pesquisas e o de seu impacto nas práticas de política em saúde mental precisam ser mais divulgados e debatidos com gestores, trabalhadores e usuários e familiares, para que assim possam contribuir na tomada de decisões e transformações.

Quadro 5 **-** Sistema de Saúde Mental de Santos: Pontos Fracos e Pontos Fortes

WHO-AIMS	Pontos Fracos	Pontos Fortes
DOMÍNIO 1 – CONTEXTO POLÍTICO E LEGISLATIVO	• Plano de Ações e Metas do Programa de Saúde Mental, com o respectivo financiamento.	• Legislação de saúde mental • Conteúdo da política de Saúde mental.

	• Ausência de um Plano para os casos de desastres / catástrofes. • Revisão/inspeção externa anual da proteção dos direitos humanos dos pacientes em serviços substitutivos.	• Acesso gratuito e disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais. • % de recursos próprios aplicados em Saúde Mental.
DOMÍNIO 2 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	• Hospitais psiquiátricos que não são integrados funcionalmente aos ambulatórios psiquiátricos. • Falta de leitos para desintoxicação de álcool e outras drogas. • Número de leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (não precisaria dos leitos em SJBV). • Indicadores referentes às unidades de psiquiatria forense. • Monitoramento das internações involuntárias. • Falta de residências terapêuticas ou “moradias sociais”.	• Existência de 01 Coordenador de SM na estrutura formal da SMS. • Serviços de saúde mental por zonas de captação (regionalizados). • Perfil dos usuários de acordo com os serviços. • Cobertura dos serviços de SM. • Inexistência de usuários isolados. • Rede especializada de SM para crianças e adolescentes. • Nº. de internações psiquiátricas. • Atenção psicossocial nos serviços de SM. • Nº. de leitos em unidades de internação psiquiátrica na comunidade. • Inexistência de hospital psiquiátrico.
DOMÍNIO 3 - SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE	• Horas dedicadas a assuntos relacionados à	• Todas as unidades básicas têm médicos.

	psiquiatria e à saúde mental durante o curso de graduação de médico, enfermeiros e outros profissionais de SM. • Falta de integração e de ações de SM na APS. • Atualização em psiquiatria/saúde mental para os profissionais da APS. • Poucos protocolos de supervisão e de tratamento de condições-chaves de SM na APS. • Interação da rede de serviços de SM e da APS com praticantes de medicina complementar/alternativa/ tradicional.	• Médicos da APS podem prescrever medicamentos psicotrópicos, conforme regulamentação.
Domínio 4 – RECURSOS HUMANOS	• Nº de enfermeiros psiquiátricos. • Número de profissionais graduados com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental. • Inexistência de residência médica para Psiquiatria • Interação / envolvimento dos serviços de saúde mental com associações de usuários e familiares • Participação Social	• Equipe multiprofissional nos serviços de SM. • Número total de usuários e familiares que são membros de associações.
Domínio 5 - EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO E VÍNCULOS COM OUTROS SETORES	• Educação específica e campanhas de conscientização sobre a saúde mental para líderes e políticos, mulheres, sobreviventes de	• Programas específicos de educação e campanhas de conscientização sobre a saúde mental para

	traumas, grupos étnicos e outros grupos vulneráveis ou minoritários. • Inexistência de disposições legais concernentes à obrigação legal dos empregadores de contratar uma certa porcentagem de empregados que são incapacitados. • Disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves, através de atividades alheias ao serviço de saúde mental. • Atividades escolares para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais. • Participação de policiais, juízes e advogados em atividades educacionais (formação, reuniões educacionais, ou sessões para desenvolver habilidades práticas) sobre a SM. • Desenvolvimento de trabalho em SM com prisioneiros. • Pouco material educativo disponível. • Articulação dos serviços de SM com outros setores.	Professores, Pessoal de serviços sociais e profissionais ligados ao setor da saúde. • Disposições legais contra a discriminação no trabalho • Ampla rede de apoio à Saúde Mental (organizações não-governamentais). • Convênio da PMS/SMS com algumas entidades filantrópicas de apoio à área de SM. • Atuação dos diversos setores institucionais.
Domínio 6 - MONITORIZAÇÃO E PESQUISA	• Indicadores da rede comunitária de serviços. • Inexistência de relatório analítico e	• Existência de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar

	discussão sobre as informações geradas pelos serviços. • Informação não subsidia o planejamento. • Proporção de pesquisas em SM.	nacional.

6. CONCLUSÃO

De acordo com as recomendações da OMS para a Saúde Mental, o processo de reforma da assistência psiquiátrica de Santos, desencadeado a partir de 1989, apresenta inegável saldo positivo, particularmente os referentes à consolidação de um modelo de atenção comunitária, com serviços abertos, regionalizados e de atenção diária, produzindo indicadores bons de funcionamento, como por exemplo, taxa de internação, cobertura CAPS e rede de serviços especializados para crianças e adolescentes.

No entanto, apresenta como pontos frágeis, a ausência de proposta para residências terapêuticas e/ou “moradias sociais”, a internação em leitos de hospitais especializados de São João da Boa Vista (aproximadamente a 300 km de Santos) e a fragmentação da rede de serviços. Não houve inspeção externa anual de proteção dos Direitos Humanos dos pacientes nos serviços comunitários.

Toda a rede da Atenção Primária à Saúde conta com médico, mas não são capacitados para as questões relativas à Saúde mental. Não realizam assistência em Saúde mental neste nível de atenção.

Ainda, como ponto forte do Sistema de Saúde Mental, o estudo apontou para uma política, legislação e programa avançados, bem como o fornecimento gratuito

de medicamentos psicotrópicos essenciais. Embora os recursos gastos sejam maiores que os do Brasil, não existe a garantia do financiamento para a execução do programa de Saúde Mental.

Com relação aos recursos humanos, apresenta taxas maiores que as do Brasil, mas ainda, insuficientes para a demanda. O número de horas dedicadas à Saúde Mental / Psiquiatria nos cursos de graduação é baixa e, não existe programa de educação permanente.

Santos conta com um serviço voltado para a prevenção primária e que realiza educação para a população, mas é voltado exclusivamente para as questões de álcool e outras drogas. Existem atividades pontuais de saúde mental para a população, porém incipientes diante da magnitude dos transtornos mentais.

Os Sistemas de informação são voltados mais para a lógica do faturamento do que para a epidemiologia. Existem poucos indicadores essenciais da rede comunitária de serviços e pouca produção de pesquisas em Saúde Mental. Não ocorre monitoramento, tampouco avaliações sistemáticas.

Ainda, como desafios e impasses no processo de implementação do Sistema de Saúde Mental de Santos, estão as oscilações orçamentárias e de recursos humanos, as populações mais vulneráveis, além do legado mais geral de pobreza, exclusão social e violência.

Por fim, um sistema de saúde mental é um processo em permanente construção e requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

7. RECOMENDAÇÕES

1. Promover a inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

2. Desenvolver Plano para os casos de desastres / catástrofes.

3. Implementar e implantar novos projetos de geração de renda, na perspectiva da economia solidária e de sustentabilidade, bem como centros de convivência e cultura.

4. Implantar residências terapêuticas visando a desospitalização de pacientes "moradores" em hospitais psiquiátricos e "moradias sociais" em parceria com órgãos habitacionais e de assistência social.

5. Ampliar o número de leitos em Hospital Geral para as internações de casos agudos, passando a realizar todas as internações no próprio município.

6. Participar de maneira mais efetiva nas instâncias do controle social do SUS – Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos representativos para a saúde mental.

7. Articular e integrar com redes sociais de apoio à saúde mental.

8. Instituir o Núcleo Municipal de Direitos Humanos e Saúde Mental, com representação de órgãos públicos, sociedade civil, universidades e entidades afins.

9. Desenvolver programas em serviço, cursos de especialização, residências multiprofissionais e pesquisas, ou seja, investir em Educação Permanente no campo da atenção, organização do sistema e da gestão do trabalho em Saúde Mental;

10. Defender, junto às autoridades nacionais, a necessidade do aumento no financiamento da saúde mental, para enfrentar a dramática carga de morbidade e incapacidade gerada pelos transtornos mentais;

11. Desenvolver ações para garantir financiamento específico para a Saúde Mental;

12. Desenvolver tecnologia para a realização de monitoramento e avaliação sistemáticos do sistema de saúde mental quanto à estrutura, processo e resultados.

13. Discutir e estabelecer indicadores essenciais para o monitoramento e avaliação da rede de serviços comunitários de Santos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO N. et al. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity - Methodological Features and Prevalence Estimates. *British Journal of Psychiatry,* 1997. 171 (12). p. 524-9.

AMARANTE, P (org.). *Loucos Pela Vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANDREOLI, S. B.; RONCHETTI, S. S.; MIRANDA A. L. de; BEZERRA, C. R. M.; MAGALHÃES, C. C. P.; MARTIN, D. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública,* São Paulo, 2004. n.20(3), p.836-44.

_____, S. B, ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI J. J.. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* n.29 (1), p.43-6, 2007a.

_____, S. B. Serviços 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; 2007b. p.85-100.

BALLESTER, D. A. P. et al. Avaliação de um programa de capacitação em saúde mental para equipes dos serviços básicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* Especial (Edição Eletrônica), [S.l.: s.n], 2004.

BELLEMO, A. I. S. *Santos:* uma década de história sem manicômio (1989-2001). 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Católica de Santos. Orientador: Sérgio Baxter Andreoli.

BODEGA, N. J.; SCHETMAN, A. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: situação atual e tendências. *Revista ABP-APAL*, [S.l.], v.19, n.3, p.79-86, 1997.

BRAGA CAMPOS, F. C. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.* 1992. Tese (Doutorado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social) Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 19 set. 1990. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (Sistema Único de Saúde). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Lei nº 101, de 04 de maio de 2000. Lei da Responsabilidade Fiscal. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 2000. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4705.html. Acesso em: 9 jun. 2008.

_____. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União,* Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Lei nº 10.708, de 2003. (Programa de Volta para Casa). Institui o auxílio-reabilitação reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União,* Brasília, 2003. Disponível em: http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/l-010708-31-07-2003.htm. Acesso em: 05 mar. 2008.

_____. Lei nº 10.741, de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Leis/2003/lei10741>. Acesso em 20 mai. 2008.

_____. Lei nº 542, de 27 de setembro de 2005. Estabelece a estrutura organizacional da prefeitura municipal de santos, a composição das unidades administrativas, cargos em comissão e funções gratificadas que menciona e dá outras providências. *Diário Oficial de Santos,* Santos, 2005. Disponível em: https://www.egov.santos.sp.gov.br/legis/document/?code=487. Acesso em: 05 mai 2008.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania:* reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial (Relatório final). Brasília: [s.n], 1986.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.* (Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria nº. 676 GM/MS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e atenção básica:* o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. *Monitoramento na atenção básica de saúde*: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS*: os *c*entros de atenção psicossocial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:* 15 anos depois de Caracas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília: [s.n], 2005b. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/>. Acesso em 02 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c. 76 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais é ampliado.* Brasília: [s.n.], 2005d. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/> Acesso em 02 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde/Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. *WHO-AIMS - Relatório dos Resultados.* Brasil: [s.n], jul. 2006.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS:* acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção - Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: [s.n.], jan. 2007. 85p.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. [S.l.: s.n]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>. Acesso em: 20 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. [S.l.: s.n]. Disponível em: <http//portal.saude.gov.br/saude/gestor >. Acesso em 20 mar. 2008.

_____. Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: http://portal.saude.gov .br/portal/saude/cidadao. Acesso em: 23 abr. 2008.

_____. Portaria GM n.º 106 de 2000. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_106_00 .doc. Acesso em: 05 mai. 2008.

_____. Portaria GM n.º 224, de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5694.html. Acesso em: 05 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4124.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria MS/GM n.º 2.391, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação destas internações ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/GM-2391>. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria SAS n.º 189, de 20 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos que podem ser cobrados pelos Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no SUS, instituindo nova sistemática de financiamento. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7453.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 52, de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7450.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 53, 20 de janeiro de 2004. Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências. Disponível em: http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7451.html. Acesso em: 03 mar. 2008.

_____. Portaria GM n.º 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20699.pdf. Acesso em: 20 mar. 2008.

_____. Portaria MS/GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde. *Diário Oficial da União,* Brasília, 25 jan. 2008. Seção I, p. 38-42; 47-50. Republicada no *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 fev. 2008. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao>. Acesso em 20 abr. 2008.

_____. Resolução **RDC Nº101/01**. Trata do regulamento técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas. Disponível em: http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/programas/comunidades_terapeuticas.doc . Acesso em 20 abr. 2008.

CONASEMS. *Saúde e Qualidade de Vida:* políticas de Estado e desenvolvimento - O CONASEMS e a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: [s.n.], 2007.

CAPISTRANO FILHO, David. *Santos:* mil dias de governo popular. São Paulo: Brasil Urgente, 1991. 81p.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil:* políticas e organização de serviços. São Paulo; Cortez; 1999.

DATASUS. *Banco de dados 2005.* [S.l.: s.n.], 2005a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>. Acesso em: 20 mai. 2008

_____. *Município de residência: Santos, 2005*. [S.l.: s.n.], 2005b. Disponível em: <http://Tabsp\tabwin\Hosp\AIH_RD.DEF>. Acesso em 23 abr. 2008.

_____. *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.* [S.l.: s.n.]. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 29 jan. 2008. Atualizado em 23 jan. 2008.

_____. *Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS/TABWIN*, [S.l.: s.n.]. Disponível em: <www.datasus.gov.br\tabSP\tabwin\Amb\SIA.DEF>. Acesso em 03 jan. 2008.

_____. *Sistema de Informação Ambulatorial – APAC.* [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://Tabsp/tabwin/Amb/APAC.DEF>. Acesso em 13 fev. 2008.

_____. *Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS/TABWIN, 2005.* [S.l.: s.n.], 2005a. Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso em 29 jan. 2008.

DELGADO, P.G.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, 2006, p.59.

_____. Política Nacional de Saúde Mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (versão revista). *Jornal do CONASSEMS*, Brasília, n.8, p.8-9, ago. 2007.

DELLOSI, Mirsa Elisabeth. Residências Terapêuticas: um desafio para a saúde mental (I Colóquio Pinel realizado no Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel, em Pirituba/SP, 30 de novembro e 1 de dezembro de 2006). *Revista BIS*, São Paulo: SÉS-SP, 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* Recife, n. 4(3), p.317-321, 2004.

FORTES, S. *Transtornos mentais na atenção primária:* suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Saúde), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GASTAL F. L. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de Saúde Pública,* [S.l.: s.n.], n. 34(3), p.280-5, 2000.

GUIMARÃES, Cid. Administração sanitária das emergências nas catástrofes naturais. *Revista de Saúde Pública*, vol.18, n.6, 1984. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em 15 jun. 2008.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Environmental influences on child mental health. *Jornal de Pediatria,* [S.l.], n.80 (2-suppl), p.104-110, 2004.

HURST, J.; HUGHES, M. J. *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional, 2001. Disponível em: <*www1.oecd.org*>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2000. Disponível em: < www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2007.

_____. Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica /economia/pibmunicipios/2005/tab02.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2007

_____. Produto Interno Bruto dos Municípios 2002 - 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005/tab01.pdf>. Acesso em 02 fev. 2008.

JUNQUEIRA, L.; INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência. *Revista Administração Pública,* n.26 (2), p.20-31, 1992.

LANCETTI, Antonio. Quem manda na loucura? *Teoria e Debate:* revista trimestral do Partido dos Trabalhadores, n.8, p.60-4, 1989.

MAGALHÃES, C. C. P. B. Classificação Internacional de Cuidados ao Paciente com Transtorno Mental Grave em Centros de Atenção à Saúde mental brasileiros. 2005. 18f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) Universidade Federal de São Paulo - Universidade Católica de Santos, São Paulo/Santos. Orientador: Sérgio Baxter Andreoli.

MELLO, M. F., MELLO, A. A. F., KOHN, R (orgs.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207p.

MENEZES, P. R.; MANN, A. H. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.:s.n.], n.27(5), p.340-9, 1993.

MENDES, E. V. *Os Sistemas de Serviços de Saúde:* o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. *As redes de atenção à saúde*. [S.l.: s.n], 2007.

MERHY, E. E., AMARAL, H (orgs.). *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007.

NORDENFELT, L. et al. *A Saúde em Questão*: um espaço para a reflexão. [S.l.: s.n], 1999.

ONOCKO CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.22(5), p.1053-1062, mai. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Evaluación de los programas de Salud:* normas fundamentales. Genebra: OMS/OPAS, 1981.

_____. *Health Promotion:* a discussion document on the concept and principles. Copenhague: Ecritório Regional Europeu da OMS, 1984.

_____. *Relatório Mundial de Saúde 2001*: saúde mental - nova compreensão, nova esperança. Genebra: [s.n.], 2001.

_____. *Saúde Mental:* Evidência e Pesquisa - Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental. Genebra: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, 2005a.

_____ /Organização Pan-americana da Saúde. *Mental Health Atlas 2005*, Section I. Geneve: [s.n.], 2005b. p.47-50.

_____. *Saúde Mental:* Evidência e Pesquisa - Relatório dos Resultados: Brasil. Genebra: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, jul. 2006.

PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. *Boletim Informativo Bibliográfico (BIB),* Rio de Janeiro, p.44, 1997.

PITTA, A. (org,). *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996.

PLANO REGIONAL DE SAÚDE / 2007-2008. Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista, 2007.

PORTUGAL. *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007 – 2016*. Portugal: [s.n], 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. *Dados do IBGE relativos ao ano de 2005*. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br>. Acesso em 19 fev. 2008.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. *The Lancet,* n.370(9590), p. 859-77, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. In: *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*, 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH> Acesso em 19 fev. 2008.

ROEMER, M. *National Health Systems of the World* - vol.1: The Countries. England: Oxford University Press, 1991.

SANTOS. Lei Complementar nº 542, de 27 de setembro de 2005, Art. 244. *Diário Oficial de Santos*, Santos, 29 set. 2005.

_____. *Plano Municipal de Saúde de Santos.* Secretaria Municipal de Saúde, [s.n.], p. 4-9.

_____. *Programa Santos Criança*. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/santoscriança.php> Acesso em 20 mai. 2008.

_____. *Sistema de Informação Municipal*. Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica. Santos: [s.n], 2006.

SAXENA, S. et al. Global Mental Health 4 - Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*. London, p.59-75, Sep, 2007.

SCNES - Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 04 jan. 2008.

TENÓRIO, F. A. *Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais*: história e conceitos. (Versão modificada e atualizada de capítulo da dissertação de mestrado *A Psicanálise e a Clínica da reforma Psiquiátrica*, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, out., 1999) v.9(1). Rio de Janeiro: Manguinhos, 2002. p.25-59. (cópia xerografada).

THORNICROFT, G.T.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based health care*. World Psychiatry,* n.1(2), p.84-90, 2002.

VILLANO, L. A. B. et al. Results from the Rio de Janeiro Center. In: USTUN, T.B.; SARTORIUS, N. *Mental illness in general health care:* an international study. Chichesser: John Wiley & Sons, 1995.

WHO-AIMS REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEM IN BRAZIL. Brasília: WHO and Ministry of Health, 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf>. Acesso em: 16/04/2008

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento "Avalia – CAPS"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO-CAPS-2006

IDENTIFICAÇÃO DO CAPS

Nome do CAPS: CNES:

Endereço:

Telefone: Fax:

Email:

Cidade: UF: Início de Funcionamento:

CAPS I ( ) CAPS II ( ) CAPS III ( ) CAPS AD ( ) CAPS i ( )

ESTRUTURA:

1) Levando em consideração a Portaria GM 336/02, responda em relação à Equipe Técnica do CAPS:
( ) completa e suficiente ( ) completa e insuficiente
( ) incompleta e suficiente ( ) incompleta e insuficiente.

2) O número de leitos existentes no CAPS está: ( ) de acordo com Pt 336/02 e é suficiente ( ) de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente ( ) não está de acordo com a Pt 336/02 e é suficiente ( ) não está de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente
OBS – desde a sua implantação conta com 06 leitos.

3) A quantidade de salas para os atendimentos do CAPS é:
( ) suficiente ( ) insuficiente

4) O CAPS fornece alimentação:
( ) de acordo com a Pt 336/02 e é suficiente
( ) de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente
( ) não está de acordo com a Pt 336/02 e é insuficiente
( ) não oferece alimentação

5) O Horário de funcionamento do CAPS é:
( )08:00 – 18:00 ( )08:00 as 12:00 e das 14:00 as 18:00
( ) 08:00 as 12:00 ou de 14:00 as 18:00 ( )08:00 as 22:00 ( ) 24 horas

6) Quanto à conservação e limpeza das instalações: ( )suficiente ( )insuficiente

( )muito insuficiente

PROCESSO:

7) Quanto ao acolhimento:

( ) O CAPS possui lista de espera ( ) O CAPS possui profissional ou equipe para acolhimento diário de novos usuários

8) O CAPS realiza: ( ) Oficinas Terapêuticas ( ) Atendimento individualizado ( ) Atendimento Familiar ( ) Atividades em outros espaços comunitários ( ) Grupos Terapêuticos ( ) Redução de Danos ( ) Projetos de Geração de Renda ( ) Visitas Domiciliares ( ) Ações em conjunto com a Atenção Básica ( ) Ações de prevenção às DST/AIDS ( ) Reuniões de Equipe ( ) Assembléias com usuários ( ) Outros. Especificar

9) O CAPS possui Projeto Terapêutico Individualizado ( )sim ( )não

RESULTADOS

10) Nº de Usuários Atendidos no último mês; (em atendimento e novos)

( )124 a 155 ( )132 a 165 ( )152 a 190

( )176 a 220 ( )240 a 300 ( )abaixo de 124 ( )acima de 300

11) Nº de usuários em atendimento intensivo no último mês:

( )16 a 25 ( ) 32 a 44

( )48 a 60 ( )abaixo de 16 ( )acima de 60

<u>Anexo 2</u> – Fotos dos Serviços Públicos de Saúde Mental de Santos.

REDE CAPS
SAÚDE MENTAL - SANTOS

<u>Anexo 3</u> - Protocolo da Central de Regulação de Vagas do DRS-IV-BS

- **Município ---------- Central de Regulação ---------- Município**
  (1) (2) (3)

- **HGA ---------- Central de Regulação ---------- HGA ----------Município**
  (4) (5) (6) (7)

(1) O Município elabora o laudo da AIH e encaminha via fax para a Central de Regulação da DIR XIX-BS;
(2) Avalia o pedido e verifica a existência de vaga disponível e, retorna a informação para o Município via fax. Caso o pedido não seja procedente, o médico da Central entrará em contato com o responsável pela emissão da AIH para orientação;
(3) O Município terá que providenciar a remoção do paciente para o HGA ou Hospital da região de São João da Boa Vista em até 48 horas, sob o risco de perder a vaga;
(4) Quando o paciente necessitar de uma internação mais prolongada, solicitarão para a Central de Regulação da DIR XIX-BS a vaga via fax que verificará junto à Central de São João da Boa Vista;
(5) A Central repassará a resposta ao HGA;
(6) Sendo procedente e autorizado o pedido de vaga, a equipe do HGA entrará em contato com a Unidade de Saúde Mental de referência do Município de moradia do paciente e solicitar o remanejamento para Hospital da região de São João da Boa Vista;
(7) O Município providenciará o remanejamento do paciente em até 48h.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL

Rede de Serviços de Saúde Mental - Santos

SVC-Orla – Rua Conselheiro Ribas, 379 – Embaré. / Tel. : 3271 8235 / Emília e Lídia (chefe administrativa)
Campo Grande, Encruzilhada, Macuco, Estuário, Aparecida, Ponta da Praia, Embaré, Gonzaga, José Menino, Morro José Menino, Vila Belmiro, Marapé, Morro do Marapé, Pompéia, Morro Santa Terezinha, Boqueirão;

SVC-Zona Noroeste – Av. Hugo Maia, 212 – Jardim Rádio Clube / Tel. : 3299 7901 / Vera e Gilton (chefe administrativo)
Alemoa, Chico de Paula, Bom Retiro, Santa Maria, Bairro Caneleira, Morro Caneleira, Jd. Rádio Clube, Vila São Jorge, Areia Branca, Jd. Castelo, Ilhéu Alto, Jd. São Manoel, Jd. Piratininga;

SVC-Região Central Histórica – Av. Cons. Nébias, 276 – Vila Nova / Tel. : 3221 2209 / Cida e Kátia (chefe administrativa)
Centro, Jabaquara, Morro do Jabaquara, Monte Serrat, Morro do Pacheco, Morro Boa Vista, Paquetá, Valongo, Vila Mathias, Vila Nova, Morro do Bufo, Morros: Nova Cintra/Penha/do São Bento, Saboó, Área Continental: Caruara/Ilha Diana/Monte Cabrão, Vila Progresso;

NAPS I – Rua Prof. Luiz Gomes Cruz, s/n – Jardim Castelo / Tel. : 3299 3824 / Vera e Cida (chefe administrativa)
Jd. Sta Maria, Jd. Castelo, Vila São Jorge, Jd. Rádio Clube, Jd. Bom Retiro, Morro da Penha, Areia Branca, Alemoa, Saboó, Jd. São Manoel, Jd. Piratininga;

NAPS II – Rua Lowndes, 353 – Encruzilhada / Tel. : 3222 1217 / Ema e Lourdes (of. administrativo)
Centro, Valongo, Vila Nova, Macuco, Monte Serrat, Morro Pacheco, Vila Mathias (até canal 3) e Encruzilhada (até canal 3);

NAPS III – Rua Nabuco de Araújo, 96 – Boqueirão / Tel. : 3232 8411 / Márcia Amaral (chefe de seção)
Ponta da Praia, Estuário, Embaré , Aparecida, Boqueirão;

NAPS IV – Av. Pinheiro Machado, 718 – Marapé / Tel. : 3225 5796 / Elis e Edna (chefe administrativa)
Gonzaga, Jabaquara, Morro do Jabaquara, Vila Belmiro, campo Grande (Av. Ana Costa até canal 2), Morro do São Bento, Morro da Nova Cintra, Encruzilhada (entre canal 3 e Av. Ana Costa), Vila Mathias (entre canal 3 e Av. Ana Costa);

NAPS V – Rua Gonçalves Ledo, 29 – Campo Grande / Tel. : 3251 2094 / Lauzimar e Suzete (chefe adminstrativa)
Morro do Marapé, Marapé, Morro Santa Terezinha, José Menino, Morro do José Menino, Pompéia e Campo Grande (entre canal 1 e canal 2).

SENAT I – Rua Paraíba, 110 - Pompéia / Tel.: 3237 2681 / Rosane (chefe de seção).

SECERPA-TL – Rua José Ricardo, 32 – Centro / Tel. : 3219 2627 / Marta e Aparecida (chefe administrativo). **Em dezembro/06 – novo endereço : Lucas Fortunato, 159 – Vila Mathias**

SERP - Rua Alexandre Martins, 129 – Aparecida / Tel.: 3238 9105 / Maura e Sandra (chefe administrativa)

SELAB - Praça Washington, 13 – Marapé / Tel. : 3252 1911 / Elizete e Tina (chefe administrativa)

CEMPRI – Rua XV de Novembro, 195 – 5º andar – Centro / Tel. : 3201 5637 / Fernanda (chefe de seção).

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – Rua XV de Novembro, 195 – 5º andar - Centro / Tel.: 3201 – 5630 / Paula Covas Borges Calipo (Coordenadora)

Outubro / 2006

Anexo 5 – Fluxograma da rede de serviços da saúde mental

ADULTO
> 18 anos

→ *CAPS ad II –SENAT I (Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas):*

Atendimento ambulatorial médico psiquiátrico/ clínico e da equipe multiprofissional.
Atenção Psicossocial. Quando necessário, internação no NAPS ou Comunidade Terapêutica.

↓ ↑

POLICLÍNICAS → **CAPS III - SENAPS (**Transtorno Mental Severo e/ou persistente):
Atendimento psicossocial, com cuidado intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Atendimento à crise. Territorializado.

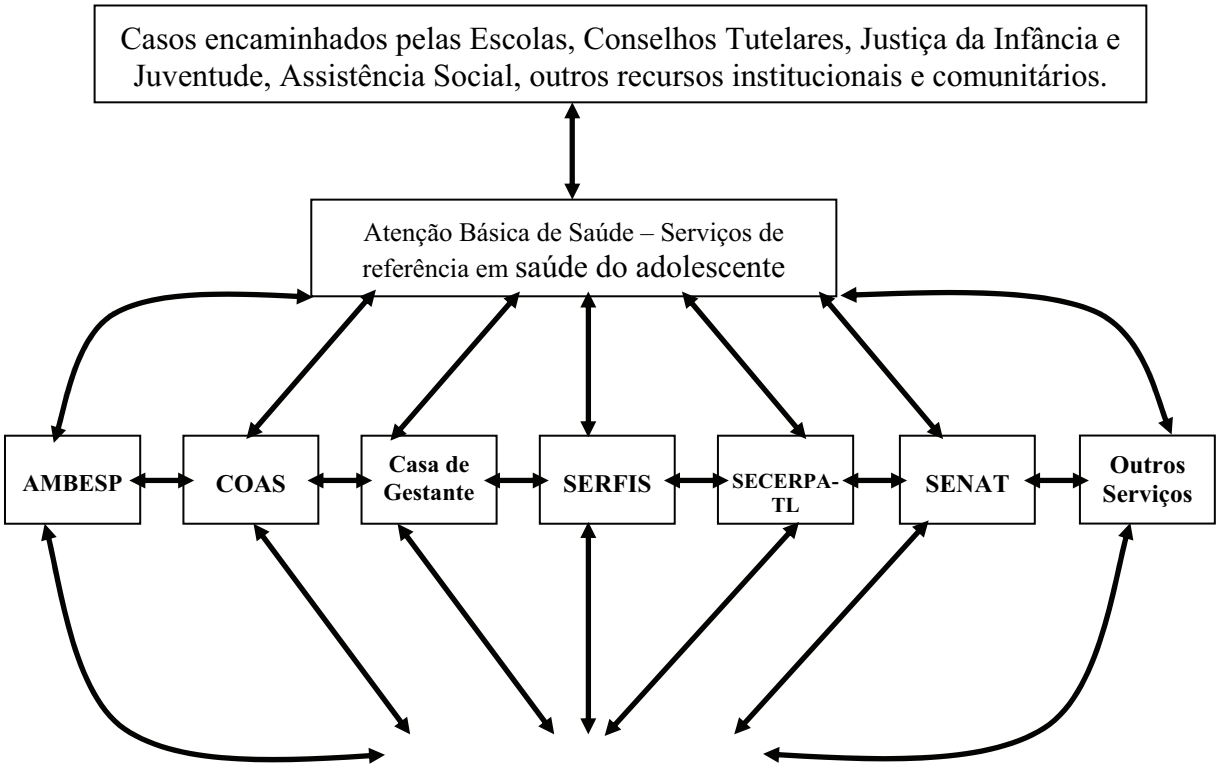
↓ ↑

→ **AMBULATÓRIO DE PSICOTERAPIA (AMBESP)**
(Transtorno Mental Leve/ Moderado):
Atendimento psiquiátrico/ psicológico e atendimento grupal/ orientação familiar

ADOLESCENTE
12 – 18 ANOS

CVC **SENAT I**

POLICLÍNICA → ← **CENTRO DE REFERÊNCIA DO ADOLESCENTE:**
"Projeto Tô Ligado":atendimento psiquiátrico / psicológico /social; individual e grupal;
e, orientação familiar.



C.V.C
0 – 12 ANOS

→ Crianças vítimas de violência doméstica (suspeita ou confirmação)
- ► física
- ► psicológica
- ► negligência

→ Transtornos emocionais/ comportamentais/ psicológico

→ Alterações da comunicação oral e/ou escrita

POLICLÍNICA → **CVC:** ► atendimento psiquiátrico (de continuidade)
psicológico
fonoaudiológico
serviço social
→ avaliação/ tratamento
orientação familiar (grupos e individuais)

► Crianças vítimas de violência sexual **PAIVAS/ SENTINELA**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

→ **PS/ZONA NOROESTE:** Atendimento à demanda espontânea ou encaminhamento da rede de saúde, podendo o usuário permanecer até 72h e, posteriormente, ser referenciado para a rede de Saúde Mental para dar continuidade ao tratamento.

OBSERVAÇÃO: a rede de serviços especializada de saúde mental atende demanda espontânea. Não existe acompanhamento por parte da rede básica, aos usuários estabilizados. A contra-referência acontece só para o tratamento clínico e laboratorial, quando necessário.

Anexo 6 – WHO-AIMS: Respostas às perguntas mais freqüentes

Por onde começar?

O primeiro passo é identificar a pessoa que será a responsável para utilizar o WHO-AIMS em seu país (se não for você). Essa pessoa deveria se familiar com o WHO-AIMS e o material de apoio. Leia cuidadosamente o instrumento por inteiro, por favor. Isso ajudará na colheita eficiente de dados e economizará tempo. O segundo passo é desenvolver um plano de colheita de dados. Este plano deverá descrever como você vai colher os dados para cada item, identificar quais instituições / agências / serviços / pessoas você irá contatar para obter os dados e especificar o cronograma para contatar fontes adicionais de dados e sua compilação.

Que fontes de dados deverei contatar?

Durante a colheita de dados você deve tomar a iniciativa, contatando e interagindo ativamente com pessoas-chave em diversas instituições, agências e serviços.

No início de cada domínio há uma lista de possíveis fontes de dados. Essas fontes são apenas recomendações e muitas delas podem não ser relevantes em seu país. Além dessas, pode existir em seu país outras relevantes fontes de dados que não estão na lista. Utilize todas as fontes relevantes de dados.

Os dados podem estar disponíveis no âmbito nacional (central), provincial, estadual, distrital ou de serviços. Recomenda-se listar todas as fontes disponíveis nos diferentes âmbitos. Primeiro contacte as instituições de âmbito nacional. Se houver bons dados para um item particular nesse âmbito, então não há necessidade de contatar as fontes nos outros âmbitos (provincial/estadual, etc.). Entretanto, muito freqüentemente os dados não estão disponíveis no âmbito nacional. Se for assim, trate de contatar instituições de âmbito provincial/estadual ou distrital. Se para um item particular houver bons dados no âmbito provincial/estadual ou distrital, então não há necessidade de contatar as fontes no âmbito de serviços. Se não houver dados adequados no âmbito provincial/estadual ou distrital, será necessário contatar fontes no âmbito de serviços. Talvez seja oportuno conduzir o inquérito diretamente com os serviços.

Finalmente, deve-se também notar que alguns dados podem já estar compilados, ao passo que outros itens necessitarão da agregação a partir de várias fontes.

Que tipo de informação eu devo registrar e onde?

Você deverá registrar vários tipos de informações em diferentes lugares: (1) **Dados**: registre todos os dados coletados no programa de entrada de dados Excel, mas também mantenha uma cópia por escrito dessa informação. (2) **Comentários sobre os itens**: Cada item tem uma coluna para comentários na folha de dados Excel. Registre, por favor, neste espaço qualquer comentário concernente ao item, incluindo as dificuldades porventura encontradas na colheita de dados, ou se as definições diferem das usadas em seu país. (3) **Comentários sobre o instrumento e outras informações**: No final do programa de entrada de dados Excel há uma folha para se registrar qualquer comentário a respeito de qualquer domínio, facetas

ou do instrumento como um todo, e para acrescentar dados que não são solicitados especificamente pelo WHO-AIMS, mas que são relevantes para o sistema de saúde mental em seu país ou região. (4) **Histórico da colheita de dados**: Mantenha, por favor, um histórico da colheita de dados. Neste histórico você pode registrar as fontes de dados que usou para obter as informações sobre cada item, manter os dados do âmbito dos serviços e manter notas atualizadas pertinentes ao processo de colheita de dados.

É necessário listar todas as fontes?

Somente em algumas questões pede-se a indicação da fonte de dados. Entretanto, é útil manter-se um histórico pormenorizado sobre todas as fontes de dados, pois isto tornará futuras colheitas de dados mais rápidas e comparáveis ao longo do tempo.

E se meu país for muito grande para colher todos os dados?

O WHO-AIMS pode ser usado para avaliar o sistema de saúde mental de um país ou região (província, estado ou distrito). Se o país tiver uma população muito grande (por exemplo, a China ou a Índia) ou um vasto número de serviços de saúde mental (por exemplo, um país rico), talvez então, você possa considerar usar o instrumento no âmbito regional (província, estado ou distrito). É importante que você decida em que nível você quer fazer a colheita de dados, especificar claramente a região e responder a todas as questões para esse nível regional.

É preciso conservar os dados colhidos dos serviços de saúde mental?

A maior parte dos itens do WHO-AIMS envolve dados agregados. Entretanto, dados não agregados (p.ex. dados de um serviço de saúde mental em particular) podem ser importantes para o desenvolvimento e planejamento de um plano de ação para melhorar o sistema de saúde mental em seu país. Embora somente os dados agregados sejam relatados, é importante manter dados não agregados em seu histórico de colheita de dados.

Por que algumas palavras aparecem em itálico?

Toda palavra que no instrumento está em *itálico* figura na secção “termos freqüentes” no começo do instrumento. Essa secção fornece definições e descrições dos termos usados no WHO-AIMS. Essas definições são para serem usados estritamente no contexto do projeto WHO-AIMS e não devem ser considerados como definições oficiais da OMS. Todas as definições foram adaptadas para a avaliação do sistema de saúde mental.

E se a definição na secção de “termos freqüentes” for diferente da usada no meu país?

Salvo indicação em contrário, use, por favor, a definição fornecida na secção de “termos freqüentes”, mesmo se ela diferir da usada no seu país. Se as duas definições diferirem, por favor, registre esse fato na secção “notas sobre itens” no programa Excel.

O que significa o #?

Um # indica que os dados relevantes foram colhidos em um item anterior e não necessitam ser colhidos novamente. O programa de registro de dados Excel do WHO-AIMS cuida para que os dados marcados com um # sejam consistentes entre si.

Para alguns itens de múltipla escolha do WHO-AIMS (de A a E), pede-se para prover-se a "fonte de dados" ou a "melhor estimativa". Você pode explicar, por favor?

Mesmo que um dado preciso não esteja disponível para completar um item de múltipla escolha (p,ex. itens com opção de resposta de A a E), complete o item da melhor maneira que puder. Fontes de dados que poderiam ajudar a fazer uma melhor estimativa incluem grupos focais, peritos na área, consulta a fontes secundárias de dados, inquéritos específicos, ou formar uma comissão de informantes-chave.. Por favor, indique a fonte de dados empregada no espaço previsto no programa de entrada de dados. Se não dispuser de uma fonte de dados, por favor, faça sua melhor estimativa e marque a casa correspondente no programa de registro de dados.

Posso colocar informações sobre serviços ou programas que não estão incluídos no instrumento?

Pode. Recomendamos que se notem descrições ou dados que não são especificamente pedidos no WHO-AIMS. Esses relatos são oportunidades para descrever aspectos do seu sistema de saúde mental que não são cobertos pelo WHO-AIMS. Acrescente essas informações na secção **comentários/outras informações**, que se encontra ao final do instrumento.

Posso interpretar a informação contida nos itens como normas oficiais da OMS para sistemas de saúde mental?

Não. Este instrumento foi produzido para revelar deficiências e pontos fortes dos sistemas de saúde mental e a informação se destina basicamente para uso interno pelo país, a fim de melhorar seu sistema de saúde mental. O instrumento não deve ser interpretado como a posição oficial da OMS em relação a sistemas de saúde mental.

A OMS está disposta a ajudar na obtenção da cooperação necessária de parte das agencias nacionais e regionais?

Um relacionamento de cooperação com os órgãos nacionais e regionais (p.ex. Ministério da Saúde) é útil na colheita de dados. A OMS está disposta a contatar as agências nacionais ou regionais pertinentes para facilitar essa colaboração. As agências nacionais, como o Ministério da Saúde, serão instrumentais na facilitação de contactos e na colaboração com as agências regionais e os serviços de saúde mental.

E se minha dúvida não for esclarecida aqui nem em outros materiais de apoio?

Se você não encontrar resposta para sua dúvida neste manual nem em nenhum dos outros materiais de apoio, não hesite em contatar a equipe do WHO-AIMS em Genebra (e-mail: saxenas@who.int).

Anexo 7 – WHO-AIMS: Definições de alguns termos mais freqüentes

Os termos definidos a seguir são para uso exclusivo no contexto do projeto WHO-AIMS e não devem ser tomados como definições oficiais da OMS.Todas as definições foram formuladas especificamente para avaliar sistemas de saúde mental.
Ambulatório psiquiátrico exclusivo para crianças e adolescentes: Um serviço que segue a definição de *ambulatório psiquiátrico* mas que atende exclusivamente crianças ou adolescentes

Ambulatório psiquiátrico: Um serviço dedicado ao controle dos transtornos mentais e dos problemas clínicos e sociais que lhe são associados, em base ambulatorial.

- ***Inclui*:** Centros comunitários psiquiátricos ou de saúde mental; ambulatórios psiquiátricos ou de saúde mental; serviços ambulatoriais especializados em certos transtornos mentais ou em tratamentos especializados; clínicas externas de saúde mental em hospitais gerais, policlínicas de saúde mental; clínicas especializadas mantidas por ONGs com pessoal técnico de saúde mental e que provê cuidados ambulatoriais (p. ex., para vítimas de estupro ou moradores de rua). Incluem-se tanto as instituições públicas como as privadas, bem como os ambulatórios psiquiátricos que cuidam *exclusivamente de crianças e adolescentes* e de outros grupos específicos (idosos, por exemplo).
- ***Exclui*:** Consultórios particulares; serviços que tratam apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou de deficiência mental sem diagnóstico de outro transtorno mental.

Assistente social: Um/a profissional que completou uma formação formal em serviço social , em escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de assistente social. O WHO-AIMS computa apenas pela informação relativa aos assistentes sociais que trabalham em cuidados de saúde mental.

Atualização em psiquiatria/saúde mental: O fornecimento de conhecimentos e habilidades essenciais para a identificação, tratamento e encaminhamento de pessoas com transtornos mentais. A atualização da formação ocorre após os estudos universitários (ou escola profissionalizante). Oito horas de formação equivale a um dia de treinamento.

- **Inclui:** Treinamento em serviço.
- **Exclui:** Treinamento em neurologia, apenas.

Clínica de cuidados primários: Uma clínica que habitualmente é o primeiro ponto de entrada ao sistema de cuidados de saúde. As clínicas de cuidados primários de saúde usualmente oferecem avaliação e tratamento para as condições de saúde mais comuns e encaminham os que necessitam de diagnósticos e tratamentos mais especializados para os serviços com uma equipe com nível mais alto de treinamento.

Clínica não médica de cuidados primários de saúde: Uma *clínica de cuidados primários de saúde* sem um *médico de cuidados primários de saúde* em sua equipe regular.

Clínico complementar/alternativo/tradicional: Um clínico que pratica basicamente a medicina tradicional, complementar ou alternativa em lugar da medicina alopática/moderna.

Cuidados médicos primários de saúde. Uma clínica de cuidados primários de saúde com médicos de cuidados primários em sua equipe regular.

Educação do público e campanhas de conscientização: Esforços organizados e coordenados para educar o público e despertar a consciência a respeito de problemas relacionados à saúde mental, através de vários meios (p.ex., imprensa, brochuras, iniciativas de contacto pessoal).

- **Exclui:** Anúncios comerciais (p.ex., por companhias farmacêuticas); anúncios de estudos de pesquisa.

Enfermeiro de cuidados primários de saúde: Enfermeiro/a que trabalha numa *clínica de cuidados primários de saúde*.

Enfermeiro/a. Um/a profissional de saúde que completou um curso formal em enfermagem, em escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de enfermeiro/a.

Hospital de dia psiquiátrico exclusivo para crianças e adolescentes: Um serviço que obedece a definição de hospital dia psiquiátrico e atende exclusivamente crianças ou adolescentes.

Hospital de dia psiquiátrico: Um serviço que tipicamente atende usuários durante o dia. Estes serviços geralmente: (1) estão disponíveis para grupos de *usuários* ao mesmo tempo (ao invés de cuidados individuais), (2) esperam que o *usuário* permaneça no serviço mesmo nos períodos nos quais não esteja em contacto direto com a equipe (p.ex. o serviço não é baseado na simples vinda dos usuários para consultas e em sua partida imediatamente após) e (3) implicam uma freqüência de no mínimo meio dia ou o dia todo.

- ***Inclui*:** centros de dia; centros de cuidados diários, oficinas protegidas, casas-clube[14] centros de reabilitação (psicossocial)[15], oficinas de reabilitação/emprego; firmas sociais. Incluem-se tanto os serviços públicos como os privados, pagos ou gratuitos. *Serviços de hospital dia psiquiátricos somente para crianças e adolescentes* e serviços de hospital dia psiquiátricos para outros grupos específicos (p.ex., idosos) também estão incluídos.
- ***Exclui*:** serviços que tratam somente pessoas com diagnóstico de transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou com deficiência mental sem diagnóstico de outro transtorno mental; serviços inespecíficos, importantes para pessoas com transtornos mentais mas que não são planejados levando em conta suas necessidades específicas; os serviços de acompanhamento em hospital de dia para pacientes internados também estão excluídos

Hospital psiquiátrico: Um hospital especializado que proporciona tratamento de longa duração em regime de internação para pessoas com transtornos mentais. Usualmente esses serviços são independentes e isolados, embora possam ter alguns vínculos com o restante do sistema de saúde mental. O nível de especialização varia consideravelmente: em alguns casos são oferecidos apenas

[14] Segundo o modelo da Fountain House.
[15] CAPS e NAPS, no Brasil.

serviços custodiais de longa duração, em outros casos, serviços especializados de curta duração estão também disponíveis (serviços de reabilitação, unidades especializadas para crianças e idosos, etc.)

- ***Inclui*:** Serviços públicos e privados, pagos ou gratuitos; hospitais psiquiátricos somente para crianças e adolescentes e hospitais psiquiátricos para outros grupos específicos (p.ex. idosos) também estão incluídos.
- ***Exclui*:** *Unidades de internação psiquiátrica integradas à comunidade*; unidades forenses de internação e hospitais forenses; serviços que tratam apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou com deficiência mental sem um diagnóstico concomitante de outro transtorno mental.

Intervenções psicossociais: Uma intervenção que emprega fundamentalmente métodos psicológicos ou sociais para o tratamento e/ou reabilitação de transtornos mentais ou desconforto psicossocial significativo.

- ***Inclui*:** psicoterapia, aconselhamento, atividades com familiares e tratamentos psico-educacionais, atividades de reabilitação (da menos à mais estruturada: lazer e atividades socializantes, treinamento de habilidades sociais e interpessoais, atividades ocupacionais ou treino vocacional, emprego protegido) e fornecimento de apoio social.
- **Exclui:** Não inclua entrevistas iniciais, avaliações e consultas de seguimento psicofarmacológico como intervenções psicossociais.

Legislação de saúde mental: Provisões legais relacionadas à saúde mental. Essas provisões usualmente tipicamente abordam questões como a proteção dos direitos civis e humanos de pessoas com transtornos mentais, os serviços de tratamento e sua estrutura, o pessoal e sua formação profissional.

Leito: Um leito disponível ininterruptamente para os cuidados diurnos e noturnos de uma pessoa com transtornos mentais.

Médico de cuidados primários de saúde: Um clínico geral, médico de família, ou outro medico não especializado que trabalha numa *clínica de cuidados primários*.

Médico: Um profissional de saúde com uma graduação em medicina moderna autorizado/licenciado a praticar a medicina segundo a legislação vigente no país.

Número de internações: O número de internações em um ano é a soma de todas as internações ocorridas no serviço durante o ano. No WHO-AIMS, este número decorre de uma contagem múltipla. Em outras palavras, se um usuário for admitido duas vezes, isso será contado como duas internações.

Número de pacientes tratados no *hospital psiquiátrico*: (a) o número de pacientes no *hospital psiquiátrico* no começo do ano mais (b) o número de internações durante o ano.

Número de pacientes tratados nos *serviços residenciais comunitários*: (a) o número de *usuários* no serviço no começo do ano mais (b) o número de admissões ao serviço durante o ano.

Número de usuários tratados em um ambulatório psiquiátrico: O número de *usuários* com ao menos um contacto ambulatorial com o serviço. Um contacto se

refere a uma intervenção de saúde mental fornecida por algum membro da equipe do serviço, dentro ou fora do mesmo.

Número de usuários tratados em um *hospital de dia psiquiátrico*: O número de *usuários* com pelo menos um atendimento para tratamento no serviço, durante o ano.

Outros profissionais de saúde ou de saúde mental: Um trabalhador de saúde ou saúde mental que possue alguma formação em cuidados de saúde ou cuidados de saúde mental mas não se enquadra em nenhuma das categorias profissionais definidas (p.ex., médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais).

- ***Inclui*:** Trabalhadores de cuidados primários não médicos / não enfermeiros, conselheiros profissionais e para-profissionais, educadores especializados em saúde mental e pessoal auxiliar.
- ***Exclui*:** Este grupo não inclui a equipe geral de serviços de apoio dos locais de cuidados saúde ou saúde mental (p.ex. cozinha, limpeza, segurança).

Outros serviços residenciais: Um serviço residencial que abriga pessoas com transtornos mentais mas não se enquadra na definição de *serviços residenciais comunitários* ou outro serviço de saúde mental definido por este instrumento (*unidade de internação psiquiátrica comunitária, serviço residencial comunitário, unidade de internação forense, hospital psiquiátrico*). Incluem-se os serviços residenciais especializados para pessoas com deficiência mental, para pessoas com problemas de abuso de drogas, ou para pessoas com demência. Também estão incluídos serviços residenciais que formalmente não são serviços de saúde mental, mas cuja maioria de seus residentes tem um transtorno mental diagnosticável.

Proteção dos direitos humanos dos usuários /pacientes: Ações relacionadas com as seguintes medidas para assegurar a proteção dos direitos humanos dos *usuários*: tratamento menos restritivo, consentimento informado para o tratamento, confidencialidade, uso de contenção e de isolamento apenas em casos excepcionais, procedimentos de internação e de tratamento voluntários e involuntários, procedimentos de alta, procedimentos de registro de queixa e de apelação, proteção contra maus-tratos por parte do pessoal, e proteção dos bens do *usuário*.

Psicólogo/a: Um/a profissional que completou uma formação formal em psicologia, em escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de psicólogo/a. O WHO-AIMS computa apenas pela informação relativa aos psicólogos que trabalham em cuidados de saúde mental.

Psiquiatra: Um médico que tenha feito pelo menos dois anos de formação pós-graduada em psiquiatria em uma instituição de ensino reconhecida. Este período pode incluir a formação em qualquer sub-especialidade da psiquiatria.

Serviço integrado à comunidade: Um serviço de saúde mental fora do *hospital psiquiátrico*.

Serviço residencial comunitário: Um serviço de saúde mental comunitário não hospitalar, que provê acomodação noturna para pessoas com transtornos mentais. Frequentemente esses serviços são destinados à *usuários* com transtornos mentais relativamente estabilizados, que não requerem intervenções médicas intensivas.

- ***Inclui*****:** residências protegidas, lares abrigados, pensões protegidas, com ou sem a supervisão de pessoal, que pode ser permanente ou visitante; albergues com pessoal (de enfermagem ou outro) presente 24 h por dia; comunidades terapêuticas. Estão incluídos tanto os serviços públicos como os beneficentes e os pagos. *Serviços* residenciais *comunitários somente para crianças e adolescentes e serviços residenciais comunitários* para outros grupos específicos (p.ex. idosos) também estão incluídos.
- ***Exclui*****:** serviços que tratam somente pessoas com diagnóstico de transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou de deficiência mental; serviços residenciais em *hospitais psiquiátricos*; serviços inespecíficos, importantes para pessoas com transtornos mentais mas que não são planejados levando em conta suas necessidades específicas (p.ex. asilos para idosos, instituições que tratam principalmente doenças neurológicas ou deficiências físicas).

Serviços residenciais comunitários somente para crianças e adolescentes: um serviço que se enquadra na definição de *serviços residenciais comunitários,* mas que atende exclusivamente crianças ou adolescentes.

- ***Exclui*****: S**erviços para crianças com problemas sociais (p.ex. órfãos, crianças de famílias desagregadas) sem necessariamente um transtorno mental.

Terapeuta ocupacional: Um/a profissional de saúde que completou um curso formal em terapia ocupacional, numa escola de nível universitário legalmente habilitada para fornecer diploma ou título de terapeuta ocupacional.

Trabalhadores de cuidados primários de saúde não médicos / não enfermeiros: Funcionário de uma clínica de cuidados primários de saúde que presta cuidados básicos de saúde e que mantém um vínculo formal com outros componentes do sistema de saúde. Esses funcionários incluem técnicos em medicina, trabalhadores de saúde multifuncionais, assistentes de saúde, trabalhadores comunitários de saúde, entre outros. A formação e as funções desses trabalhadores varia segundo o país, mas em geral é mais restrita que as de médicos e enfermeiros. Suas atividades podem ser supervisionadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

Unidade de internação psiquiátrica na comunidade: Unidade psiquiátrica que provê internação para manejo de transtornos mentais em um serviço comunitário. Estas unidades geralmente estão localizadas em hospitais gerais, e provêm cuidados a *usuários* com problemas agudos; o período de estadia em geral é curto (semanas a meses).

- ***Inclui***: Serviços público ou privado, grátis ou contra pagamento; unidades de internação psiquiátrica comunitária somente para crianças e adolescentes; unidades de internação psiquiátrica comunitária para outros grupos específicos (p.ex. idosos).
- ***Exclui*****:** *Hospitais psiquiátricos*; *serviços residenciais comunitários*; e outros serviços que tratam somente pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substancias, ou com deficiência mental.

Unidade de psiquiatria forense: Unidades de internação mantidas exclusivamente para a avaliação ou tratamento de pessoas com transtornos mentais e que estão

envolvidas com o sistema de justiça criminal. Estas unidades podem estar localizadas em *hospitais psiquiátricos,* em hospitais gerais ou em qualquer outro lugar.

Usuário/Consumidor/Paciente: Uma pessoa que recebe cuidados de saúde mental. Estes termos são usados em diferentes lugares e por grupos diferentes de clínicos e de pessoas com transtornos mentais,e são usados como sinônimos no WHO-AIMS.

Os termos empregados no WHO-AIMS provêm principalmente das seguintes fontes:

Johnson S, Kuhlmann R; EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000; 405:14-23.

World Health Organization (2001). *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Legislation and Human Rights.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Financing*. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Advocacy for Mental Health Mental Health Legislation and Human Rights.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

<u>Anexo 8</u> - Ofício do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

UNISANTOS
Universidade Católica de Santos

Santos, 24 de Abril de 2007.

Vimos através deste, solicitar vossa atenção, na colaboração com relação ao levantamento de dados referentes a pesquisa "A Avaliação das Necessidades de PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial", desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Psiquiátrica da Baixada Santista, do Programa de Saúde Coletiva da Unisantos, cujo responsável é o Dr. Sérgio B. Andreoli.

O objetivo desta pesquisa é entender a situação atual no Campo da Saude Mental e planejar futuras ações.

A Srta Ana Rosa Platzer é assistente Social e uma das responsáveis pela colheita de dados da referida pesquisa.

Desde já agradecemos a valiosa colaboração e, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli
Professor no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Anexo 9 – Relação dos Medicamentos de Saúde Mental

MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - SAÚDE MENTAL - SES/SP	
SUBSTÂNCIA	**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA**
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL DECANOATO	ANTIPSICÓTICO
CLORPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
CLORPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
LEVOMEPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
PROMETAZINA	ANTIPARKINSONIANO
BIPERIDENO	ANTIPARKINSONIANO
BIPERIDENO	ANTIPARKINSONIANO
IMIPRAMINA	ANTIDEPRESSIVO
CLOMIPRAMINA	ANTIDEPRESSIVO
FLUOXETINA	ANTIDEPRESSIVO
AMITRIPTILINA	ANTIDEPRESSIVO
CARBAMAZEPINA	ESTABILIZADOR DE HUMOR
CARBONATO DE LÍTIO	ESTABILIZADOR DE HUMOR
DIAZEPAM *	ANSIOLÍTICO, HIPNÓTICO
NITRAZEPAM	ANSIOLÍTICO, HIPINÓTICO
TIAMINA	SUPLEMENTO VITAMÍNICO
TIORIDAZINA	ANTIPSICÓTICO
NORTRIPTILINA	ANTIDEPRESSIVO
SERTRALINA	ANTIDEPRESSIVO
ACIDO VALPRÓICO	ESTABILIZADOR DE HUMOR
CLONAZEPAM	ANSIOLÍTICO, HIPNÓTICO
NALTREXONA	INIBIDOR OPIÁCEO (TRATAMENTO DEPENDÊNCIA OPIÁCEOS E ÁLCOOL)

* Medicamento não pertence mais ao Programa Dose certa - Saúde Mental, mas ainda é fornecido pela SES/SP

MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - SAÚDE MENTAL - SMS/PMS	
MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO EM CARÁTER EXCEPCIONAL - SES/SP	
SUBSTÂNCIA	**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA**
OLANZAPINA	ANTIPSICÓTICO
OLANZAPINA	ANTIPSICÓTICO
RISPERIDONA	ANTIPSICÓTICO
RISPERIDONA	ANTIPSICÓTICO
CLOZAPINA	ANTIPSICÓTICO
CLOZAPINA	ANTIPSICÓTICO
QUETIAPINA	ANTIPSICÓTICO
QUETIAPINA	ANTIPSICÓTICO
QUETIAPINA	ANTIPSICÓTICO
SUBSTÂNCIA	**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA**
TIORIDAZINA	ANTIPSICÓTICO
LEVOMEPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
LEVOMEPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
PERICIAZINA	ANTIPSICÓTICO
CLORPROMAZINA	ANTIPSICÓTICO
HALOPERIDOL	ANTIPSICÓTICO
PROMETAZINA	ANTIPARKINSONIANO
DIAZEPAN	ANSIOLÍTICO, HIPINÓTICO
MIDAZOLAM	ANSIOLÍTICO, HIPINÓTICO
FENITOÍNA	ANTICONVULSIVANTE
FENOBARBITAL	ANTICONVULSIVANTE

Anexo 10 – Plano Pluri Anual – Coordenadoria de Saúde Mental – 2005-2008

MISSÃO

Assegurar a gestão e execução da Política de Saúde Mental do Município de Santos em consonância com as Políticas Estadual e Federal , através de ações de promoção, prevenção e assistência,contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais e sua família.

VALORES

- Universalidade
- Integralidade
- Eqüidade
- Ética
- Direitos Humanos

VISÃO DE FUTURO

Usuários e Familiares com uma maior expectativa de vida, menor incidência de doenças e incapacidades, convivendo num ambiente saudável, com maior autonomia, exercendo o controle social em condições de bem estar, amparados por uma rede de proteção social centrada num sistema de saúde integrado, tendo como base, uma atenção em saúde mental universal e regionalizada, dentro de um padrão eficiente, resolutivo e humanizado.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

- Pautada nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica;
- Garantia do atendimento no SUS mas, não restringir esta questão a uma problemática exclusiva da Saúde;
- Ênfase na criação de uma rede de serviços ambulatorial, integrada a rede SUS, que utiliza a internação em caráter complementar, somente quando necessária e esgotada as alternativas ambulatoriais;
- Baseada no respeito aos Direitos Humanos.

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL - Princípios Orientadores Básicos (OPAS/OMS-2001)

- Diagnóstico
- Intervenção Precoce
- Ampla Variedade de Serviços
- Participação do Usuário
- Parceria com a Família
- Envolvimento da Comunidade Local
- Integração na Atenção Primária de Saúde

DIRETRIZ	JUSTIFICATIVA	OBJETIVO	AÇÃO
Rede terciária de Atenção em SM a crianças e adolescentes	O estabelecimento de leitos em hospital geral oferece uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em serviços extra-hospitalares. Não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital.	Garantir o atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais em quadros agudos.	Criar leitos de referência em SM para internação de crianças e adolescentes.
Expansão dos serviços de atenção psicossocial – álcool e outras drogas	Implementar a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; facilitando o acesso. Pela população de Santos, comporta pelo menos mais 01 CAPS ad II (Portaria GM 336/02). OU Ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede SUS, estruturando e fortalecendo a rede de assistência territorializada, centrada na atenção comunitária articulada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários.	Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros	Implantar 01 CAPS ad II na Zona Noroeste.
Urgência/emergência psiquiátrica	Segundo a Portaria 224/92, pressupõe uma rede de serviços de saúde mental diversificada,	Garantir um serviço para atendimento em situação de urgência-emergência, bem	Criação de leitos de repouso e observação (até 72h) no

	das quais consta os serviços de urgência/emergência psiquiátrica.	estruturado para este fim, bem como para avaliação da necessidade de internação dos pacientes atendidos. O paciente pode, após período de 72h, ser encaminhado para internação hospitalar psiquiátrica ou para atendimento em serviço como Ambulatório ou CAPS (NAPS).	PS Psiquiátrico da Zona Noroeste.
Atenção em Saúde Mental de Crianças	Cuidar de crianças e adolescentes deve ser um compromisso ético de qualquer sociedade. Dentre os agravos à saúde mental de crianças, encontramos algumas situações particularmente delicadas que reclamam ações de prevenção e reabilitação para reverter ou impedir o agravo.	Prestar assistência psicossocial a crianças portadoras de transtorno mental prioritariamente severo e persistente e suas famílias, com ênfase na reabilitação e inserção social de seus usuários.	Implantar 01 CAPS i II
Atenção em Saúde Mental ao Adolescente	Dados epidemiológicos apontam para uma prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes em torno de 10 a 15%, chegando até 21%, se tomarmos apenas a população adolescente com mais de 15 anos.	Desenvolver 03 núcleos de ação: assistencial (CAPS i II), Projetos e Formação; Prevenção e Supervisão da rede básica. visando a atenção integral ao adolescente numa perspectiva de rede.	Implantar o Centro de Referência do Adolescente - CRA
Atenção em Saúde Mental ao Adolescente	As unidades básicas de referência para o atendimento a	Realizar o tratamento, a orientação, como	Criar núcleos de atendimento

	adolescentes funcionará como porta de entrada do sistema, em consonância com os princípios do SUS.	também a promoção da saúde mental. Visa atingir a população de adolescentes com transtornos leves e moderados.	na rede básica de saúde
Expansão de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas	Não existe na região da Baixada Santista e nem na referência estadual leitos especializados para desintoxicação, necessários na rede de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.	Realizar tratamento especializado a esta clientela em regime de internação, em Hospital Geral.	Implantar leitos de desintoxicação de álcool e outras drogas
RH	Os serviços CAPS do Município de Santos são cadastrados junto ao Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria GM nº 336/02, que estabelece o quadro de RH mínimo para a complexidade deste serviço, bem como os outros serviços também possuem legislações pertinentes.	Dotar os serviços de equipes multiprofissionais preconizadas nas legislações vigentes, garantindo a qualidade da atenção prestada na rede de SM .	Contratação de RH,
Álcool e outras drogas - prevenção		Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas	Contratar RH para o CEMPRI
Capacitação - RH	A evolução do conhecimento na área da saúde exige dos seus profissionais um processo de formação continuada	Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de SM e da	Definir planos e programas de treinamento e capacitação de RH nas áreas de prevenção,

	e torna crucial a aproximação entre a rede assistencial e os centros de pesquisa e ensino. Esses, por sua vez, precisam ser chamados a contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade da assistência.	rede de saúde/social.	vigilância e assistência.
Residências Terapêuticas	Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. Esses serviços vêm garantir a assistência ntegral em saúde mental.	Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia.	Implantar serviços de residências terapêuticas
Informação – banco de dados		Acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa de Saúde Mental, definindo seus indicadores.	Criar um sistema de informação epidemiológica e assistencial
Atenção Ambulatorial	A dificuldade de vinculação por conta da distância, para os moradores da ZN,	Oferecer atendimento psiquiátrico e psicológico às	Criar o serviço psiquiátrico e psicológico no AMBESP da

	no único serviço ambulatorial para os casos leves e moderados em SM, no AMBESP-Centro.	pessoas portadora de transtornos leves e moderados na Zona Noroeste	Zona Noroeste.
Tabagismo	O Programa Nacional de Controle do Tabagismo é normatizado através da Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004 e da Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. É prioridade do CRATOD/SES, implantar na rede de Saúde Mental a Atenção Integral de combate ao tabagismo.	Desenvolver ações de prevenção e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS),	Criar 03 unidades de referência para o Tabagismo: CAPS ad II – SENAT; AMBESP-ZN e Policlínica do Embaré
Divulgação do Programa de Saúde Mental	"A propaganda é a alma do negócio", ou seja, a compreensão da política de SM, do funcionamento dos serviços e das atualizações da rede é fundamental para que as pessoas participem do processo, facilitando a vida do usuário e do funcionário no tocante a referência e contra-referência.	Conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações preventivas e assistenciais previstas na SM.	Realização de seminários, reuniões, encontros e supervisão, bem como desenvolver panfletos, folders, promover publicações de textos,etc
Saúde Mental na Atenção Básica	A atenção básica (especialmente o PSF) tem um papel estruturante na organização dos serviços. As queixas psíquicas são a segunda causa mais freqüente de procura por atendimento na atenção básica. Dados	Estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes menos graves para a atenção especializada; Ampliar e antecipar a detecção de	Contratação de RH e capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica.

	epidemiológicos brasileiros revelaram elevada prevalência de transtornos mentais naqueles que procuram a atenção básica: 35.5% do total de usuários, com parciais de 15.8% (depressão), 22.6% (ansiedade generalizada) e 4.1% (alcoolismo).	casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento	
Comunidades Terapêuticas	As conseqüências, diretas e indiretas, do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas não apenas no contexto da rede pública de saúde, mas principalmente nas várias interfaces da vida social: na família, trabalho, trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, mulheres e crianças, no aumento da criminalidade, etc.Ciente deste fato, o Ministério da Saúde vem definindo, ao longo do tempo, estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social. No	Oferecer tratamento alternativo ao ambulatorial, após avaliação da necessidade deste tipo de intervenção pela equipe técnica do CAPS ad II – SENAT.	Estabelecer convênio com C.T. vistoriada, aprovada e recomendada pela Comissão Municipal de avaliação das C.T., pelo CMS e COMAD.

	entanto, nem todos os usuários aderem ao tratamento ambulatorial e, as comunidades terapêuticas complementam esta rede de atenção.		

Anexo 11 -Tabela Salarial – Fevereiro 2006

TABELA SALARIAL
FEVEREIRO DE 2006

AUXILIAR DE ENFEMAGEM
NÍVEL N-G

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMENT.	TOTAL
24 H/SEM.	299,20	247,14	546,34	20,45	77,00	643,79
36 H/SEM.	448,79	370,70	819,49	30,67	154,00	1.004,16
40 H/SEM.	498,66	411,89	910,55	34,08	154,00	1.098,63
PLANTÃO NORMAL: R$ 20,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 50,00			

* AJUDANTE GERAL

ENFERMEIRO + N.U
NÍVEL N-O

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMENT.	TOTAL
24 H/SEM.	490,87	403,30	894,17	20,45	77,00	991,62
30 H/SEM.	613,58	504,12	1.117,70	25,56	154,00	1.297,26
36 H/SEM.	736,3	604,94	1.341,24	30,67	154,00	1.525,91
40 H/SEM.	818,11	672,16	1.490,27	34,08	154,00	1.678,35
PLANTÃO NORMAL: R$ 40,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 90,00			

MÉDICO, MÉDICO VETERINÁRIO E CIRURGIÃO-DENTISTA
NÍVEL N-O

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX.ALIMENT.	TOTAL
20 H/SEM.	409,06	1.233,93	1.642,99	17,04	77,00	1.737,03
24 H/SEM.	490,87	1.480,71	1.971,58	20,45	77,00	2.069,03
30 H/SEM.	613,58	1.850,86	2.464,44	25,56	154,00	2.644,00
36 H/SEM.	736,30	2.221,05	2.957,35	30,67	154,00	3.142,02
40 H/SEM.	818,11	2.467,93	3.286,04	34,00	154,00	3.474,02
PLANTÃO NORMAL: R$ 70,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 190,00			

SESPSIM + 2.490,00

TÉCNICO DE ENFERMAGEM / OFICIAL ADM / A.T.
NÍVEL N-L

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMEN.	TOTUAL
24 H/SEM.	392,96	298,73	691,69	20,45	77,00	789,14
36 H/SEM.	589,44	448,09	1.037,53	30,67	154,00	1222,20
40 H/SEM,	654,93	497,88	1.152,81	34,08	154,00	1340,89

TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
NÍVEL N-J

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIM.	TOTAL
24 H/SEM.	366,07	269,68	635,75	20,45	77,00	733,20
30 H/SEM.	457,59	337,11	794,7	25,56	154,00	974,26
36 H/SEM.	549,11	404,53	953,64	30,67	154,00	1.138,31
40 H/SEM.	610,12	449,47	1.059,59	34,08	154,00	1.247,67
PLANTÃO NORMAL.: R$ 30,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 70,00			

TÉCNICO DE RAIO-X
NÍVEL N-J

JORNADA	SALÁRIO BASE	PCCS	SUBTOTAL	ABONO	AUX. ALIMEN.	TOTAL
24 H/SEM.	366,07	693,52	1.059,59	20,45	77,00	1157,04
PLANTÃO NORMAL: R$ 30,00			PLANTÃO EXTRA: R$ 70,00			

SRH/SMS

25/4/2006