



## Saúde mental no SUS

**1 - Modelo de atenção ao paciente com transtornos mentais no SUS** O modelo de atenção aos pacientes com transtornos mentais previsto pelo Ministério da Saúde para o SUS busca garantir os direitos conferidos pela Lei nº 10.216/01, **direito de ser tratado preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental, direito à inserção na família, no trabalho e na comunidade.**

O art. 5º desta lei prevê que **“o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.”**

Para tanto, o Ministério da Saúde tem perseguido a mudança do modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na excepcionalidade da internação e prevalência de assistência extrahospitalar.

O modelo preconizado pelo Ministério da Saúde é o **atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência**, entendidos como aqueles internados por período superior a um ano, por meio de **projeto terapêutico voltado para a reinserção social.**

Embora a lei garanta a inserção na família (art. 2º, parágrafo único, inciso II), nem sempre ela é possível, pois depende das condições econômicas e sociais dos familiares.

Para possibilitar a alta de pacientes para os quais a volta à família tornou-se impossível ou inadequada à reinserção social, foram criados os **serviços residenciais terapêuticos (SRT).**

A fim de incentivar o retorno familiar, a Lei nº 10.708/2003 criou a possibilidade de pagamento de benefício assistencial mensal temporário de R\$ 260,00 (**Programa De Volta para Casa**).

Ainda no intuito de auxiliar a reinserção social, há programas de reinserção no trabalho e geração de renda.

Outro instrumento da política é a avaliação dos hospitais psiquiátricos por meio

do **Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar**, especialmente voltado para Psiquiatria, (**PNASSH – Psiquiatria**), com o objetivo de garantir assistência adequada e a existência de projeto terapêutico individual de alta planejada. Os resultados das avaliações já realizadas levou à adequação de várias unidades, fechamento e indicação ao descredenciamento do SUS de outras.

Embora o Ministério da Saúde tenha contribuído para a mudança do modelo de atenção com a normatização dos serviços extrahospitalares de atenção à saúde mental no âmbito do SUS, com a criação de incentivos financeiros e avaliação dos hospitais psiquiátricos, é fundamental que o Ministério realize a articulação com os demais gestores para que as políticas previstas em suas portarias sejam efetivamente implantadas para substituição do modelo existente para garantia dos direitos previstos na Lei nº 10.216/2001.

O resumo da política do Ministério da Saúde encontra-se na página da Secretaria de Atenção à Saúde, que sugere as orientações aos gestores.

## **2 - Histórico da mudança do modelo de atenção aos pacientes com transtornos mentais no SUS<sup>1</sup>**

Na década de 80 surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Brasil surgiu na cidade de São Paulo, em 1987.

Em 1989 iniciou-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Foram implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas e residências para os egressos do hospital e associações.

O Brasil participou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente – Organização Pan-Americana de Saúde, e é signatário, desde 1990 da Declaração de Caracas, comprometendo-se a desenvolver esforços no sentido de superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A partir de 1992 surgiram leis estaduais (CE, DF, ES, MG, PR, PE, RN e RS). No ano de 1992 foi editada a Portaria SNAS nº 224, de 29/01/92, que

---

<sup>1</sup> Informações retiradas do documento publicado pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação Geral de Saúde Mental "Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas". OPAS. Brasília, novembro de 2005. O documento está disponível no endereço <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>

estabeleceu as diretrizes e normas no âmbito do SUS, tanto para o atendimento hospitalar (em hospital dia, urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria) quanto ambulatorial (em unidades básicas, centro de saúde e ambulatório, e em núcleos ou centros de atenção psicossocial – NAPS/CAPS - , baseada nas experiências iniciadas na década de 80).

Esta portaria proibiu a existência de espaços restritivos e garantiu regras mínimas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos.

Nessa década houve avanços em direção à reversão do modelo psiquiátrico tradicionalmente hospitalocêntrico e asilar que se estabeleceu no país, por mais de 150 anos, com a redução de 57 hospitais psiquiátricos, com a conseqüente diminuição de cerca de 30.000 leitos, que foram substituídos por mais de 100 serviços de cuidados extra-hospitalares e cerca de 2000 leitos para assistência à saúde mental em hospitais gerais.

Tais avanços culminaram na criação de um programa permanente de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental, visando à consolidação dos avanços e a criação de mecanismos para a reversão do modelo existente e estabelecendo mecanismos de avaliação e supervisão continuadas dos serviços hospitalares e ambulatoriais, previsto na Portaria nº 799/2000.

Neste ano o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 106, de 11/02/2000, que criou os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, entendidos como “moradias ou casa inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.” (art. 1º, parágrafo único), a fim de substituir a internação psiquiátrica prolongada.

A partir de então a política pública para a saúde mental, seguindo as diretrizes da Declaração de Caracas, passou a considerar que as internações em hospitais especializados em psiquiatria **devem ocorrer somente naqueles casos em que foram esgotadas todas as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes**, partindo da premissa de que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais.

O novo modelo de atenção deixou de estar previsto unicamente em portarias do Ministério da Saúde e algumas leis estaduais e passou a ter sede na Lei nº 10.126/2001, que reconheceu o direito à reinserção social dos pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental,

de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. **São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:**

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, **visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;**

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - **ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;**

IX - **ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.**

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º **A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.**

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º **É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares,** ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

**Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida,** sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Em 31/01/2002 foi editada a Portaria GM nº 251, que instituiu o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar em psiquiatria e hospitais gerais com enfermaria ou leitos psiquiátricos.

**- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria.**

O resultado da primeira avaliação foi homologado pela Portaria SAS nº1001, de 20/12/2002, que considerou que os hospitais psiquiátricos do SUS devem atingir a pontuação mínima de 61%. Diante da pontuação insuficiente de algumas unidades foi fixado o prazo de 90 dias para adequação e nova avaliação.

O resultado da nova avaliação foi homologado em 18/06/2003, pela Portaria SAS nº 150. Oito hospitais não obtiveram a pontuação mínima (Anexo II).<sup>2</sup> Nestes casos, foi determinado ao gestor local a adoção de providências para a suspensão de novas internações e descredenciamento, planejando a substituição da assistência (art. 3º e 4º).

No ano de 2002 foi editada a Portaria nº 336, de 19/02/2002, para atualização das normas que regulavam o atendimento hospitalar e ambulatorial (Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992). A Portaria definiu os **Centros de Atenção Psicossocial**<sup>2</sup> em diferentes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, em grau crescente de complexidade e abrangência populacional e CAPSad II, para transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e CAPSi II, para crianças e adolescentes.

A portaria considera CAPS I o serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com 20.000 a 70.000 habitantes, e prevê o atendimento individual, em grupos, à família, visitas domiciliares, atividades comunitárias e oficinas terapêuticas.

A portaria considera CAPS II o serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com 70.000 a 200.000 habitantes, com as mesmas responsabilidades e atividades do CAPS I.

---

<sup>2</sup>Mais detalhes sobre a avaliação no item 3.4.

O CAPS III é o serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com mais de 200.000 habitantes, que além das atividades e responsabilidades dos outros CAPS, deverá funcionar 24h e estar referenciado a um serviço de urgência/emergência da região, e realizar o acolhimento noturno, em feriados e finais de semana.

Além destes serviços são previstos CAPSi II, para atendimento de crianças e adolescentes, em municípios com mais de 200.000 habitantes e CAPSad II, para pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, em municípios com mais de 70.000 habitantes.

Em 30/04/2002 foi editada a Portaria nº 816, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, com alocação de recursos para esta finalidade e definição de competências dos gestores.

Na Portaria nº 2391, de 26/12/2002, foi regulamentado o controle das internações psiquiátricas, voluntárias, involuntárias e compulsórias. Note-se que esta Portaria foi resultado da articulação da PFDC e Ministério da Saúde.

O financiamento dos serviços residenciais terapêuticos e do atendimento em CAPS é realizado com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, do Ministério da Saúde, de acordo com as Portarias nº 1220, de 07/11/2000, e nº 626, de 01/04/2002.

A implantação destes serviços foi objeto de várias portarias que prevêem incentivos financeiros pagos pelo Ministério da Saúde aos municípios e estados.

Inicialmente o financiamento para implantação de serviços residenciais terapêuticos era realizado por convênios entre Ministério da Saúde e gestores locais, mas no momento o financiamento é realizado pelo pagamento de incentivo previsto na Portaria nº 246 de 17/02/2005. O repasse é feito previamente à implantação do serviço, para evitar eventuais dificuldades orçamentárias dos gestores.

Os medicamentos para pacientes com transtornos mentais são fornecidos pelas secretarias municipais, no componente básico de assistência farmacêutica, de acordo com a Portaria nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007, e estaduais, quando incluídos no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, regulado pela Portaria nº 2577/2006.

A Portaria nº 3.237 revoga a partir de 1º de fevereiro de 2008 a Portaria nº 1077/99, que cuida do Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. Segundo esta Portaria, cabia aos gestores estaduais e do Distrito Federal a coordenação da implementação do

Programa em seu âmbito (art. 1º, § 1º). O financiamento era realizado mediante o repasse de 80% do valor pelo Ministério da Saúde e a contrapartida de 20% dos estados e Distrito Federal (art. 5º).

No ano de 2003 foi publicada a Lei nº 10.708/2003, que prevê o pagamento de benefício assistencial mensal de R\$ 260,00, pago durante um ano, aos pacientes egressos de internação psiquiátrica por período igual ou superior a um ano. No entanto, é necessário que o município seja credenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria nº 2077/GM de 31/10/03.

A Portaria nº 52, de 20/01/2004 instituiu o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica no SUS determinando a redução progressiva dos leitos conveniados contratados com SUS.

Há mais informações sobre histórico e modelos de atenção ao paciente com transtornos mentais no *site* da associação Brasileira de Psiquiatria, no documento intitulado "Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil – 2006"

### **3 - Situação atual da Saúde Mental no Brasil**

No relatório da Coordenação Geral de Saúde Mental, apresentado na Comissão Intergestores Tripartite em fevereiro de 2007, intitulado "Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção - Relatório de Gestão 2003-2006" há dados sobre os avanços e dificuldades na mudança do modelo<sup>3</sup>.

O relatório enumera como principais avanços:

#### **3.1 - Número de CAPS**

De acordo com o relatório do Ministério da Saúde "a relação serviço/população, de fato, é um dos principais indicadores da adequação da rede às demandas da população. Como resultado deste processo, a rede CAPS totalizou 1011 serviços no ano de 2006. Temos hoje 430 CAPS I, 320 11 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPSi e 138 CAPSad e os CAPS estão presentes em todos os estados da federação."<sup>4</sup>

Segundo o relatório, apenas 6 dos 74 municípios com mais de 300.000 habitantes não têm um serviço tipo CAPS em sua rede de atenção à saúde e a maioria dos serviços ainda se concentra nas regiões Sul e Sudeste.

Segundo ilustração existente na publicação<sup>5</sup>, utilizando como critério a cobertura CAPS/100.000 habitantes em todo o país, a cobertura está classificada em:

**Insuficiente ou crítica(abaixo de 0,20): no estado do AM e no DF;**

<sup>3</sup>"Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção - Relatório de Gestão 2003-2006" Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007. O texto está disponível no endereço [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2006.pdf)

<sup>4</sup> - idem, p. 11-12

<sup>5</sup> Idem, p.17

**Baixa (de 0,20 a 0,34): AC, AP, GO, PA, PE, RR e TO;**

**Regular/baixa (de 0,35 a 0,49): BA, ES, MA, MG, MS, PI, PR, RJ, RO e SP;**

**Boa (de 0,50 a 0,69): AL, CE, MT, RN e SC;**

**Muito boa (a partir de 0,70): PB, RS e SE.**

### **3.2 - Número de serviços residenciais terapêuticos - SRT**

Em dezembro de 2002 havia 82 serviços residenciais terapêuticos e ao final de 2006 havia 275 serviços, que acolhem aproximadamente 2.500 moradores.

### **3.3 - Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar: redução de leitos e mudança do perfil dos hospitais**

Entre os anos de 2003 e 2006 foram reduzidos 11.826 leitos. Além disso, no período 2004-2006, houve uma reconfiguração dos portes dos hospitais. Em 2002, havia **24,11%** dos leitos nos hospitais até 160 leitos (hospitais de pequeno porte). Em 2006, **42,53%** dos leitos estão em hospitais deste porte.

### **3.4 - Resultados do PNASH/Psiquiatria**

A avaliação revelou dados importantes para a reorientação da assistência psiquiátrica hospitalar. Nas duas avaliações realizadas foram constatados problemas graves na assistência prestada pelos hospitais, segundo dados do Relatório de Gestão 2003-2006 da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (fls. 26-27):

**“Projeto terapêutico.** A maioria dos hospitais não possuía um projeto terapêutico para seus pacientes, ou o projeto apresentado não condizia com a prática institucional. Em 2002, os hospitais foram muito mal avaliados neste item: 62,30% foram avaliados como regulares e ruins e 14% como péssimos.

Em 2004, aumentaram os hospitais avaliados como péssimos (18%) e aumentaram os hospitais regulares e ruins (67,87%). Isto significa que a maioria dos hospitais apresentava um projeto escrito que não condizia com a realidade (regular e ruim). E os avaliados como péssimos (14%) sequer tinham projeto terapêutico. Ou seja, os hospitais, em geral, não trabalhavam a reinserção social dos pacientes, gerando cronicidade nesta população.

● **Recursos Humanos:** em 2002, a maioria dos hospitais não foi bem avaliada neste quesito. 34% péssimo, 17% ruim e 20% regular (71%). Isto significa que eles não atendiam às exigências da Portaria GM/MS nº 251/02 quanto ao número de profissionais e/ou quanto à categoria profissional. Em 2003 este número se manteve estável (72%), ou seja, os hospitais continuam mal avaliados, em geral, no que se refere ao item recursos humanos.

● **Aspectos gerais da assistência:** em 2003, 62,42% dos hospitais foram avaliados como ruins ou péssimos neste quesito, ou seja:

1. Apresentam tempo médio de internação em torno de 1 mês ou mais;
2. Possuem 20% ou mais de pacientes de longa permanência (mais de 1 ano de internação).

O PNASH aponta que 62% dos hospitais apresentam 20% *ou mais* de pacientes



de longa permanência.

Levantamentos e censos feitos por algumas Coordenações de Saúde Mental definem melhor estes dados:

na Bahia (censo 2004) temos 25,6% de moradores nos hospitais;  
em SP (levantamento 2003) há quase 60% de moradores;  
no RJ há censos que indicam entre 40 e 50% de moradores.

Como índice aproximado para fins de planejamento podemos considerar 35% de pacientes moradores, considerando as diferenças regionais.

Os estados do Sudeste concentram a maior parte dos leitos (60,32%) e dos pacientes moradores, o que aponta a necessidade de maiores investimentos destes estados nesta população, para sua desinstitucionalização.

Esta tarefa é complexa, em função das características que esta população adquire no processo de longa institucionalização: desterritorialização, diferentes graus de dependência, afastamento familiar, poucos recursos sociais, idade avançada, entre outros. Porém, temos tido experiências exitosas neste campo (ver relatos de Campina Grande/PB e Carmo/RJ), que nos exigem mais estudos sobre este segmento e maior intensificação no processo de desinstitucionalização desta população.

O processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos enfrentou diversos obstáculos e resistências em sua implantação e em seu processo de consolidação, sobretudo por parte dos prestadores conveniados ao SUS.

Sofreu várias ações judiciais, tendo havido suspensão das vistorias, nos dois processos avaliativos realizados (2002 e 2003-2004), provocando atrasos na finalização das avaliações; a avaliação 2003-2004 no estado de São Paulo só foi realizada em 2005. O PNASH/Psiquiatria 2006 está em curso, tendo se iniciado em novembro de 2006.

Ainda hoje há ações judiciais em curso, a pedido dos prestadores privados conveniados ao SUS, para que a Portaria GM nº 251/02, que institui o programa, seja suspensa.

O PNASH/Psiquiatria consolidou-se, neste período, como importante instrumento de avaliação dos hospitais psiquiátricos. Além de traçar claramente os critérios da qualidade de assistência a ser prestada nestas instituições, constitui-se como um mecanismo regulador da rede psiquiátrica hospitalar, a partir da articulação entre os setores da Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Controle e Avaliação."

Segundo o relatório, como resultado da avaliação, o Ministério da Saúde decidiu tomar a frente do processo de retirada dos pacientes nos hospitais para

os quais houve a indicação de descredenciamento:

“Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde anunciou a decisão de intervir judicialmente em 10 hospitais psiquiátricos conveniadas ao SUS, após os resultados da avaliação realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) e após denúncias de movimentos organizados (Comissão de Direitos Humanos da OAB e Conselho Federal de Psicologia, Movimento da Luta-antimanicomial, movimentos locais de familiares de pacientes) que pediam providências quanto aos maus-tratos nas instituições psiquiátricas. Estes hospitais se localizam nos estados da Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Temos, neste cenário de intervenções, duas situações, a saber:

- PNASH/Psiquiatria 2002: 8 hospitais que foram indicados para descredenciamento (5 foram fechados)<sup>6</sup>;
- PNASH/Psiquiatria 2003/2004: 5 hospitais que foram indicados para descredenciamento em 2004 (1 foi fechado).<sup>7</sup>

No mês de setembro de 2007 foi homologado o resultado do PNASH-Psiquiatria de 2006/2007, pela Portaria nº 501/2007 e foi indicado o descredenciamento de três unidades em MG e quatro no RJ<sup>8</sup>.

### 3.5 - Gastos com saúde mental

Desde o ano de 1997 podem ser notadas duas tendências nos gastos no programa de saúde mental.

A primeira delas refere-se à reorientação do financiamento em saúde mental, com o aumento progressivo da proporção de atendimentos extra-hospitalares, que ao final de 2006 superou o hospitalar: em 1997 6,36% dos gastos eram realizados em atendimento extra-hospitalar, e em 2006, 51, 33%.

A segunda tendência é o aumento progressivo dos recursos gastos em saúde mental: em 1997 foram gastos R\$ 407.612.647,00 o que correspondeu a 2,17% do orçamento executado do Ministério da Saúde, e até outubro de 2006

---

<sup>6</sup>Foram fechados os hospitais Sanatório Espírita Vicente de Paulo Ribeirão Preto - SP (54 pacientes), Clínica Espírita de Repouso Goiânia - GO (51 pacientes), Sanatório Barbacena Ltda , Barbacena - MG, (121 pacientes), Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional , Campina Grande-PB (145 pacientes) e Hospital Estadual Teixeira Brandão, Carmo-RJ (262 pacientes). **Permanecem em funcionamento o Hospital Prontamente, Montes Claros-MG, onde houve a redução de 124 leitos para 60, a Casa de Saúde Dr. Eiras/Filial Paracambi, em Paracambi-RJ, que está sob intervenção do município, com redução de 1130 para 533 leitos, e a Casa de Saúde Milton Marinho/Hospital do Seridó, em Caicó-RN, sob intervenção estadual, com redução de 105 para 15 leitos (p. 29)**

<sup>7</sup> Foi fechado o Hospital Santa Cecília em Nova Iguaçu-RJ (200 pacientes) e **permanecem em funcionamento Hospital Colônia Lopes Rodrigues, Feira de Santana- BA, sob gestão compartilhada MS/SES e redução de 500 para 400 leitos, Sanatório São Paulo, Salvador -BA, com redução de 220 para 175 leitos, Sanatório N. Sr<sup>a</sup> de Fátima, Juazeiro-BA, com redução de 80 para 55 leitos, e Hospital José Alberto Maia, em Camaragibe, onde não houve redução de nenhum dos 870 leitos. (p.30)**

<sup>8</sup>Clínica Neuropsiquiátrica de Alfenas, em Alfenas- MG, Clínica Psiquiátrica Pinho Masini Ltda em Juiz de Fora-MG, Hospital São Marcos S.A, em Juiz de Fora-MG, Clínica de Repouso Itabapoana Ltda, em Bom Jesus do Itabapoana\_RJ, Clínica Paulo de Frontin, em Engenheiro Paulo de Frontin-RJ, Hospital Colônia de Rio Bonito, em Rio Bonito-RJ, Clínica de Repouso Valencia Ltda, no Rio de Janeiro- RJ

havia sido gastos R\$ 889.597.226,51, 2,01% do orçamento do Ministério da Saúde. No entanto, a meta do Programa de Saúde Mental é atingir o percentual recomendado pela OMS, de mais de 5%<sup>9</sup>.

#### **4- Saúde Mental no Rio de Janeiro**

A fim de ilustrar a questão, passo a narrar a experiência no Rio de Janeiro. Com base na Lei nº 10.216/01 e nas más condições de atenção, foi ajuizada a pelo Ministério Público Federal a Ação Civil Pública nº 2002.5101003100-0, e determinada pela Justiça Federal, em 10 de janeiro de 2002, a transferência dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi para outras unidades. A ação corre em segredo de justiça, a fim de preservar os dados médicos existentes sobre os pacientes lá internados.

Obviamente não havia e não há no estado do Rio de Janeiro o número de leitos em outros hospitais psiquiátricos ou serviços extrahospitais necessários para retirada dos pacientes, e, considerando o imperativo do novo modelo de atenção, foram iniciadas pelos gestores, réus na ação civil pública, ações para a alta programada dos pacientes.

No entanto, como a unidade é privada, houve resistência à retirada dos pacientes e deterioração da assistência, que foi avaliada pelo PNASH-Psiquiatria, e indicado o descredenciamento pela pontuação insuficiente, mesmo após a reavaliação, em junho de 2003.

A situação foi piorando ao ponto de o serviço ter sido requisitado pelo Município de Paracambi, pelo Decreto nº 1269 de 17/06/2004, com base no art. 15, XII da Lei nº 8.080/90, a fim de garantir a atenção aos pacientes desta unidade de saúde e possibilitar a sua efetiva retirada, em cumprimento à decisão judicial.

Deste então o município vem realizando a atenção aos pacientes dentro de uma política de alta planejada, na tentativa de dar cumprimento à decisão judicial.

Neste ponto cumpre destacar que a direção clínica iniciou ações para garantir projeto terapêutico individualizado, recuperação de vínculos, documentação, requerimento de benefício, regularização curatela.

A maioria dos pacientes permanecia internado sem qualquer projeto terapêutico. De acordo com a Lei nº 10.216/2001, o paciente com transtorno mental tem direito ao projeto terapêutico individualizado, que vise à alta hospitalar e reinserção social.

---

<sup>9</sup> Idem, p. 59-60

Muitos pacientes internados na Casa de Saúde Dr. Eiras não possuíam qualquer documento ou informação sobre o registro de nascimento. Os profissionais do hospital, orientados pelo Ministério Público do Estado, realizaram levantamento sobre as informações e documentos dos pacientes, que subsidiou posterior ajuizamento de ações para garantir o registro tardio e a designação de curador.

Além disso, foi iniciado o trabalho de recuperação de vínculos, buscando os familiares e a sua conscientização sobre o novo modelo de atenção e o direito do paciente à reinserção familiar e social.

Em muitos casos foi possível iniciar o processo de alta planejada para retorno familiar, em outros casos os pacientes passaram a viver em serviços residenciais terapêuticos em Paracambi e nos municípios de origem.

Apesar dos esforços do município, não é possível fazer a retirada de mais de mil pacientes sem que os outros municípios recebam seus pacientes, e neste ponto está o maior desafio da desinstitucionalização, a implantação por todos os municípios do novo modelo para acolher os pacientes.

Por isso, a retirada dos pacientes não envolve apenas o município em que é sediado o hospital. Apesar da existir decisão judicial para retirada dos pacientes, a situação fática apresentou-se mais complexa, e não se logrou até o momento a retirada total dos pacientes.

Como o sudeste historicamente concentrou o maior número de leitos, o problema do Rio de Janeiro é complexo. Além dos pacientes internados na Dr. Eiras, há cerca de 1200 pacientes de longa permanência internados nas unidades do município do Rio de Janeiro.

No ano de 2007 iniciaram-se discussões mensais entre o Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e os gestores das três esferas para a retirada dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras para o Rio de Janeiro, na tentativa de uma solução consensual, que até agora não foi obtida.

O PNASH-Psiquiatria de indicou o descredenciamento do Hospital Estadual Teixeira Brandão, no município de Carmo-RJ no ano de 2002. Iniciou-se o processo de retirada dos pacientes, que foi acompanhado pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Os pacientes foram paulatinamente retirados, dos quais 81 retornaram às suas famílias e 168 moram em 29 residências terapêuticas instaladas em Carmo, sendo 13 delas na área do hospital, que encerrou suas atividades em 2005.

## **5 -Atribuição do Ministério Público Federal**

A atribuição do MPF para as questões de saúde é controvertida. Os argumentos

utilizados para defender a atribuição do Ministério Público Federal são:

### **5.1- Defesa dos direitos fundamentais**

Embora ainda seja discutível se todos os pacientes podem viver fora dos hospitais psiquiátricos, dado o grau de dependência de cuidados médicos de alguns pacientes, a internação de longa permanência deve ser excepcional, para garantir o direito à saúde, entendido como o melhor tratamento possível, à liberdade e à convivência social.

A longa permanência em hospitais psiquiátricos, sem projeto terapêutico individualizado voltado para reinserção social é violação à liberdade, realizada às custas do SUS.

Em 17 de agosto de 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, tribunal máximo da Organização dos Estados Americanos (OEA) para a questão, condenou o Brasil pela morte violenta de Damião Ximenes Lopes, ocorrida no dia 4 de outubro de 1999, na Clínica de Repouso Guararapes, localizada no município de Sobral - CE. Contra o Brasil, foram alegadas a violação aos artigos 4 (direito à vida), 5 (direito à integridade pessoal), 8 (direito às garantias judiciais) e 25 (direito à proteção judicial), da Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

Os representantes do Estado brasileiro no processo, em conformidade com decisão da Presidência da República, reconheceram a responsabilidade do Estado pela morte de Damião Ximenes Lopes, que se encontrava sob cuidados hospitalares pelo SUS. O Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damião Ximenes, garantir a celeridade na investigação e punição dos responsáveis pelo fato, além de garantir a não-repetição de casos semelhantes, através da consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, já em curso, e com resultados reconhecidos pela Corte.<sup>10</sup>

### **5.2 - Correta aplicação de verbas federais.**

Ainda que a perspectiva não seja patrimonial, a correta aplicação de verbas federais é essencial para o cumprimento do dever constitucional da União de garantir o direito à saúde. O que se apura na ótica do direito do cidadão é a necessidade de aplicação do recurso que reverta em atendimento à população, e não o prejuízo causado pelo desvio ou malversação dos recursos públicos federais.

Embora o serviço de atenção ao paciente com transtorno mental seja prestado pelo gestor local, as ações são financiadas pelo Ministério da Saúde, pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, por verbas conhecidas como extra-teto. Neste caso os recursos não são incorporados ao fundo municipal de saúde ou fundo estadual de saúde para que o gestor decida a

---

<sup>10</sup>Idem, p. 49-50

forma como serão utilizados: os recursos são repassados para pagamento de ação específica, mediante Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

Além disso, a implantação dos serviços é financiada com recursos do Ministério da Saúde, por meio de incentivos criados por diversas portaria. Note-se que atualmente os recursos são repassados previamente à implantação de serviços residenciais terapêuticos, cabendo ao Ministério Público Federal atuar para garantir a correta aplicação, a fim de que reverta em efetivo benefício ao cidadão.

### **5.3 - Política Nacional do SUS**

O cumprimento da Lei nº 10.216/01 é objeto de política nacional, regulamentada por várias portarias do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde avalia os hospitais psiquiátricos, e, como resultado da avaliação, determina o descredenciamento e medidas necessárias à substituição da assistência aos pacientes.

A atenção segundo o modelo previsto nas portarias do Ministério da Saúde é direito do cidadão portador de transtorno mental, em consonância com a Lei nº 10.216/01. Como já foi dito, a União é solidariamente responsável pela implementação de políticas públicas que assegurem tal direito, diante de possível inércia dos gestores locais.

Indiscutivelmente o direito ao acesso aos serviços extrahospitalares, em consonância com o novo modelo criado pela Lei nº 10.216/01 depende de ações do Ministério da Saúde e do financiamento da União. Caso restasse inerte o Ministério da Saúde não haveria inversão do modelo.

No caso da indicação de descredenciamento do Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional de Campina Grande, a União ajuizou ação para afastar a administração da unidade e garantir a retirada dos pacientes.

### **5.4 - Solidariedade no dever de garantir o direito à saúde**

A jurisprudência tem se firmado no sentido da solidariedade entre os gestores no cumprimento das obrigações decorrentes do direito constitucional à saúde: "PROCESSO CIVIL E ADMINISTRATIVO – TUTELA ANTECIPADA CONTRA A FAZENDA PÚBLICA – SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE – SISTEMÁTICA DE ATENDIMENTO (LEI 8.080/90)

1. A jurisprudência do STJ caminha no sentido de admitir, em casos excepcionais como, por exemplo, na defesa dos direitos fundamentais, dentro do critério da razoabilidade, a outorga de tutela antecipada contra o Poder Público, afastando a incidência do óbice constante no art. 1º da Lei 9.494/97.

2. Paciente tetraplégico, com possibilidade de bem sucedido tratamento em

hospitais da rede do SUS, fora do seu domicílio, tem direito à realização por conta do Estado.

3. A CF, no art. 196, e a Lei 8.080/90 estabelecem um sistema integrado entre todas as pessoas jurídicas de Direito Público Interno, União, Estados e Municípios, **responsabilizando-os em solidariedade pelos serviços de saúde**, o chamado SUS. **A divisão de atribuições não pode ser argüida em desfavor do cidadão, pois só tem validade internamente entre eles.**

4. Recurso especial improvido" (STJ-2ª Turma, REsp 661821/RS, Rel. Min. ELIANA CALMON, DJ 13.06.2005, p. 258, grifos meus).

## **6- Sugestão de atuação**

6.1- Levantamento da situação dos municípios:

- a) existência de CAPS, inclusive CAPS ad e CAPS i, em número adequado;
- b) existência de serviços residenciais terapêuticos;
- c) existência de hospital psiquiátrico, sua avaliação no PNASH-Psiquiatria e existência de projeto terapêutico de alta programada para os pacientes ;
- d) existência de pacientes provenientes de outros municípios, para que seja viabilizada a alta familiar ou sejam transferidos para residências terapêuticas em seu município de origem.

6.2 – Buscar informações sobre a avaliação dos serviços pelos gestores municipal, estadual e federal

6.3 – Reunião com gestores para buscar consensualmente o cronograma de implantação das ações de desinstitucionalização e implantação dos serviços extra-hospitalares

6.4 – Termo de ajustamento de Conduta, recomendação e ação civil pública buscando a garantia dos pacientes de longa permanência e implantação dos serviços extra-hospitalares.

6.5 - Atuação conjunta com o Ministério Público estadual. O MP estadual detém a atribuição para atuar nas internações involuntárias e compulsórias e nos processos de curatela.

Como a descentralização é princípio que rege o SUS, as ações de saúde mental são realizadas pelos gestores locais, que devem organizar a rede assistencial, como ocorre nas demais ações e serviços de saúde, e, portanto, há também atribuição do Ministério Público estadual.

A única maneira de garantir a atuação concertada e evitar atuação contrária é manter contato com os promotores e, quando possível, a atuação conjunta.

LISIANE C. BRAECHER  
Procuradora da República.