# DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM
FEDERAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS - FENAM
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMPULSIVIDADE E PATOLOGIA DUAL - ABIPD
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA - SBNp

2020

# DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

CFM CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

AMB Associação Médica Brasileira

FENAM Federação Nacional dos Médicos

ABIPD

SBNp sociedade brasileira de Neuropsicologia

# DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP GESTÃO 2020-2022

**PRESIDENTE:**
Antônio Geraldo da Silva (DF)

**VICE-PRESIDENTE:**
Claudio Meneghello Martins (RS)

**DIRETOR SECRETÁRIO:**
Sérgio Tamai (SP)

**DIRETOR SECRETÁRIO ADJUNTO:**
Miriam Elza Gorender (BA)

**DIRETOR TESOUREIRO:**
Maria de Fátima Viana de Vasconcellos (RJ)

**DIRETOR TESOUREIRO ADJUNTO:**
Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira (PA)

**DIRETOR REGIONAL NORTE:**
Ruy Palhano Silva (MA)

**DIRETOR REGIONAL NORDESTE:**
Leonardo Francisco de Albuquerque Barbosa (RN)

**DIRETOR REGIONAL CENTRO-OESTE:**
Leonardo Rodrigo Baldaçara (TO)

**DIRETOR REGIONAL SUDESTE:**
Humberto Corrêa da Silva Filho (MG)

**DIRETOR REGIONAL SUL:**
Marcelo Feijó de Mello (SP)

# ÍNDICE

**I - Introdução**

**II - Princípios éticos, filosóficos e científicos**

**III - Propostas de diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no brasil**

**NÍVEL PRIMÁRIO**
Promoção e prevenção
Unidades básicas de saúde

**NÍVEL SECUNDÁRIO**
Centro de atenção psicossocial (caps)
Ambulatórios gerais de psiquiatria

**NÍVEL TERCIÁRIO**
Unidades de emergência psiquiátrica especializadas ou em Pronto-Socorros gerais
Equipes de psiquiatria no SAMU
Hospitais psiquiátricos especializados
Leitos de longa permanência

**PROTEÇÃO SOCIAL**
Moradia assistida (lar abrigado)
Hospital de retaguarda (centro de cuidados paliativos)

**PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL**
Crianças e adolescentes
Idosos
Álcool e drogas
Doentes mentais cumprindo medida de segurança e população prisional
Distribuição de medicamentos
Prevenção ao suicídio
Reabilitação e reinserção social

**IV - Financiamento**

**V - Avaliação e controle**

**VI - Formação e qualificação profissional**

**VII - Conclusões**

**VIII - Bibliografia**

# I - INTRODUÇÃO

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) como representante legítima de 12.000 psiquiatras brasileiros defende, veementemente, a melhor assistência possível em Saúde Mental para a população seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e da Lei 10.216 de 2001.

Os Transtornos Mentais são doenças crônicas altamente prevalentes no mundo e contribuem para morbidade, incapacidade e mortalidade precoces. Calcula-se que 25% da população geral apresentem um ou mais transtornos mentais ao longo da vida (Rodriguez et al, 2009). Somados aos transtornos neurológicos, representam 14% da carga global de doenças, sendo que na América Latina atinge 21% (OMS, 2008). Nos países em desenvolvimento, a defasagem no tratamento (proporção dos que necessitam deste e não o recebem) chega a 75%. Na América Latina esta taxa deve ser maior, pois a qualidade e a efetividade do tratamento, como também as comorbidades, não são estudadas (PAHO, 2009). Um estudo publicado em 2012 mostrou que na região metropolitana de São Paulo 29,6% da população apresenta transtorno mental, sendo que em dois terços ele era em grau moderado ou grave (Andrade et al 2012).

Desde 1995 a política de saúde mental dominante no Brasil adota como premissa do seu modelo assistencial a desvalorização do saber psiquiátrico e redução do papel do psiquiatra. O psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à Psiquiatria. A assistência à Saúde Mental implementada pelos governos ao longo deste período continua baseada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de eficácia não demonstrada como serviços de reabilitação e reinserção social.

A Lei Federal 10.216 /2001 determina o redirecionamento do modelo assistencial, garantindo ao paciente o melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades, mas isto não tem sido efetivado no país.

A ABP discorda da construção de modelos assistenciais em saúde mental centrados em um único serviço, seja qual for. A saúde mental exige serviços diferentes para necessidades diferentes. A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por décadas investiu na desospitalização sem o concomitante investimento nos equipamentos complementares, nem na qualificação de serviços hospitalares e extra-hospitalares, o que está levando a uma desassistência generalizada.

A maior demanda observada hoje, e sem assistência adequada, é por atendimento secundário efetivo aos transtornos mentais de alta prevalência, os quais, em geral, têm bom potencial de resposta terapêutica. São eles: o primeiro episódio psicótico, as depressões, o transtorno afetivo bipolar, os transtornos ansiosos, somatoformes e alimentares, e o abuso e a dependência de álcool e outras substâncias. Atenção especial e emergencial deve ser dada aos quadros prevalentes em crianças, adolescentes, mulheres, principalmente às gestantes e idosos.

A elaboração de um modelo de assistência em saúde deve levar em conta a rede de atendimento atualmente existente melhorando sua eficiência.

Nesse sentido, os Ambulatórios de Saúde Mental e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais são indispensáveis para uma rede eficaz. Uma Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UP-HG) não deve ser confundida com simples "leitos psiquiátricos em HG", sem equipes treinadas. No entanto, um moderno Hospital Psiquiátrico pode ser uma instituição aberta e ter um custo operacional menor do que igual número de leitos em Hospitais Gerais. Ele pode ter ambientes diversificados e equipes multiprofissionais dedicadas ao atendimento específico e diferenciado a psicoses, transtornos do humor, álcool e drogas, adolescência, psicogeriatria, etc.

Há demandas que necessitam de maior atenção. Com o aumento da expectativa de vida dos doentes mentais há uma demanda cada vez maior de pacientes que necessitam de serviços que possam propiciar cuidados prolongados de enfermagem. O Transtorno de Uso de Substâncias (TUS) vem se tornando um problema crescente e com repercussões além da área da saúde. Outro problema grave e crescente é o das taxas de suicídio. Levando em conta estudo demonstrando que há relação comprovada entre suicídio e doença mental (96,8%) e que o tratamento da doença mental de base é a forma mais eficaz de prevenção do suicídio, a atual desassistência tem como consequência pelo menos 10.000 mortes ao ano. (MS).

Um problema no planejamento das políticas públicas voltadas para a Saúde Mental é que a qualidade e a resolutividade dos serviços não são avaliadas: o que é feito, onde, para quem, por que, como, a que custo e com quais resultados. Ou seja, instrumentos e programas de avaliação devem ser implementados sob o risco de perpetuar serviços ineficazes.

A médio e longo prazo será necessário valorizar o ensino da Psiquiatria nos currículos de graduação, incluindo-a entre as "grandes áreas da Medicina". Da mesma forma, os enfermeiros, psicólogos e demais profissionais de Saúde Mental deverão receber informações atualizadas e treinamento específico em técnicas de intervenção de eficácia comprovada cientificamente. Avalia-se que cerca de 3% do currículo nas faculdades de medicina são dedicados a temas de saúde mental (psicologia médica e psiquiatria).

# II - PRINCÍPIOS ÉTICOS, FILOSÓFICOS E CIENTÍFICOS

Os pressupostos éticos deste documento estão de acordo com os definidos pela Lei Federal 10.216 de abril de 2001 e pela Resolução do Conselho Federal de Medicina no 2.057/2013.

**1)** Promoção dos direitos humanos dos indivíduos com transtorno mental e seus familiares;

**2)** Ética, no que diz respeito à conceitualização da psiquiatria e de transtorno mental;

**3)** Ética da responsabilidade do psiquiatra com o direito, tratamento e sigilo sobre o paciente que é doente mental;

**4)** Ética, levando sempre em conta a educação para a diminuição do estigma em relação ao doente mental e suas repercussões;

**5)** Garantia do direito do doente mental e seus familiares à saúde integral com acesso às melhores terapêuticas disponíveis fundamentadas em evidências científicas;

**6)** Promoção da participação do paciente e seus familiares na avaliação do modelo terapêutico aplicável, assim como estimular a supervisão e avaliação constantes;

**7)** Defender a adequada destinação de recursos financeiros para qualificar a assistência;

**8)** Influenciar políticas e elaboração de leis.

# III - PROPOSTA DE DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Qualquer modelo assistencial viável deve contar com objetivos, recursos e outros parâmetros compatíveis com a realidade. O conhecimento da evolução do processo no qual se pretende intervir é fundamental, pois dele é que advêm os ensinamentos que não nos permitirão propor ações já malogradas e nos possibilitarão consagrar aquelas que não contrariem a boa experiência vivida. Também se deve ter clara noção dos objetivos e metas a serem atingidos, dos recursos existentes para fazê-lo e da possibilidade de assegurar continuidade ao processo pretendido.

Embora possa parecer óbvio a princípio, é fundamental proceder um levantamento dos serviços de saúde mental existentes, avaliando os recursos físicos, humanos e interfaces com outros recursos da comunidade, pois os dados geralmente estão defasados e não incluem todos os recursos disponíveis.

Cientes das dimensões continentais do Brasil e de suas diferenças socioeconômicas e culturais locais e regionais, a ABP apresenta as diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental. Levamos em conta a realidade de nosso país, as necessidades da população e observamos fielmente o que preceitua a Lei 10.216/2001 que contempla a integralidade na assistência em saúde mental e a Resolução do Conselho Federal de Medicina no 2.153/2016. Não propõe um modelo rígido, mas diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal.

Os diversos serviços devem contar com equipes multiprofissionais e seus componentes devem atuar interativa e integradamente, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida.

Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo um ao outro, não concorrendo e nem competindo entre si. Para isto é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contra-referência.

De modo geral, a divisão dos serviços hoje se dá pela distribuição no território e grau de especificidade dos recursos investidos. As necessidades do paciente definem aonde ele receberá o cuidado (o paciente não pertenceria a nenhum serviço, mas passaria por todos que necessitasse). Na prática, as ações são pouco precisas, o que pelo lado positivo apontaria para versatilidades e tentativa de resolutividade de cada serviço, que pretende fazer tudo, mas o resultado é pífio: o sistema

faz pouco, sem efetividade, e de forma desordenada e redundante. A proposta é aperfeiçoar o que existe e equipar as redes regionais com serviços que produzam resultados esperados. Os serviços que comporão a rede seguem descritos a seguir:

## NÍVEL PRIMÁRIO:
### *PROMOÇÃO E PREVENÇÃO*

Ações que podem abarcar diversos ou todos os serviços, além de comunicações a serviços de saúde não especializados e à mídia.

Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de portadores de transtornos mentais e familiares.

Ações de prevenção do suicídio em função de sua prevalência em torno de 10.000 mortes/ano no Brasil e do seu crescimento entre a população jovem, sendo uma causa de morte amplamente prevenível, e com ações de prevenção já previstas em lei.

Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares, religiosas, de grupos responsáveis por resgate, atendimento pré e pós-hospitalar e outras.

Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.

Ampla divulgação dos serviços de saúde mental, assim como orientação da forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.

Para que os serviços de cuidados primários possam dar assistência psiquiátrica às pessoas com os transtornos mentais mais prevalentes e de menor complexidade, será necessário capacitar os médicos da Atenção Primária para diagnosticar e tratar os transtornos mentais comuns e dar atendimento inicial às crises. Sabe-se que as capacitações feitas até o momento mostram-se muito pouco efetivas, podendo estar distantes da prática diária; não garantem a quebra de resistências nem o engajamento dos profissionais e não há continuidade de supervisão ou garantias de encaminhamento dos casos mais graves. A proposta é de capacitação continuada, balizada por diretrizes no atendimento dos transtornos mentais contendo tanto especificações das condutas básicas como das competências e fluxos de encaminhamento na rede de assistência.

As Diretrizes de Cuidado utilizadas para os principais transtornos em seus diferentes níveis de atendimento terão como ponto de partida os do Projeto Diretrizes AMB/CFM, que fomentam a discussão contínua dos padrões de tratamento e de encaminhamento; envolvem pela cobrança de competências; estimulam práticas baseadas em evidências e possibilitam indicadores de processo e de resultados.

### *UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (UBS)*

Treinamento de médicos de Equipes de Saúde de Família (ESF) e Unidades de Atenção Básica (UBS), de acordo com os critérios estabelecidos pelas diretrizes da ABP, AMB e CFM para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos de transtornos mentais que não consigam tratar, construindo um sistema de referência e contra-referência.

Esse sistema de referência e contra-referência deve ser estruturado através da ação de equipes matriciais, ligados à rede de saúde mental (serviço de saúde mental de referência para uma determinada população) que será responsável por dar suporte técnico e de supervisão, através das técnicas de interconsulta e consulta conjunta para um determinado número do ESF e UBS. Tais equipes deverão necessáriamente incluir médicos especialistas em Psiquiatria.

Criar programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a atenção primária, elaborando Diretrizes, a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de atenção primária com Equipes Matriciais.

## NÍVEL SECUNDÁRIO:
### *ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS*

- **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)** que é foco de grande investimento pelos municípios nesta última década. Os CAPS existentes concentram grande parte dos recursos humanos em saúde mental e devem prover assistência psiquiátrica consoante as necessidades da população de seu território. A melhoria de seu funcionamento passa por diretrizes que especifiquem o perfil de paciente (transtorno mental grave e crônico) atendido, uniformizem uma lista mínima de intervenções a serem oferecidas e colaborem para criar protocolos e indicadores de funcionamento para avaliação do desempenho das unidades. O tratamento em Grupos Terapêuticos não pode ser planejado apenas do ponto de vista financeiro, em detrimento das necessidades e indicações clínicas para cada paciente. As terapêuticas devem ser individualizadas e planejadas de acordo com a singularidade do individuo, mas sempre guiadas pelas evidências disponíveis de tratamento para cada transtorno. Lembrar também que a função precípua dos CAPS é a de reabilitação de doentes graves e crônicos, e não poderiam funcionar como emergência ou ambulatório geral. Ademais, verificamos grande heterogeneidade no funcionamento dos Caps dos diferentes municípios. Apesar da justificativa de adaptação às condições locais, esta situação não se justifica, verificando-se inclusive práticas não convalidadas por evidências científicas, a exemplo de cultos religiosos dentro dos serviços. Torna-se, portanto, necessária a criação de protocolos que uniformizem, como linha de base, o funcionamento destes serviços, obedecendo às diretrizes estabelecidas para cada população atendida e atendendo ao objetivo maior dos Caps, a reabilitação dos pacientes. Técnicas consagradas como reabilitação cognitiva e trabalho com família levando em conta emoção expressa devem ser incluídas.

- **AMBULATÓRIOS GERAIS DE PSIQUIATRIA OU EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL** (PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 do Ministério da Saúde), com equipe de saúde mental organizada de acordo com as demandas existentes em cada local. As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001. O atendimento ambulatorial é eficaz e apresenta melhor utilização de recursos em casos onde não há a necessidade de tratamento intensivo e reabilitação do paciente, como o ofertado pelos CAPS. Também vem demonstrando ser o equipamento mais econômico e eficaz para manutenção do paciente em tratamento, compensado e em sua comunidade.

Deve ser considerada a possibilidade de criação de equipes ambulatoriais itinerantes para cobertura de municípios de pequena população. Deve ainda ser lembrado que muitas doenças psiquiátricas, especialmente as mais graves, tem um caráter crônico, e que interrupções por falta de acesso ou baixa adesão ao tratamento continuado são causa importante de aparecimento de sequelas como deficit cognitivo e/ou do afeto, e aumento dos quadros resistentes ao tratamento, além do aumento dos índices de suicídio.

As Equipes previstas pelo Ministério da Saúde (Resolução 32 de 14 de dezembro de 2017) podem ser:

**1** Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);

**2** Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e

**3** Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

São consideradas as seguintes categorias profissionais de nível superior para fins de atendimento do inciso III: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

## NÍVEL TERCIÁRIO:

Dois dos maiores problemas da assistência em saúde mental são a falta de leitos para internação psiquiátrica e o precário atendimento das emergências psiquiátricas. O ideal seria que todo grande serviço de emergências municipal ou regional tivesse em seu corpo clínico psiquiatra de plantão e leitos de observação preparados para acolher o paciente por ao menos 48 horas (tempo em que grande parte das demandas emergenciais pode ser resolvida sem a necessidade de encaminhamento para internação). Na prática o que existe é a dificuldade estrutural destes serviços que não apresentam profissionais de saúde capacitados e nem espaço para a inserção de leitos psiquiátricos em suas instalações.

**UNIDADES DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PRONTO-SOCORROS GERAIS** específicas para atendimentos às emergências psiquiátricas, abertas em tempo integral, com leitos para acolher pacientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas).

**UNIDADES ESPECIALIZADAS EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA** com equipes treinadas para o atendimento de situações de emergência psiquiátrica, abertas em tempo integral e com leitos para observação e tratamento de pacientes por até 72h, recurso que evita que grande número de casos necessite internamento mais prolongado.

**UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS** que devem funcionar como enfermarias especializadas, contando com toda a infraestrutura física, espacial e de pessoal de um hospital especializado, e com as mesmas indicações, ou para pacientes psiquiátricos em quadro agudo com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais.

**HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ESPECIALIZADOS** são serviços destinados a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos, para pacientes crônicos e sem necessidades de suporte clínico do Hospital Geral ou que necessitem internação prolongada (superior a 30 dias). A Unidades de Psiquiatria em Hospital Geral não são a melhor opção nesses casos, apesar de representarem um grande avanço na assistência em psiquiatria. Promovendo atendimento em ambiente protegido e com equipe especializada para pacientes agudos com risco de vida ou danos a si e a terceiros, cujo tratamento não é possível ser realizado em serviços de menor complexidade.

A integração dos serviços é a prioridade da política assistencial de transição para a seguir, equipar a rede de acordo com as características regionais e recursos disponíveis. Todos os serviços na rede de atendimento devem passar por avaliação e fiscalização que possam mensurar o funcionamento de cada um segundo critérios de eficiência, eficácia, efetividade e custo-benefício. Todos os serviços na rede de atendimento devem passar por avaliação e fiscalização que possam mensurar o funcionamento de cada um segundo critérios de eficiência, eficácia, efetividade e custo-benefício. Quadro abaixo a seguir:

## Modelo de integração da atenção à Saúde Mental

### *Município com recursos de baixa complexidade*

**a)** Avaliação e tratamento na atenção primária;
**b)** Triagem e investigação geral; orientação; tratamento farmacológico;
**c)** Encaminhamento de casos complexos para outros municípios da região com recursos de média/alta complexidade;
**d)** Encaminhamento de casos graves e crônicos para CAPS (reabilitação social).

### *Município com recursos de média complexidade*

**Avaliação e tratamento na atenção primária.**
**Avaliação e tratamento no Ambulatório Especializado.**

**a)** SAMU com Psiquiatria ou EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: casos agudos e graves;
**b)** Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral: quadros agudos com indicação para internamento;
**c)** Encaminhamento de casos graves e crônicos para CAPS (reabilitação social);
**d)** Moradia Assistida: pacientes dependentes e crônicos sem laço social.

### *Município com recursos de alta complexidade*

**Avaliação e tratamento na atenção primária.**
**Avaliação e tratamento no Ambulatório Especializado.**

**a)** SAMU com Psiquiatria ou EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: casos agudos e graves;
**b)** Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral ou Hospital Especializado em Psiquiatria: quadros agudos com indicação para internamento;
**c)** Encaminhamento de casos graves e crônicos para CAPS(reabilitação social);
**d)** Moradia Assistida: pacientes dependentes e crônicos sem laço social;
**e)** Hospital de retaguarda: cuidados paliativos de longa duração para pacientes com dependência continuada de cuidados paliativos: acamados, sondados, etc.

## PROTEÇÃO SOCIAL:

A doença mental muitas vezes traz uma incapacidade e dependência que exigem políticas públicas vinculadas à assistência social. Soluções dignas e custo-efetivas são necessárias, a exemplo das adotadas em outros países, como no Reino Unido, que adota o modelo de "hostels", com apartamentos pequenos e individuais, em condomínios terapêuticos urbanos com suporte assistencial 24h. Há ainda experiências de moradias assistidas em condomínios rurais. Também há bons provedores de

cuidados de longa permanência no Brasil, muitos ligados ao terceiro setor, com expertise em idosos e deficiência intelectual. A interface com a assistência social é grande e o trabalho intersetorial se faz necessário.

Atualmente existem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), mantidos pelos municípios e financiados pela área da saúde, sem participação da área da assistência social. Estes serviços não atendem as demandas de abrigo e suporte de toda a população necessitada, por se restringir apenas àqueles que se encontram internados em instituição psiquiátrica por mais de 2 anos ininterruptamente Houve a abertura para acolher moradores de rua, egressos dos manicômios judiciários. Assim, doentes mentais que venham da comunidade não são contemplados, especialmente os provenientes da população em situação de rua, entre a qual há alta prevalência de doenças mentais. Além disso, há inúmeros casos de pacientes graves que necessitam de cuidados paliativos continuados, e necessitam de serviço destinado a eles especificamente.

A proposta é que os SRT sejam financiados com recursos da área social e que não existam restrições ao seu acesso pelos pacientes que deles necessitam.

### *Moradia Assistida*

Serviço destinado a pacientes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. tais como pacientes com transtornos mentais graves, moradores de rua e egressos de unidades prisionais. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

### *Hospital de Retaguarda*

Serviços destinados a pacientes com a autonomia gravemente comprometida, com necessidade de cuidados paliativos de longa duração. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

# PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL

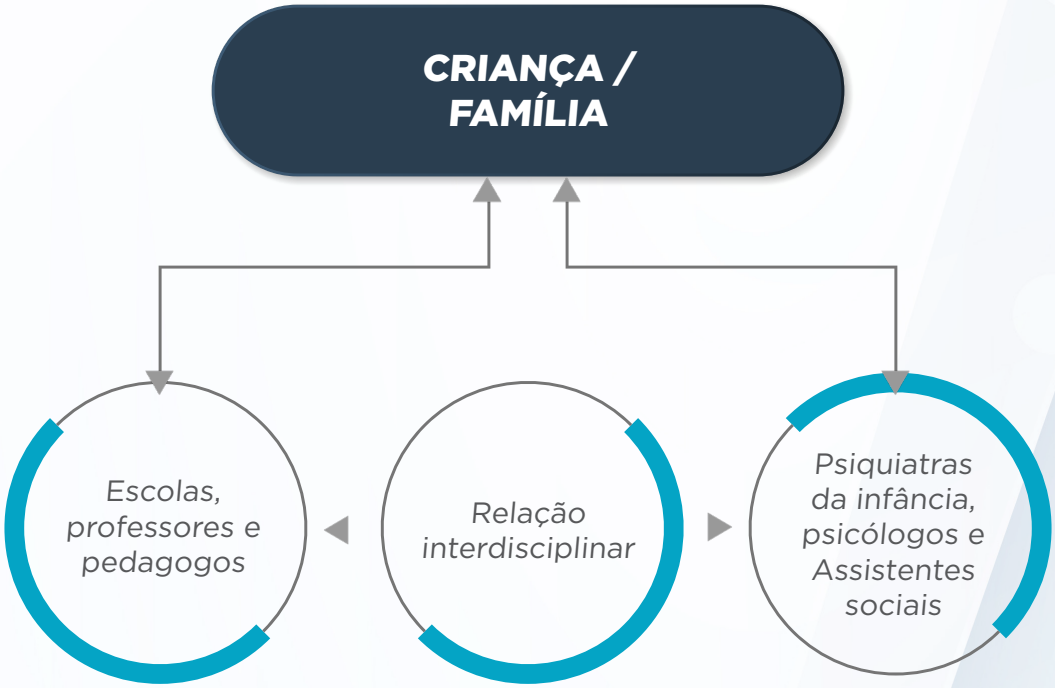
## *PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.*

Metade de todos os Transtornos Mentais tem inicio antes do 14 anos (OMS, 2018). Os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência atingem entre 15 e 20% da população, com predomínio dos transtornos no comportamento disruptivo e transtornos emocionais (Lai, 2000).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de Transtornos Mentais temos prematuridade, problemas pré e perinatais, atrasos no desenvolvimento, problemas comportamentais, doenças crônicas ou deficiências, patologias familiares e dificuldades sociais. Assim, o processo de adoecimento envolve a interação entre a vulnerabilidade individual e as adversidades ambientais.

Entretanto, mais que a mera ausência de doença, a saúde comporta um assim chamado estado de bem-estar biopsicossocial, constituindo-se em um estado ativo para onde confluem elementos físicos, familiares, sociais, pessoais, administrativos, escolares e outros, todos desembocando de maneira geral, naquilo que, de maneira simplista, poderíamos agrupar sob a denominação genérica de qualidade de vida da criança.

Quanto menor é a criança, mais dependente sua saúde mental será do grupo familiar. Na medida em que a criança se desenvolve a escola passa também a desempenhar esse papel, constituindo-se, juntamente com a família, no universo da criança. Portanto, qualquer serviço para atendimento dessa população, deve ser planejado para integrar todos esses como informantes e como participantes nos tratamentos necessários.




## ATENÇÃO PRIMÁRIA

As estratégias devem iniciar com a prevenção, com o cuidado materno, com prevenção ao uso de drogas, uso de ácido fólico, tratamento de hipotireoidismo, entre outras causas de prejuízos neurológicos para criança. Devemos traçar estratégias conjuntas entre psiquiatria e atenção básica, da atenção perinatal ao aleitamento materno, prevenção de violências, prevenção e atenção às doenças crônicas e agravos prevalentes na infância. Além da prevenção, planejamento de intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa população são objetivos do cuidado em Atenção Primária à saúde (APS).

Sugestões específicas englobam:

**a)** Inserção de módulo referente a Saúde Mental na formação de professores e nas programações escolares, enfocando os principais problemas da área.

**b)** Avaliação dos eventuais distúrbios de aprendizado e de comportamento surgidos no ambiente escolar.

**c)** Revisão do ambiente escolar visando à minimização dos fatores de estresse.

**d)** Elaboração de Guia de Saúde Mental visando o esclarecimento de pais e professores quanto aos principais problemas da área bem como a uniformização de condutas a serem estabelecidas. Esses guias podem ser utilizados em escolas e creches (visando-se estimulação de bebês), com treinamento para uso e supervisão periódica das equipes de retaguarda.

Estas ações exigem uma atuação conjunta com o Ministério da Educação.

## ATENÇÃO SECUNDÁRIA

### Ambulatório Especializado em Infância e Adolescência

Os Ambulatórios devem ser integrados à Atenção Básica, recebendo os pacientes após avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), pelo pediatra ou psiquiatra em matriciamento, para início dos processos de diagnóstico e tratamento não passíveis de serem efetuados nos Serviços Básicos em função de sua complexidade ou gravidade. Atendem assim, preferencialmente: quadros de agitação, casos psicopatológicos específicos inacessíveis a abordagem em serviços básicos de saúde e psicoses em geral.

A partir desse atendimento, estabelece-se o diagnóstico e os encaminhamentos aos diferentes setores de atendimento uma vez que atendimento fonoaudiológico, psicológico, psicoterápico e de terapia ocupacional também são realizados.

As atuais portarias ministeriais contemplam a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental que pode ser planejada para atendimento desse público, sendo composta por Psiquiatra da infância e adolescência, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo, por exemplo.

Programas de psicoterapia breve, a maior parte das vezes dirigidos aos adolescentes devem estar presentes.

O atendimento ambulatorial deve ter como objetivo reestabelecer a saúde mental e retomada do desenvolvimento da criança e adolescente, evitando a cronificação e prevenindo a recorrência dos Transtornos Mentais. Assim, evita-se diretamente em muitos casos a necessidade de serviços mais complexos e interações, além de indiretamente trazer ganhos para toda a sociedade, cuidando do futuro da população pediátrica.

Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis são dispositivos previstos pelo Ministério da Saúde, para atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, que atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

A equipe deve ser multiprofissional e tratando-se de um serviço para casos crônicos e graves, deve contar com psiquiatra da infância e adolescência. Não são dispositivos que substituem a necessidade de nenhum outro da rede, que deve ser planejada de acordo com a necessidade local, mas referir-se sempre à atenção básica e à complexa - inclusive internação hospitalar. Com o tratamento precoce, muitas internações são evitadas, mas quando necessárias devem ocorrer em local adequado, planejado para esse público e respeitando os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei 10.216.

### Interconsulta

Supre a demanda de atendimento clínico em enfermaria de pediatria e fornece suportes adequados à família dos pacientes atendidos nesses serviços bem como às diferentes equipes visando à minimização dos efeitos da internação ou mesmo do atendimento ambulatorial bem, como a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Em um hospital geral esta atividade tem fundamental importância e por isso deve ser privilegiada. Na escola, o atendimento é predominantemente psicológico visando a detecção dos principais problemas de aprendizado ou comportamentais que dificultam o desempenho ou a inserção da criança, sendo essas questões discutidas com a equipe escolar e as sugestões de intervenção propostas e supervisionadas pelo profissional responsável.

## ATENÇÃO TERCIÁRIA

### Hospital-Dia Infantil

Serviços onde se desenvolvem programas caracterizados pela flexibilidade, pela diminuição do trauma de separação da criança de suas famílias, pelo envolvimento dos serviços da comunidade e pela possibilidade, concomitante, de manipulação do ambiente infantil. Estes serviços são indicados para observação, manipulação das condutas, determinação dos níveis de desenvolvimento e propiciam ambiente terapêutico que possibilita a redução de transtornos comportamentais. Assim, destinam-se a crianças pré-escolares com transtornos comportamentais, abuso infantil e problemas familiares, psicoses na infância, transtornos de desenvolvimento e vítimas de abuso.

### Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral

Serviços que são necessários quando há risco agudo, por exemplo, de auto/heteroagressão grave ou suicídio. As internações são realizadas quando não há condições médicas de tratamento ambulatorial. **Dessa maneira, na medida em que outros modelos terapêuticos mostram sua eficácia, o índice de internações diminui sem a necessidade de sua regulamentação.**

Assim, as indicações para o tratamento hospitalar podem ser resumidas da seguinte maneira (Green, 1995): Distúrbios graves e persistentes que constituem ameaça a vida (depressão, suicídio, distúrbios alimentares, distúrbios obsessivos, encoprese intratável, psicoses, conversão histérica); Esclarecimento diagnóstico ou das indicações terapêuticas; Distúrbios emocionais graves; Avaliação dos cuidados maternos quando há risco para a criança (Síndrome de Münchausen); Estados de crise.

Os locais necessitam de planejamento específico, para receber paciente e acompanhante. Os pacientes são internados juntamente com um familiar para que seja preservado o vínculo mãe-filho, importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostra-se de grande importância na diminuição do número de internações bem como no índice de reinternações. Um programa assim, por sua abrangência, deve possuir uma equipe completa, com psiquiatra da infância e adolescência.

Para a implementação dessas diretrizes demanda-se a determinação de que o atendimento a crianças e adolescentes seja realizado por especialistas na área, devendo esses serem formados a partir de programas básicos, com um mínimo de estrutura teórica e prática referendada pela ABP e ligados a serviços especializados e reconhecidos. É impossível que este programa seja realizado por médicos (inclusive psiquiatras) sem formação na área, o que ainda é observado cotidianamente em nosso país e não se encontra regulamentado nas políticas de saúde pública.

# PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA IDOSOS

Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade, o impacto sobre gastos com saúde e previdenciários adquire capital importância, visto que idosos são responsáveis por uma ampla fatia dos custos envolvidos com oferecimento de serviços de saúde.

No caso específico da psiquiatria geriátrica, é conhecido o aumento progressivo da prevalência de transtornos cognitivos, mais acentuadamente os transtornos demenciais, à medida que avança a idade. A prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos, apenas para citar um exemplo. Note-se que o Brasil é um dos países com maior prevalência de demências no mundo (mais de 1000/100.000hab). Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer.

Outrossim, a depressão em idosos é o que se conhece como um dos quatro gigantes de geriatria, sendo os outros três a demência, quedas e infecções.

A dependência para atividades de vida diária nos idosos é, ao lado dos quadros de agitação e agressividade, a principal causa de institucionalização de idosos, contribuindo também para o aumento dos gastos públicos e da família com saúde e trazendo também sérias consequencias para o cuidador, seja ele familiar ou profissional, em termos de estresse e qualidade de vida.

Todos esses fatores e, como já dito anteriormente, a demanda crescente por especialização na área específica, faz com que seja necessária estruturação de formação e atendimento especializado em psiquiatria geriátrica em todos os níveis no Brasil.

Os profissionais envolvidos, sempre em atividades integradas englobam a equipe de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais. O atendimento a idosos com transtornos psiquiátricos em três níveis de complexidade deve seguir os seguintes passos:

**a)** Reconhecimento de casos de depressão e demência, além de quadros de ansiedade e de psicoses pelas equipes de saúde no serviço primário. Treinamento dessas mesmas equipes em instrumentos básicos de rastreio e quantificação de transtornos, com escalas validadas em nosso meio, assim como a possibilidade de realização de exames laboratoriais e de imagem, hoje considerados padrão ouro em psicogeriatria.

**b)** Encaminhamento desses casos para os ambulatórios, onde os diagnósticos dos casos suspeitos podem ser refinados e o tratamento instituído. Estes casos terão então contra-referência para a rede primária, na qual o acompanhamento deverá se dar, sendo que os casos mais complexos permanecerão no Ambulatório Especializado em Psicogeriatria, de preferência, ou mesmo em ambulatório de Psiquiatria Geral, conforme o caso.

**c)** Campanhas de esclarecimento sobre doenças e manejo de idosos na comunidade, juntamente com associações de idosos e de parentes de pessoas idosas com doenças psiquiátricas.

**d)** Estabelecimento de uma rede integrada de atendimento terciário e quaternário para casos que necessitem de internação.

**e)** Formação de unidades intermediárias de atendimento, desenhadas para cuidados diários de pacientes com transtornos psiquiátricos, tais como centros-dia, onde o paciente possa receber atenção e orientação de tarefas ao longo do dia, evitando internação em tempo integral. Unidades de atendimento em centro de atenção diária para demência, visando reabilitação cognitiva e socialização destes sujeitos. Um dos objetivos deve ser a manutenção do idoso sempre que possível fora das Instituições de Longa Permanência (ILP), as quais apesar de muitas vezes necessárias comprovadamente apresentam maior taxa de agravamento de sintomas, de quedas e pior prognósticos dos pacientes lá alocados.

# PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA A ÁREA DE ÁLCOOL E DROGAS

Por todos os problemas sociais que o consumo de drogas causa, costuma-se considerar o uso de substância como um problema social e

não como um problema de saúde em geral ou especificamente como um problema relacionado com a saúde mental.

Assim, a Associação Brasileira de Psiquiatria em consonância os princípios contidos na RESOLUÇÃO Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018, propõe que a política nacional sobre drogas deve estar baseada em dados produzidos pela comunidade científica, capazes de avaliar as práticas atuais e apontar caminhos de efetiva e eficaz utilização dos recursos disponíveis para estruturação de programas e projetos. Além disso deve considerar a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas. Os programas e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem objetivar a prevenção, promoção da saúde, da abstinência e suporte social.

Com o objetivo de discutir as melhores formas do tratamento da Dependência Química (DQ), é necessário firmar uma premissa que não tem sido suficientemente ressaltada: a DQ é uma doença que é crônica e grave e não somente um problema social ou psicológico.

Ao firmar esta posição pode-se defender de uma forma mais organizada e eficaz que o modelo do sistema de tratamento da DQ deve assemelhar-se ao das outras doenças crônicas.

A DQ tem diagnóstico, explicação genética, etiologia e fisiopatologia próprias. Com relação ao diagnóstico, tanto o sistema americano do DSM quanto a CID da Organização Mundial de Saúde deixam claros os elementos para considerar alguém dependente de uma substância psicotrópica. A ação aguda do álcool e de qualquer droga produtora de dependência, o abuso e a dependência são padrões bastante diferentes, e devem ser elucidados ao iniciar o contato com o paciente. Para cada padrão deve ser aplicada uma intervenção, a mais eficiente disponível.

Apesar dessas dificuldades inerentes à etiologia da DQ o tratamento funciona. McLellan e colaboradores (2000) em revisão de mais de 100 ensaios clínicos de tratamento da DQ mostrou que a maioria dos tratamentos produz diminuição do uso de substâncias, melhora da qualidade de saúde física e mental, muito embora sem necessariamente curar a doença. O importante é a continuidade dos cuidados pelo sistema de saúde. O Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira fornece as recomendações para definir o modelo de tratamento para cada uma delas.

A política assistencial para a DQ deve-se ser articulada com as demais políticas necessárias para o manejo do fenômeno, como a prevenção e o controle da oferta. Diminuir os danos que as substâncias causam às pessoas e à sociedade é um dos objetivos de uma política integral, necessária para reduzir o impacto do problema. Portanto no estabelecimento de uma política assistencial para a DQ deve-se ter em mente que o que está sendo tratado é uma enfermidade grave que embora crônica pode ser tratada adequadamente. Há que diminuir os danos que as substâncias causam às pessoas e à sociedade como um todo e investir ao máximo para que as pessoas que estejam dependentes dessas substâncias possam ter

todas as chances possíveis para interromper o consumo. Somente com a abstinência é que o dependente volta a um nível satisfatório de saúde física e mental. Isso não quer dizer que não se possam utilizar estratégias de redução de consumo sem abstinência, com resultados inferiores ao ideal. Mas não se pode oferecer à população exclusivamente uma política de redução de consumo, chamada de redução de danos, como se isso fosse o melhor para os pacientes.

O tratamento visando a abstinência pode ser caro, longo e trabalhoso, mas ainda é o melhor que a medicina pode oferecer.

Em relação a estrutura do tratamento da dependência química, vale a pena ressaltar:

**a)** Não existe tratamento único e ideal para a dependência química. O ideal seria organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde física, saúde mental, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc), buscando a proporcional diversidade de soluções.

**b)** Devido à natureza da DQ alguns pacientes podem beneficiar-se de intervenções breves e outra parte, necessitar de tratamentos mais sistematizados e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recursos;

**c)** Um sistema de tratamento efetivo deveria ter vários tipos de locais onde as ações terapêuticas pudessem ocorrer:

- Tratamentos genéricos como relacionados a saúde física geral, assistência social adequada, orientação profissional,

- Tratamentos sistematizados ambulatoriais como Terapias Cognitivas, Motivacionais, Treinamentos de Habilidades Sociais, Grupos de Apoio Psicológico, Grupos de auto-ajuda como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente, Manejo de Contingências e Prevenção de Recaída;

- Tratamentos intensivos e especializados com internações em Hospital Geral, Clínicas Especializadas, Moradias Assistidas para Dependentes Químicos;

**d)** O objetivo do tratamento é buscar a correspondência entre a natureza e a intensidade dos problemas com a melhor estratégia de tratamento, bem como o melhor local e intensidade do tratamento. Deve-se buscar também um ecletismo esclarecido, onde diferentes doutrinas e escolas de tratamento possam conviver harmonicamente, desde que baseadas nas melhores evidências científicas. Como a tendência é de o tratamento ser feito por tempo prolongado, a sociedade não pode pagar intervenções que não tenham suficientes evidências de resultados satisfatórios.

Na tabela a seguir descrevemos níveis de serviços para a DQ e formas e tratamento que possam ser associados a esses níveis.

**TABELA - NÍVEL DE SERVIÇO, FORMA DE TRATAMENTO E SERVIÇO**

| Nível | Forma | Serviço |
|---|---|---|
| PRIMÁRIO | Cuidados Primários de Saúde | - Serviço de acompanhamento médico por clínico geral<br>- Serviço de cuidados psiquiátricos gerais<br>- Tratamento das principais complicações somáticas<br>- Emergências e acidentes<br>- Desintoxicação ambulatorial<br>- Orientação familiar<br>- Intervenção/orientação breve<br>- Encaminhamento para serviços mais complexos<br>- Prevenção de doenças transmissíveis pelo uso de substâncias causadoras de dependências |
| SECUNDÁRIO | Ambulatório com acesso facilitado (Comunitário) | - Orientações psicológicas baseadas em evidências (Terapias Cognitivo Comportamental, Motivacionais, Treinamentos de Habilidade Social) |
| | Ambulatório Médico Especializado | - Grupos terapêuticos para facilitar abstinência<br>- Grupos de orientação profissional<br>- Programa de facilitação de acesso ao tratamento<br>- Avaliação e orientação de comorbidades psiquiátricas<br>- Desintoxicação ambulatorial medicamentosa<br>- Orientação familiar estruturada |
| | Ambulatório Especializado em DQ | - Tratamento de comorbidades psiquiátricas complexas<br>- Tratamentos psicológicos estruturados, associados com orientação familiar<br>- Desintoxicação complexa<br>- Hospital Dia<br>- Intervenção estruturada em crise<br>- Núcleo de atenção a pacientes com duplo-diagnóstico |
| TERCIÁRIO | Programa de Internação em Hospital Geral | - Internação em unidade especializada<br>- Desintoxicação complexa e com comorbidade somática e/ou psiquiátrica<br>- Tratamento de intercorrências somáticas<br>- Tratamento de comorbidades psiquiátricas |
| | Programa de Internação em Unidades Especializadas | - Programas estruturados para avaliação e tratamento de comorbidade psiquiátrica e DQ<br>- Programas complexos de reabilitação psicossocial com longa duração (mais de 3 meses)<br>- Moradias assistidas |

A PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 estabelece em nível de atendimento secundário e terciário os serviços que devem existir no atendimento à dependência química, entretanto uma maior integração com atenção primária deve ser incentivada.

# SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA DOENTES MENTAIS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA E POPULAÇÃO PRISIONAL COM TRANSTORNOS MENTAIS

Cada estabelecimento prisional deve contar com equipe de saúde completa para atendimento em nível de atenção básica, dimensionada proporcionalmente à sua população prisional, e preferencialmente capacitada para atendimento de doenças mentais mais prevalentes. Assim, no próprio ambiente prisional poderia ser prestado atendimento a casos mais leves que não necessitassem remoção para Hospitais Forenses e rede de média complexidade local. Isso tem dupla vantagem: o atendimento seria prestado mais rapidamente, pois os profissionais estariam mais próximos do apenado, diminuindo assim o risco do duplo estigma, ou seja, a condição de criminoso e de doente mental que acompanha todo aquele que tem passagens pelos Hospitais Forenses. No entanto, casos de doença mental grave devem ter seu tratamento realizado nos serviços mais adequados, de acordo com indicação técnica, seguindo a lei 10.216/01, o próprio Código Penal e o Código de Processo Penal.

É necessária a criação de pelo menos um Hospital Psiquiátrico Forense por Estado, com pessoal qualificado, em número adequado e devidamente treinado para lidar com este tipo de paciente, nos moldes da psiquiatria forense moderna. Destaca-se a importância de equipes de saúde mental completas, compostas por médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e terapeuta ocupacional. Unidades existentes no país, frequentemente criticadas e criticáveis, necessitam de reformas estruturais, modernização de área física, novas contratações e revisão de seus protocolos e projetos de tratamento. Somente com investimentos serão custo-efetivas no tratamento e reabilitação do doente mental infrator que tenha indicação de tratamento internado.

É indispensável que o SUS tenha participação no custeio das despesas decorrentes do atendimento desses pacientes, o que proporcionaria melhores condições de funcionamento dessas instituições, enquanto que no momento tais unidades são geridas e financiadas unicamente pela Justiça

Os serviços penitenciários devem desenvolver programas específicos para a prevenção do suicídio e para o manejo do abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Quando da proximidade de livramento condicional ou soltura, as equipes de saúde mental, devem estabelecer contato com unidades extra-hospitalares (CAPS, ambulatórios de saúde mental, etc.), de forma

a garantir a continuidade de tratamento psiquiátrico fora do ambiente prisional, para os indivíduos que dele necessitem.

Considerando que não há evidências científicas da relação doença mental e periculosidade, desenvolver campanhas para quebrar este estigma e excluir, no Código Penal, o doente mental da condição de perigoso, pela simples condição de padecer de uma enfermidade psiquiátrica.

# DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Sobre a distribuição de medicamentos essenciais e de alto custo, encontra-se no Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – do Tribunal de Contas da União (TCU) a seguinte afirmação: *"Entrevistas com os gestores estaduais e municipais, com responsáveis pelos CAPS e SRT, além de relatos de familiares e pacientes, evidenciaram deficiências na distribuição dos medicamentos destinados aos portadores de transtornos mentais, traduzida pela descontinuidade na distribuição dos medicamentos essenciais e demora na distribuição dos medicamentos de alto custo. Nas respostas aos questionários dos CAPS, 41,3% dos respondentes informaram que os pacientes não obtêm os medicamentos sempre que solicitam".*

A dispensação gratuita de medicamentos deve ser garantida a todos os pacientes necessitados deles, sem interrupção do fluxo. Nas unidades de atenção primária seriam dispensados medicamentos da cesta básica do RENAME, composta por fármacos de baixo custo, que necessita ser ampliada e periodicamente atualizada, dando-se preferência aos genéricos. A escolha do fármaco é competência do médico assistente.

Muitos medicamentos de baixo custo tem sua fabricação descontinuada pelos laboratórios, apesar da comprovada eficácia. Uma solução possível seria a produção por laboratórios estatais destes medicamentos e/ou a importação dos mesmos pelo Estado para abastecer os pacientes do Sistema Único de Saúde.

Nas unidades de atenção secundária além dos medicamentos da cesta básica devem ser dispensados medicamentos de alto custo. Neste caso, a ABP, respaldada pela AMB e CFM fará as propostas dos protocolos para a prescrição, atualizando-os periodicamente, respeitando os princípios éticos do receituário médico estabelecidos pelo CFM. A lista de medicamentos incluídos nos programas deve ser revista pela ABP/CFM a cada dois anos.

Nas unidades de atenção terciária deve-se garantir a manutenção do acesso gratuito aos medicamentos de alto custo, inclusive em se tratando de serviços contratados, pois o direito à assistência farmacêutica é do paciente não do serviço onde ele é atendido.

# PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

A Associação Brasileira de Psiquiatria propõe que uma estratégia nacional para a prevenção ao suicídio deva ter um programa especial que:

**a)** Promova a educação dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e do combate à psicofobia em relação a fatores de risco e prevenção ao comportamento suicida.

**b)** Que todos os pacientes atendidos pelo sistema de saúde após uma tentativa de suicídio, que já é de notificação obrigatória, sejam encaminhados para acompanhamento prioritário nos serviços especializados e atendidos nas primeiras 72 horas após o ocorrido por, pelo menos, um médico psiquiatra.

**c)** Elaborar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

Para que isso propõe, que, nos três níveis de atenção a prevenção se faça, como a seguir:

## *PREVENÇÃO PRIMÁRIA*

**a)** Realização de atividades referentes ao 10 de Setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio: caminhadas, simpósios, exibições ou outros - com intuito de informar a população em geral sobre essa prevenção, contribuindo para ela a partir da desmitificação e competências adquiridas pela população.

**b)** Garantir a formação de professores e educadores para que possam estar aptos para identificar possível risco de suicídio em estudantes, assim como para realizar encaminhamentos necessários.

**c)** Elaboração de Guias e Cartilhas de Prevenção do Suicídio, tanto para a população em geral, quanto para os profissionais de diversos âmbitos, como professores, clínicos, profissionais de mídias, entre outros.

**d)** Maior regulamentação da comercialização de agentes tóxicos, gerando maior restrição em suas disponibilidades e possibilidades de comércio.

**e)** Incentivo para maior geração de indicadores, locais e nacionais, de casos de tentativas de suicídio e suicídios, para que as ações possam ser mais focais e eficazes.

**f)** Regulamentação do suicídio como caso de notificação compulsória, considerando-se que existe um grande problema de subnotificação desses casos, o que dificulta a realização de estudos confiáveis e condizentes com a realidade, consequentemente prejudicando as possíveis ações a serem realizadas.

**g)** Efetiva implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, contemplando os diversos âmbitos da sociedade.

**h)** Formação de uma equipe de atenção primária, para que esteja capacitada a fim de identificar, avaliar e manejar casos de risco suicídio e saber os possíveis e melhores encaminhamentos.

## PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

**a)** Priorização, para atendimento, de pacientes em risco de suicídio, considerando o caráter grave e, muitas vezes, urgente dessa condição, de forma que esses pacientes não precisem esperar muito para que tenha início seu acompanhamento.

**b)** Criação de um módulo básico de prevenção do suicídio, do qual todos os profissionais na rede de saúde deverão ter domínio, para que possam estar aptos a lidar com esses pacientes e realizar a prevenção do suicídio. Como competências básicas para isso, podem ser listadas: como abordar e entrevistar pacientes em risco de suicídio; avaliação de risco suicida; identificação de fatores de risco e de proteção ao suicídio; como promover a prevenção primária, secundária e terciária do suicídio.

**c)** Criação de um protocolo de atendimento de pacientes em risco de suicídio.

## PREVENÇÃO TERCIÁRIA

**a)** Que todos os pacientes atendidos pelo sistema de saúde após uma tentativa de suicídio, que já é de notificação obrigatória, sejam encaminhados para acompanhamento prioritário nos serviços especializados e atendidos nas primeiras 72 horas após o ocorrido por, pelo menos, um médico psiquiatra.

**b)** Acompanhamento e monitoramento pelas autoridades de saúde de que esses indivíduos, que fizeram uma tentativa de suicídio, estejam efetivamente sendo tratados e que se realize busca ativa para os casos em que isso não esteja ocorrendo.

**c)** Aparelhamento das instituições com medidas de proteção ao suicídio no ambiente institucional, possibilitando internamentos que serão seguros para esses pacientes.

**d)** Realização de atendimentos especializados e qualificados para intervir na crise do paciente em risco de suicídio, a fim de reestabelecer sua saúde.

# REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL

Hoje não existe uma política do Ministério da Saúde para combater o estigma ao doente psiquiátrico e comprometida com sua reabilitação e reinserção social.

As limitações ou perdas de capacidades operativas para o desempenho social e laboral decorrentes do adoecer mental ou comportamental devem ser objeto de estratégias de reabilitação dirigidas aos recursos dos pacientes, aos talentos existentes e às possibilidades para lidar com a doença que minimizem a incapacidade. Reabilitação psiquiátrica é um conjunto de ações dirigidas a pessoas com doenças mentais, transtornos comportamentais e déficits funcionais graves.

A ajuda às pessoas com incapacidades decorrentes de um transtorno psiquiátrico para aumentar o nível de seu desempenho de tal forma que possam sentir-se bem sucedidas e satisfeitas deve ser feita através de: alternativas residenciais, facilitação do transporte, programas de suporte comunitário, oficinas de trabalho protegidas, suporte à atividade escolar, estímulo à formação de associações de familiares e pacientes

## IV - FINANCIAMENTO

O Brasil investe em média 2% do orçamento total dos recursos do Ministério da Saúde na Saúde Mental, não considerando aqui programas específicos como os relacionados ao crack que envolvem investimentos compartilhados com outros ministérios. Isto significa menos de R$5,00 per capita ao ano. Os países desenvolvidos investem 5% a 12% do orçamento da Saúde em Saúde Mental. O Reino Unido e o Canadá investem em torno de US$ 200 dólares per capita ao ano em Saúde Mental. Embora seja claro que o Brasil não tenha condições econômicas de investimento como os países desenvolvidos, também é evidente que o financiamento atual é baixo.

Os recursos escassos são aplicados sem a transparência necessária, o que torna difícil elaborar estimativas precisas. Não há uma rubrica específica da área de Saúde Mental no orçamento do Ministério da Saúde e os recursos estão pulverizados como verbas inseridas em ações de outras áreas. Isto dificulta o planejamento e avaliação de efetividade e de custo-benefício dos programas e iniciativas.

## V - AVALIAÇÃO E CONTROLE

O controle da qualidade e da eficiência dos diversos serviços deve ser feito por intermédio de fiscalizações periódicas em todos os serviços, nos diversos níveis de assistência, com o mesmo rigor.

Os parâmetros para avaliação devem ser estabelecidos com critérios científicos em todos os níveis de atenção. Devem ser claros e compatíveis

com a remuneração. As modificações dos instrumentos de avaliação devem ter o objetivo do aperfeiçoamento da qualidade dos serviços, ser periódicas, em intervalos pré-definidos, oferecendo-se aos serviços tempo suficiente para as modificações.

As equipes de avaliação, nos níveis municipal, estadual ou federal, em suas composições necessariamente contarão com especialistas nas respectivas áreas, experientes em assistência, por representantes da ABP, do CRM, dos familiares e do Conselho de Saúde. A equipe de profissionais que trabalha no serviço avaliado deve acompanhar a avaliação para melhor esclarecer sobre o trabalho desenvolvido e suas peculiaridades. Ao final, a equipe avaliadora deve apresentar o relatório a todos os técnicos do serviço para que possam discutir e opinar, uma vez que o intuito deve ser o de preservar o bom atendimento sanando falhas e buscando sempre o aperfeiçoamento.

## VI - FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Consideramos que recursos humanos tecnicamente capacitados, segundo as melhores evidencias científicas disponíveis são o eixo central de um sistema de saúde de qualidade.

Para isso consideramos fundamental uma política de formação e educação continuada que tenha a universidade, principalmente a pública, como o local privilegiado de formação e capacitação do profissional de Psiquiatria e Saúde Mental, em todos os níveis, do técnico ao superior.

Do ponto de vista mais específico do psiquiatra a formação de referência deve ser a residência médica, realizada em instituição credenciada pelo Ministério da Educação, segundo diretrizes amplamente discutidas pela sociedade.

## VII - CONCLUSÕES

**1.** A Associação Brasileira de Psiquiatria, como representante de doze mil psiquiatras brasileiros, vem defendendo, desde os anos 60, a reformulação do modelo da assistência em saúde mental no Brasil. Ao longo de seus 48 anos de existência a ABP sempre lutou por um atendimento eficaz, eficiente, de qualidade e digno para os doentes psiquiátricos, contribuindo assim para a elaboração da Lei 10.216/2001.

**2.** A criação do Sistema Único de Saúde com seus princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e controle social constituiu-se em extraordinário avanço para toda a população brasileira, significando muito para os doentes psiquiátricos. Mas, lamentavelmente, não foram criados serviços de nível primário e secundário em saúde mental de acordo com as necessidades. Os serviços de nível terciário criados são insuficientes em formato e número e os existentes se deterioram progressivamente, com grave comprometimento da qualidade da assistência.

**3.** A Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental é abrangente e moderna em todos os aspectos, acolhe as necessidades dos doentes mentais em seus mais diversos graus de complexidade e cria condições para que a burocracia governamental aperfeiçoe a assistência existente, o que ainda não está sendo feito em tempo e forma adequados.

**4.** O modelo assistencial implantado e executado pelo Ministério da Saúde não respeita a Lei 10.216/2001 no seu todo, o que não pode nem deve prosseguir.

**5.** O modelo assistencial adotado vem progressivamente excluindo o médico psiquiatra da assistência ao doente mental e a ele tem atribuído as mazelas do sistema.

Por isso, a ABP reitera a importância da atuação efetiva do psiquiatra na atenção aos doentes mentais, ressaltando que seu trabalho é imprescindível.

**6.** É imperativa à criação de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental que efetivamente atenda as necessidades dos pacientes em todos os níveis de assistência, que conte com estabelecimentos e equipes de intervenção capazes de atuar na promoção, prevenção, atenção e reabilitação.

**7.** A desassistência aos pacientes psiquiátricos pode ser observada nas longas filas para marcação de consultas psiquiátricas, na superlotação das emergências psiquiátricas, na ocupação de leitos acima de 100% e no grande número de enfermos nos cárceres e nas ruas.

**8.** Recomenda-se a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do SUS considerando sua sólida base científica, eficácia e efetividade.

**9.** A exclusão do hospital psiquiátrico especializado, assim como dos ambulatórios e emergências especializados da rede de assistência não se sustenta cientificamente e está gerando desassistência aos doentes mentais.

**10.** A atual política de medicamentos do Ministério da Saúde precisa ser aperfeiçoada para garantir que na dispensação gratuita da cesta básica de medicamentos haja qualidade, que a lista seja periodicamente atualizada e que seja mantida a continuidade do fluxo de distribuição. Garantir também a dispensação gratuita de medicamentos de alto custo, deixando de privilegiar indicações para determinados diagnósticos e de promover reserva de mercado, revisando periodicamente seus critérios, dispensando os medicamentos para pacientes em qualquer serviço em que estejam sendo tratados, quer seja em nível ambulatorial ou de internação e garantindo a continuidade do fluxo de distribuição. Lembrar que a responsabilidade da prescrição de qualquer fármaco é do médico assistente.

11. A parcela do orçamento anual da Saúde destinada para Saúde Mental é de 2%. Os recursos atuais são insuficientes e o seu emprego é pouco transparente.

**12.** Incentivar a migração de psiquiatras do setor privado para o público motivando-os com remuneração adequada e programas nos quais acredite, nos moldes do Programa de Saúde da Família.

**13.** A Associação Brasileira de Psiquiatria no âmbito de sua competência e objetivando contribuir efetivamente para a implantação, com êxito, do modelo ora proposto assume o compromisso de auxiliar a estabelecer parâmetros das necessidades para a adequada assistência em saúde mental no Brasil, de definir e atualizar critérios técnicos de indicação dos medicamentos de alto custo, assim como de participar de maneira efetiva na capacitação em saúde mental dos médicos generalistas e na educação continuada dos psiquiatras.

**14.** A Associação Brasileira de Psiquiatria continuará acompanhando, avaliando e exigindo a implantação e implementação de uma Política de Saúde Mental para o Brasil com bases em evidencias científicas, em compromissos éticos e sociais, com a efetiva participação dos médicos e baseada na Lei 10.216/2001 e em Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

## VIII - BIBLIOGRAFIA

**1.** Andreoli, S. B.; Almeida-Filho, N.; Martin, D.; Mateus, M. D.; Mari, J. J. (2007). "Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil". Revista Brasileira de Psiquiatria. 29 (1): 43-6.

**2.** Brasil (2001). Lei n.º 10.216, de 6 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. Brasília.

**3.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. "Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006". Brasília; 2007.

**4.** Brasil, Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº32 de 14 de dezembro de 2017 - Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

**5.** Brasil, Conselho Nacional de Secretários da Saúde. O financiamento da Saúde. Brasília: 2011.

**6.** Brasil, Ministério da Justiça Gabinete do Ministro - Resolução Nº 1, de 9 De Março de 2018.

**7.** Brasil, Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 2.153/2016. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

**8.** Brasil, Ministério da Saúde PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017.

**9.** Brasil, Ministério da Saúde RESOLUÇÃO Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018.

**10.** Dratcu L. Acute hospital care: the beauty and the beast of psychiatry. Editorial. Psychiatric Bulletin 2002, 26:81-82.

**11.** GBD 2016 Alzheimer's disease and other dementia Collaborators. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. www.thelancet.com/neurology Vol 18 January 2019.

**12.** Gentil V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de 'Reforma Psiquiátrica'. Revista USP 1999; 43:6-23.

**13.** Gentil V. Manicômio, asilo ou hospital psiquiátrico? Jornal Psiquiatria Hoje. Associação Brasileira de Psiquiatria. Ano XXII, número 1 – 2000-10-18.

**14.** Gentil V. Entrevista a Mônica Teixeira. Temas 2005; 68/69:103-126.

**15.** Grob GN. The mad among us. The Free Press. 1994.

**16.** Joint Comission on the Acreditation of Healthcare Organizations: Comprehensive Acreditation Manual for Hospitals. Illinois: Oakbrook Terrace, 1996.

**17.** Jornal Brasiliense de Psiquiatria. Associação Brasiliense de Psiquiatria. Ano III. Nº 5. Junho 2006.

**18.** Jornal do Conselho Federal de Medicina. Junho/julho 2000

**19.** McLellan e cols. Drug Dependence, A Chronic Medical illness, Implications for treatment, Insurance and outcome evaluation. JAMA, 2000, 284, 13.

**20.** Manifestação sobre as propostas de reformulação da política de saúde mental. Rev Psiquiatria Clín 1993;20:33-42. Republicado pelo J Bras Psiquiatria 1993;42:169-76.

**21.** Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes 2012. http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes2013/drogas.pdf

**22.** Murray C. The Global Burden of Desease. Harvard Scholl of Public Health, WHO, World Bank – 1996.

**23.** Papeschi R (Lucca). The Denial of the institution. A critical review of Franco Basaglia's Writing. Brit 1 Psychiatry 1985; 146:246-254.

**24.** Pederzini A (Milano). Programar a psiquiatria. Hospitalidade 1986; 50(197): 15-20.

**25.** Rocha, F. - Hospicio e Colonias do Juquery; São Paulo; Typogr. Brazil, Rothschild & C., 1912.

**26.** Rodrigues-filho S. Atenção em saúde mental no Brasil. Texto apresentado no I Seminário Goiano de Saúde Mental; 1986.

**27**. Saraceno B. Desinstitutionalisation. Psychiatrie Française (Rev des Syndicats de Psychiatrie Française) 1990; 3(90): l3-17.

**28.** Saraceno B. Il progetto dell'Istituto Mario Negri: salute mentale in America Latina. Epidemiol Psichiatria Social 1994; 3:49-58.

**29.** Sarli V. Per un tratamento dello psicotico grave nel servizio psichiatrico. Fogli di lnforrnazione 1986; 119:3-11.

**30.** Schneider L. O uso político da psiquiatria: a luta antimanicomial. 1 Mineiro de Psiquiatria 2003; 22, Ano IX.

**31.** Sonenreich C. Comentários em relação à entrevista do Prof. Valentim Gentil. Temas 2005; 68/69:126-134.

**32.** Taborda, JGV. Psiquiatria Forense. Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ed. Saraiva. Cap. 35, 3ª Ed. 2015

**33.** Talbott JA. Community Care for the chronically rnentally ill. Psychiatr Clin North Amer 1985; 8:43 7-446.

**34.** Thomas CR; Holzer CE. National Distribution of child and adolescent psychiatrists. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38(1):9-16; 1999.

**35.** Tribunal de Contas da União. Relatório de Avaliação de Programa: Ações de Atenção à Saúde Mental. Brasília; 2005.

**36.** Trudel JF, Lessage A. Le sort des patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants lorsqu'il ny a pas d'hopital psychiatrique. Sante Mental au Québec 2005; XXX 1:47-71.

**37.** Wallace SA, Crown JM, Cox AD, Berger M. Child and Adolescent Mental Health. Oxford; Radclife Medical Press; 1997.

**38.** WHO Global Health Atlas. http://www.who.int/globalatlas/.

ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

ABP - Rua Buenos Aires, 48. 3º andar.
Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20.070-022
Tel.: (21) 2199-7500
Site: abp.org.br / E-mail: abp@abp.org.br