

Saúde Mental na Atenção Primária

Gestão dos Serviços Municipais



Saúde Mental na Atenção Primária

Gestão dos Serviços Municipais



2016 Confederação Nacional de Municípios – CNM.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição – Uso não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca *online* do Portal CNM: www.cnm.org.br.

Esta publicação destina-se a informar os profissionais de saúde e gestores do SUS sobre a integração da saúde mental e atenção primária em um modelo de cuidado colaborativo.

Textos

Carla Estefânia Albert
Amanda Borges de Oliveira

Supervisão Editorial

Luciane Guimarães Pacheco

Diretoria-Executiva

Gustavo de Lima Cezário

Diagramação

Themaz Comunicações Ltda.

Revisão de texto

Keila Mariana de A. O. Pacheco

Endereço eletrônico:

saude@cnm.org.br

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM
Saúde Mental na Atenção Primária: gestão dos serviços municipais – Brasília:
CNM, 2016.

92 páginas.
ISBN 978-85-8418-038-7

1. Saúde mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Brasil. Confederação Nacional de Municípios. Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde. *Título: Saúde Mental na Atenção Primária: gestão dos serviços municipais.*



SCRS 505, Bloco C, Lote 1 – 3º andar – Asa Sul – Brasília/DF – CEP 70350-530
Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008
E-mail: atendimento@cnm.org.br – Website: www.cnm.org.br

Carta do Presidente



Prezado(a) Gestor(a),

Seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e da 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, a Confederação Nacional de Municípios (CNM), no âmbito de sua competência e objetivando contribuir efetivamente para o funcionamento de uma rede de atenção integral em saúde mental, elaborou a atual publicação, no intuito de evidenciar, para além da perspectiva do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estratégias de atendimento no que se refere à saúde mental.

Para a CNM, isso significa lançar um olhar para a Atenção Primária em Saúde (APS), reconhecendo-a como espaço das questões de saúde mental capazes de conduzir os processos transdisciplinares de acolhimento e acompanhamento a partir da atuação dos profissionais da saúde e da assistência social, que se encontram mais próximos da comunidade.

Nesse contexto e valendo-se dos instrumentos de apoio à APS – como as equipes de Matriciamento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), **os serviços de saúde municipais devem promover uma reflexão a respeito dos seus fluxos de encaminhamento:** será que toda demanda compreendida como de saúde mental deve ser encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial? Será que outros equipamentos de saúde e assistência – como Cras, ESF, UBS, equipes de Matriciamento – não poderiam atender a uma parte dessa demanda?

A resposta para essas e outras questões pode ser a construção de redes municipais, reconhecendo o cuidado e as ações em saúde mental integrantes indissociáveis da Atenção Primária. Assim, espera-se que o atual material possa servir como ponto de partida à reflexão a respeito das potencialidades dos serviços de saúde municipais já instalados, assim como do fortalecimento das redes de cooperação entre eles.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM

Sumário

1. Introdução	9
2. Atenção Primária à Saúde	13
2.1 Histórico	13
2.2 Cenário atual da APS	15
2.3 Política Nacional de Saúde Mental	20
2.4 O papel dos profissionais no processo de promoção do em saúde mental na APS	24
2.5 Saúde mental e atenção básica: articulação e construção de redes para promoção do cuidado	26
3. Equipamentos, Equipes e Incentivos Financeiros à Gestão Municipal.....	28
3.1 Unidade Básica de Saúde (UBS).....	29
3.2 Equipe de Saúde da Família (ESF)	30
3.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).....	32
3.4 Consultório na Rua (CNR)	36
3.5 Equipes de Matriciamento em Saúde Mental	39
3.6 Centros de Convivência e Cultura (Portaria 396/2005, sem previsão de custeio)	41
3.7 Saúde Mental Especializada: outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).....	42
4. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	43
5. Atenção de Urgência e Emergência	52

5.1 Samu	52
5.2 Sala de estabilização.....	52
5.3 UPA 24 horas.....	52
5.4 Hospitais	53
6. Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	54
6.1 Unidade de Acolhimento (UA)	54
6.2 Serviço de Atenção em Regime Residencial (SARR)	56
7. Atenção Hospitalar	59
7.1 Enfermaria especializada em hospital geral	59
7.2 Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com deficiência.....	59
8. Estratégias de Desinstitucionalização	60
8.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)	60
8.2 Programa de Volta para Casa (PVC).....	61
8.3 Reabilitação Psicossocial	61
9. Estratégias para Promover Ações de Saúde Mental na APS	64
9.1 Cenários	67
10. Custos dos Equipamentos de Saúde: um comparativo entre APS e serviços especializados.....	72
10.1 Exemplo de custo 1: Trabalho em conjunto da ESF com o matriciamento pelo CAPS I	74
10.2 Exemplo de custo 2: Trabalho sem presença de CAPS ou Nasf	76
11. Considerações finais.....	79
12. Bibliografia	80

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinante de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. No tocante à saúde mental como política pública, a Lei 10.216/2001 reconhece uma série de direitos e cuidados em consonância com o texto constitucional.

Considerando esse direito constitucionalmente estabelecido, a produção deste trabalho destaca a necessidade e a possibilidade de a Atenção Primária em Saúde (APS) dar conta de demandas de saúde mental.

Repetidamente, o cuidado em saúde mental tem sido indicado como pertencente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a outros aparelhos e serviços que formam a Rede de Atenção Psicossocial (RPS). Esse entendimento que limita a saúde mental como política de cuidado a determinados serviços **está em desacordo com o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011** – que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) –, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e com a Portaria 2.488/2011 – que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica.

Ambos os documentos ratificam e institucionalizam duas características importantes da APS, especialmente quando se trata de saúde mental. A primeira diz respeito à potencialidade resolutiva da Atenção Primária e a segunda refere-se à coordenação do cuidado. Nesse sentido, a Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica instituiu, em 2011, novas diretrizes para a APS, e dentre elas destacam-se:

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I – [...];

II – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de **qualidade e resolutivos**, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde [...]. O serviço de saúde deve se organizar para assumir **sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva**, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede [...]. (BRASIL, 2011). Portaria 2.488/2011. (Grifos nossos)

Das portarias ministeriais que tratam das especificidades organizativas da saúde mental, há no art. 5º da Portaria 3.088/2011 uma clara indicação da APS como lugar de promoção do cuidado em saúde mental, como segue:

Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I – atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:

- 1. Equipe de Consultório na Rua;
- 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

- c) Centros de Convivência;

II – atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III – atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV – atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V – atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) enfermaria especializada em hospital geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI – estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII – reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011)

Pelo fragmento do art. 5º acima exposto, nota-se que, ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), todos seus componentes são integrantes do cuidado em saúde mental. As estratégias e os arranjos possíveis entre os serviços e as equipes da APS serão expostos ao longo desta publicação.

Ao tratar de SUS e da promoção do cuidado em saúde mental, não se pode deixar de lado a tímida presença de Centros de Atenção Psicossocial nos Municípios em todo o território nacional. Dados do Mi-

nistério da Saúde mostram que, na última década, esse tipo de serviço apresentou expansão, especialmente na região Nordeste. Mesmo com esse acréscimo, até o ano de 2012, foram contabilizados 1.803 CAPS¹ em todo o país. Apenas os Estados de Rondônia, Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul estão nos parâmetros² de cobertura considerada “muito boa”.

Esses dois dados – expansão dos serviços e cobertura – indicam uma preocupante realidade: **não são encontrados Centros de Atenção Psicossocial em todos os Municípios, mas em todos foram encontradas pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico.**

A implantação do CAPS passa invariavelmente pelo número de habitantes no Município. Dados atualizados do Ministério da Saúde mostram que os CAPS poderiam estar presentes em 40% dos Municípios, naqueles com mais de 15 mil habitantes. Neste contexto, nem toda cidade tem o porte necessário para demandar o CAPS.

Além da população, a implantação de um CAPS, como qualquer outro serviço, estrutura ou equipamento de saúde passa pelo mapeamento e diagnóstico do perfil epidemiológico municipal³, além da sustentabilidade financeira (valores dos repasses federais, estaduais, custeio próprio etc.) desse tipo de serviços. Da mesma forma, as diferenças geográficas, a menor ou maior dificuldade em acessar certas regiões do país, por vezes, acabam determinando a presença, em maior ou menor grau, de determinados profissionais de saúde. A associação dessas e de outras características não pode representar a privação dos serviços de saúde mental à população. Nesse âmbito, o gestor municipal deve articular estratégias para ofertar esse cuidado aos seus munícipes.

1 Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

2 Parâmetros de Cobertura do indicador Caps/100 mil habitantes: Cobertura muito boa (acima de 0,70).

3 Para uma correta gestão da saúde, é importante diagnosticar a situação epidemiológica e os serviços da região de saúde aos quais pertence o Município.

2. Atenção Primária à Saúde

2.1 Histórico

Como base organizativa dos sistemas de saúde, no ano de 1978 aconteceu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (Declaração de Alma-Mata, no Cazaquistão). Esse momento revela-se importante para a mudança do modelo médico vertical e especialista, amplamente aplicado em toda a América Latina.

Dentre as outras formas de organização da saúde, a atenção primária passa a ser anunciada como uma concepção mais abrangente sobre a vida, seus processos de adoecimento e a relação profissional-paciente-equipe num contexto de cuidado longitudinal e comunitário.

Outro importante momento para a construção da atual política Nacional de Saúde foi a **32ª Assembleia Mundial de Saúde em Genebra**, considerada um marco para a discussão e organização da APS no mundo. Dessa Conferência resulta um documento que propõe, entre outras pautas, “proporcionar a todos uma cobertura de saúde tecnicamente adequada e economicamente exequível e socialmente justa”.

O Brasil torna-se signatário dessa Declaração, incorporando institucionalmente as recomendações e os conceitos acerca de modelos de saúde que contemplassem os norteadores da Atenção Primária à Saúde. Naquela época, essa posição teve reflexo nas políticas dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social. Nesse âmbito, a divisão da saúde entre contribuintes do regime previdenciário e não contribuintes como norteador do acesso não era mais concebível.

Ainda na década de 1970, a **VII Conferência Nacional de Saúde e o Movimento da Reforma Sanitária** exerceram um papel importan-

te na discussão da Atenção Primária e da garantia constitucional dos direitos sociais – dentre esses, o direito à saúde. Esses movimentos e seus atores tinham como principal reivindicação a garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, situação que implicava a organização de um sistema nacional não excludente e, portanto, pautado pelos princípios da universalidade e equidade.

Em meados da década de 1980, tal expansão conceitual em relação à Atenção Primária foi fortemente associada à perspectiva de ampliação da cidadania e colocada em prática em alguns Municípios brasileiros. Para Fausto (2005, p. 121),

[...] os Municípios tiveram papel crucial na condução de propostas alternativas para o modelo de atenção vigente no país, a atuação dos Municípios foi essencial para o delineamento de propostas reformistas para o setor de saúde.

Já no início dos anos 1980, diversas prefeituras adotaram estratégias de cuidado associadas às propostas da Atenção Primária à Saúde, atuando a partir da lógica do território e do cuidado preventivo por meio da proximidade com a população de referência. Como afirma Silva (2001, p. 17),

[...] uma das vertentes dessas iniciativas municipalistas foram os programas de agentes de saúde, iniciativa que necessitou de bastante empenho e criatividade dos responsáveis, na medida da não existência de know-how ou estrutura oficial disponível para orientação.

A proximidade com a comunidade e com o cotidiano das pessoas atendidas nesses serviços possibilitou repensar a intervenção biomédica. Essas experiências propiciaram compreender o indivíduo e sua saúde a partir da sua história de vida, do seu contexto biopsicossocial,

enxergando o sintoma, a queixa como um processo singular de adoecimento (Ribeiro, 2007).

No final da década de 1980, a Atenção Primária ainda era considerada uma forma simplificada de medicina, voltada para as comunidades pobres da cidade e do campo. A **VIII Conferência Nacional de Saúde**, ocorrida em 1986, não constituiu um espaço de discussão da APS (RIBEIRO, 2007). Um dos centros das discussões defendia a necessidade de organizar os serviços de saúde numa rede hierarquizada e regionalizada por complexidade tecnológica (básica, média e alta complexidade), em um sistema nacional de amplo acesso e com princípios norteadores.

2.2 Cenário atual da APS

Na ótica das práticas cotidianas em saúde, a APS diz respeito ao primeiro contato ambulatorial do paciente com o sistema de saúde, fundamentada em métodos e tecnologias apropriadas⁴, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

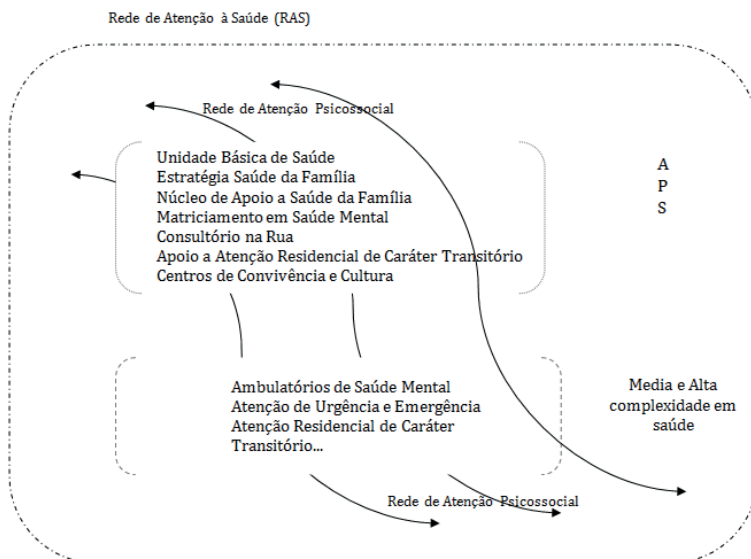
No Brasil, esse primeiro contato corresponde também à execução de programas seletivos, ou seja, de ações focalizadas, com resolutividade e de baixa densidade tecnológica, voltadas para grupos populacionais em vulnerabilidade.

As ações e os serviços da APS constituem-se em espaços de cuidado que atravessam e são atravessados pelas Redes de Atenção, sejam elas a Rede de Atenção à Saúde ou a Rede de Atenção Psicos-

4 4 Referem-se a tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício. Giovanella & Mendonça, 2011.

social. Esses serviços são em parte resultado das mudanças nas últimas décadas, tanto sociais quanto epidemiológicas. O funcionamento do sistema de saúde passa pela articulação dessas redes de atenção – tendo a Rede de Atenção à Saúde como rede maior – cujos fluxos e níveis de complexidade podem ser representados no seguinte esquema:

Figura 1 – Fluxo de Rede de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM.

Da teoria à prática, a articulação dos serviços e das redes se constituiu pela **transdisciplinaridade**⁵, alcançada por meio do trabalho de cada integrante das equipes de saúde, enxergando e reconhecendo a importância do “fazer” saúde na integralidade.

Ao promover essa articulação, os processos de trabalho qualifi-

5 A transdisciplinaridade emerge a partir da convicção de que o conhecimento obtido por meio das disciplinas, de maneira isolada, distante do contexto em que foi produzido, necessita transformar-se em uma complexidade, o que, segundo Morin, significa, originariamente, aquilo que é tecido junto. Candida dos Santos (2007, p. 69).

cam-se, emergindo desses serviços a esperada resolutividade da rede municipal de saúde.

Resumidamente, os atributos da APS podem ser dispostos da seguinte forma:

Quadro 1 – Atributos da Atenção Primária em Saúde

ATRIBUTOS DA APS	DEFINIÇÃO
Primeiro contato	– Porta de entrada do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. – Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.
Longitudinalidade	– Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença.
Integralidade	– Reconhecimento do amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. – Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir o acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário.
Coordenação	– Coordenação das diversas ações e dos serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> – Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico social em que vive. – Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. – Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde dos recursos disponíveis na comunidade.
Centralidade na família	<ul style="list-style-type: none"> – Consideração do contexto e da dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. – Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.
Competência Cultural	<ul style="list-style-type: none"> – Reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Fonte: Adaptado de Starfield (2002) e Giovanella e Mendonça (2011).

Entre os atributos dispostos no quadro acima, vale destacar os dois primeiros como fontes de inserção e de tratamento no sistema de saúde, ou seja, a inserção e a manutenção do cuidado.

O primeiro atributo da atenção primária diz respeito ao serviço de primeiro contato ou, em termos de política e sistemas, de ser a porta de entrada preferencial. Esses serviços são procurados pelos munícipes, seja para acompanhamento da sua saúde, seja para buscar atenção em situações de adoecimento (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

É importante destacar que a existência de um serviço de saúde no território, seja ele uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), não significa que automaticamente o gestor deva considerar que o grupo populacional adscrito naquele território esteja de fato

acessando os serviços. Nesse aspecto é necessário promover um diagnóstico da capacidade instalada versus as potenciais demandas da região de atuação das equipes. Em termos de cobertura e acesso à saúde mental, esses e outros fatores podem ser mapeados e diagnosticados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelas equipes da ESF.

A segunda função do atributo primeiro contato parte do entendimento de que esse tipo de sistema resulta na contenção dos gastos ambulatoriais. Isso se dá pela atuação da equipe de saúde que, ao tornar-se ponto de início da atenção, exerce papel de filtro para acesso a outros serviços.

A *Longitudinalidade* diz respeito a assumir a continuidade da manutenção da relação paciente-profissional-equipe independentemente da presença ou ausência de doença, ao longo da vida dessa pessoa. Este atributo é associado ao anterior, pois para estabelecimento de um vínculo é necessário que se preserve uma fonte regular de atenção. Para tanto, a equipe de saúde deve ser capaz de perceber as demandas em saúde da sua população adscrita ou de inscrição voluntária. Com a continuidade da relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes a conhecer os profissionais (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

A integralidade ou abrangência implica o reconhecimento pela equipe de saúde das especificidades no âmbito orgânico, psíquico e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação dos profissionais. Assim, as unidades de atuação devem montar estratégias para garantir a oferta de ações preventivas e curativas. Às vezes essa integralidade requer o encaminhamento da pessoa para serviços especializados, para realizar consultas com especialistas, exames ou outro tipo de suporte, como a assistência social (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

Para garantir que esses atributos façam parte do cotidiano do serviço, cabe à APS a função de coordenadora do cuidado. O objetivo des-

sa função é responsabilizar-se pelas diversas ações e pelos serviços necessários para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas. Essa função apresenta-se como um grande desafio, mas possível de cumprir. Para tanto, a APS deve conciliar: ações de gestão clínica, mecanismos de informação e disposição delas (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

A disponibilidade e a transferência da informação acerca do histórico de saúde do paciente é um importante instrumento para o acompanhamento longitudinal de forma ininterrupta e para dar fluidez à linha de cuidado, tendo, por exemplo, o envio de informações adequadas ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência). Perante a complexidade do cuidado em saúde mental, o papel de coordenação da APS adquire importância ainda maior (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

Nesse sentido, a coordenação da APS para situações de saúde mental envolve demandas de cuidado contextualizadas a partir de inúmeras dificuldades, vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares quanto pelos profissionais: gravidade do sofrimento psíquico e o adoecimento da família, escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes etc. (BRASIL, 2013).

Nesse intuito, os profissionais da APS devem fomentar estratégias de articulação intra e exo redes por meio do reconhecimento dos seus processos de trabalho e conectados com a RAS (Rede de Atenção à Saúde) e a Raps (Rede de Atenção Psicossocial), de tal modo que as demandas emergentes dos seus territórios de atuação sejam atendidas.

2.3 Política Nacional de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 1970 com um processo contemporâneo ao Movimento Sanitarista, em favor da mudan-

ça dos modelos de atenção e de gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

O ano de 1978 foi marcado pelo início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo esse movimento que passa a protagonizar e a construir, a partir desse período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado “saber psiquiátrico” e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1986, inaugurou-se o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva.

Em 1987, aconteceu em Bauru/SP o *II Congresso Nacional do MTSM*, que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP deu início a um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É essa intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Nesse período, no Município de Santos/SP, são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) que funcionavam 24 horas, e são

criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005).

Assim, em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir desse período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos.

Na década de 1990 é realizada a *II Conferência Nacional de Saúde Mental* e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Naps e Hospitais-Dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Os Naps/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/1992, que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. Essa Portaria define os Naps/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os Naps/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental e atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar (BRASIL, 2005).

Embora essa portaria regulamentasse os novos serviços de atenção diária, não instituiu uma linha específica de financiamento para os CAPS e Naps; e as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005).

Somente no ano de 2001 a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/2001) foi sancionada no país. A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. O texto dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ao final desse ano é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social (BRASIL, 2005).

No Relatório Final da III Conferência é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica e são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Dessa forma, esse evento consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país (BRASIL, 2005).

É no contexto da promulgação da Lei 10.216/2001 e da realização da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a ser consolidada, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (MOURA, 2011).

Assim, a Política de Saúde Mental é composta por diversas ações e serviços de Saúde: Ações de Saúde Mental na Atenção Primária; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ambulatórios; residências terapêuticas; leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPs III e em hospital geral); Programa de Volta para Casa (PVC); cooperativas de trabalho e geração de renda; centros de convivência e cultura, entre outros.

2.4 O papel dos profissionais no processo de promoção do em saúde mental na APS

A inserção da saúde mental na Atenção Primária à Saúde se deu no contexto da Reforma Psiquiátrica, em consonância com a garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Para a efetividade desta mudança de paradigma, é preciso a construção de uma rede de cuidados que possa dar conta das necessidades dos pacientes, com o fortalecimento do vínculo com as famílias e a comunidade (BELTRAME, 2012).

Nesse sentido, os profissionais que compõem as equipes nos diversos equipamentos de saúde têm papel fundamental na promoção de um acolhimento integral e interdisciplinar. É preciso pensar e estabelecer dinâmicas que, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos, aportem para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamen-

to do adoecimento, fenômeno inerente à situação da vida das pessoas (CUNHA & CAMPOS, 2011).

O acolhimento, um importante componente do processo de cuidado, implica bem receber, oferecer proteção e amparo, escutar e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário. O vínculo se estabelece na relação profissional de saúde-usuário ou equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização do profissional ou equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2011).

É necessário perceber e reconhecer que as ações em saúde mental se dão em qualquer intervenção em saúde. Nesse sentido, o trabalho do educador físico que queira inserir na comunidade rotinas de exercícios e promoção da convivência entre pessoas idosas está, ao mesmo tempo, promovendo ações em saúde mental. Da mesma forma, um médico ginecologista ao acolher uma futura mãe/cuidadora para um exame pré-natal, ao escutá-la, indagar sobre sua saúde geral, sua rotina, está promovendo cuidados em saúde mental. O profissional de farmácia, da assistência social, da enfermagem e os técnicos, todos são parte da linha de cuidado em saúde mental.

Perante a complexidade que emerge das situações de saúde e dos processos de adoecimento, a separação das áreas resultaria em sérios prejuízos financeiros ao Município: a ausência de integralidade no atendimento pode gerar atendimentos desnecessários, aumento do tempo de espera por consulta/diagnóstico, piora do estado de saúde com conseqüente elevação dos gastos com o tratamento desse paciente, refletindo na qualidade de todos os serviços locais de saúde.

2.5 Saúde mental e atenção básica: articulação e construção de redes para promoção do cuidado

Para reconhecer o sofrimento de uma pessoa e para entender esse processo como uma vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa (BRASIL, 2013) é necessário enxergá-la no seu todo, de forma integral.

Esse reconhecimento não é uma tarefa fácil. Ao assumir que ações de saúde mental podem ser realizadas na atenção primária, faz-se necessário atentar que esse cuidado e promoção não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado, mas que nem sempre é entendido como tal pelos gestores e trabalhadores que atuam nos serviços de Atenção Básica.

Fato é que o trabalho integrado das equipes de Atenção Básica e saúde mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Além de propiciar um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e podendo aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais (SARAIVA E CREMONESE, 2008).

Neste contexto, existem estratégias e ações que possibilitam o desenvolvimento no âmbito da saúde mental, no qual os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, UBS, ECR, centros de convivência, equipes de Matriciamento e até mesmo o Núcleo de Assistência Social podem atuar articulados nas práticas de promoção da saúde.

Dentro da Política de Saúde Mental, o CAPS é considerado dispositivo estratégico na organização da rede em saúde mental. Usados para reinserção social, mas totalmente direcionados à comunidade, são circunscritos no espaço de convívio social dos usuários. Desempenha as potencialidades dos recursos da comunidade que são incluídos nos cuidados e nas atividades em saúde mental.

Dentro da rede de cuidados, a atenção à saúde mental não é feita somente por meio do CAPS, estão também incluídos a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Municípios com menos de 20 mil habitantes não possuem CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, e devem estruturar sua rede de cuidados a partir da Atenção Básica.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (Who, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) reforça que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária é um passo fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos.

3. Equipamentos, Equipes e Incentivos Financeiros à Gestão Municipal

Mudou para melhor, as consultas dele [usuário] eram no CAPS. Era dispendioso porque nem pra toda consulta nós tínhamos dinheiro pra pagar moto-táxi, que era R\$ 8,00. Aí eu conversei lá [CAPS] perguntando se podia ficar aqui no posto e eles disseram que podia. Só se o caso for muito grave é que levo ele para o CAPS. E assim está dando certo. (Familiar – Cenário 2). (PINTO A. G. A. et al, 2012, relato de usuário).

A efetiva integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo considerada por organizações mundiais como OMS, Opas e Wonca⁶ como um empreendimento necessário, visto os crescentes investimentos em saúde. Dentre as razões para a integração, destacam-se o número crescente de diagnósticos de transtornos mentais nas populações, suas consequências e impactos nas pessoas acometidas e suas famílias. Essas situações acabam por produzir dificuldades econômicas e sociais importantes.

A melhora no acesso à promoção do cuidado na APS implica também a proteção dos direitos humanos, assim como a redução dos custos na APS, tanto para a comunidade como para os governos (HIRDES & ROSA SILVA, 2014).

6 OMS: Organização Mundial de Saúde; Opas: Organização Panamericana de Saúde; Wonca: World Conference of Family Doctors, Caring for people.

Nesse aspecto, **é imprescindível que todos os atores da saúde reconheçam, promovam e fortaleçam as ações da APS**, partindo do pressuposto de que espaços como UBS (Unidade Básica de Saúde) e os Centros de Convivência e Cultura, somados a todos ou parte dos programas desenvolvidos – como ESF (Estratégia Saúde da Família), Nasf (Núcleo de Atenção e Estratégia Saúde da Família), CNR (Consultório Na Rua) e a Assistência Social, com o Cras (Centro de Referência em Assistência Social) – em conjunto com suas equipes, **constituem-se redes de cooperação apropriadas para criar, desenvolver e executar estratégias que diminuam o sofrimento do paciente e, consequentemente, das famílias atendidas.**

Para alcançar essa condição de rede, a Atenção Primária e seus equipamentos devem estar preferencialmente ligados a serviços secundários, ou seja, serviços de saúde que deem conta de demandas mais complexas. É nesse sentido que se torna necessário explicar os equipamentos de saúde na APS e na atenção especializada em saúde mental.

3.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)

Pela Portaria 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, a UBS é considerada a porta de entrada para a inclusão e início de tratamento do SUS. A partir do conceito de Atenção Básica, a missão da Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente da estratégia de sua organização, é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de modo a intervir no processo de saúde/doença da população, respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

As UBS são construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

Em especial, as UBS são compostas por equipes multiprofissionais, conforme modalidade das equipes, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Recomendações: para UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro é de 1 (uma) Unidade para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e as diretrizes da atenção básica; e para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomendase o parâmetro de 1 (uma) UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e as diretrizes da atenção básica.

3.2 Equipe de Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal – eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de ESF pode ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas de determinada área, tendo uma carga horária semanal de 40h, exceto para a função de médico, que poderá atuar no mínimo 20h.

Na jornada de 40 horas, deve-se observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na Equipe

de Saúde da Família; podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, ser dedicada, até, oito (8) horas do total da carga horária para prestação de serviços na Rede de Urgência e Emergência do Município ou para atividades de apoio matricial, qualificação e/ou educação permanente, como a especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade.

As atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.

■ **ESF Modalidade 1:**

Portarias 822/2006; 90/2008; 90/GM e 2.920/2008.

Incentivo de implantação por equipe – R\$ 20.000,00 (em duas parcelas de R\$ 10.000,00). Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 10.695,00.

■ **ESF Modalidade 2:**

Incentivo de implantação por equipe – R\$ 20.000,00 (em duas parcelas de R\$ 10.000,00). Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 7.130,00.



Atenção!

Pela adesão das equipes de ESF ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Município pode receber o Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Verificar valores na Portaria 1.089, de 28 de maio de 2012.

3.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, regulamentado atualmente pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tem o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Os Nasfs configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e outras equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua – ECR; equipes ribeirinhas ESFR; e fluviais – ESFF) e com o Programa Academia da Saúde.

Sua atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilitando o atendimento compartilhado com outros profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permitindo a construção conjunta de projetos terapêuticos, ampliando e qualificando as intervenções no território e na saúde de determinados grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, esta estratégia é de suma importância para dar suporte às eSF nas várias dimensões do cuidado e, conseqüentemente, na saúde mental.

De acordo com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), as seguintes ocupações poderão compor o Nasf: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária,

ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou, ainda, graduado em uma dessas áreas.

A composição da equipe de cada Nasf deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo dados epidemiológicos e necessidades locais em avaliação com as equipes que serão apoiadas. Os Nasfs são classificados em 3 modalidades:

Tabela 1 – Classificação das modalidades e valor de custeio dos Nasfs

Modalidade	Composição da Equipe	Custeio em R\$
I	Pode ter de 5 a 9 equipes de ESF e /ou ESF, ESFR, ECR vinculadas. Carga horária mínima de 200 horas semanais.	R\$ 20.000,00
II	Pode ter de 3 a 4 equipes de ESF e /ou ESF, ESFR, ECR vinculadas. Carga horária mínima de 120 horas semanais.	R\$ 12.000,00
III	Pode ter de 1 a 2 equipes de ESF e/ou ESF, ESFR, ECR vinculadas. Carga horaria mínima de 80 horas semanais.	R\$ 8.000,00

Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM.

Atualmente o número de Nasfs e Equipes de Saúde da Família implantadas são classificadas por porte populacional dos Municípios e servem como indicativo para implementação de novas ações, configurando sua importância como estratégia de apoio às Equipes de Saúde da Família, inclusive no tocante às demandas de saúde mental. A Tabela 2 mostra a presença de Nasf em Municípios de até 15 mil habitantes:

Tabela 2 – Tipos de Nasf por tamanho de Município – 2015

UF e Classes de Tamanho	Nº de Municípios	População	Nº Equipes de Saúde da Família implantadas	Nº de Equipes de Nasf Implantados	Nº de Equipes Nasf 1	Nº de Equipes Nasf 2	Nº de Equipes Nasf 3
BRASIL	5.570 (100%)	193.976.530 (100%)	39.228	3.898	2.322	767	809
<15.000	3.375 (60,6%)	23.478.055 12%	8.712	1.671	210	655	806
≤ 5.000	1.300 (23,3%)	4.378.889 (2,3%)	1.808	578	2	2	574
De 5.001 a 10.000	1.211 (21,7%)	8.577.809 (4,4%)	3.241	629	10	402	217
De 10.001 a < 15.000	864 (15,5%)	10.521.357 (5,4%)	3.663	464	198	251	15

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Em comparativo, as equipes Nasf não chegam a 10% das ESF. A necessidade cada vez maior de um atendimento multidisciplinar, a partir desses números pouco expressivos, mostra-se comprometida. Essa realidade demonstra que uma minoria de Municípios de pequeno porte, ao terem o Núcleo de Apoio, optam por equipes mínimas. Mesmo em se tratando de grandes capitais, um levantamento verificou que cidades como Porto Alegre possuem apenas 5 Nasfs, ou seja, de forma geral, o apoio que esses Núcleos poderiam proporcionar ao atendimento em saúde mental encontra-se negativamente comprometido.

Quadro 2 – Como Implantar um NASF no seu Município?

Passo 1: o município deverá construir projeto contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) dados levantados em diagnóstico elaborado pelo município que justifique a implantação do NASF;
- c) definição dos profissionais que irão compor as equipes do nasf e as principais atividades a serem desenvolvidas;
- d) descrição de quais esf serão vinculadas, bem como o código do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (Cnes) da unidade básica de saúde em que o NASF será credenciado;
- e) descrição do planejamento compartilhado entre as esf e as equipes do NASF;
- f) proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência e aos demais serviços da rede assistencial;
- g) descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos profissionais do NASF.

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do conselho municipal de saúde.

Passo 3: a secretaria municipal de saúde envia as informações para análise da secretaria estadual de saúde.

Passo 4: a secretaria estadual de saúde submete o pleito do(s) município(s) à apreciação da comissão intergestores bipartite (CIB).

Passo 5: a secretaria estadual de saúde envia ofício para o ministério da saúde, comunicando o número de nasf aprovados.

Passo 6: o ministério da saúde pública o credenciamento da(s) equipe(s) do nasf no diário oficial da união.

Passo 7: o município credencia a(s) equipe(s) do nasf no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (Cnes).

Fonte: Ministério da Saúde/ DAB.

Concluído todo esse processo, o Município começa a receber, na competência subsequente à implantação, os recursos de implantação e custeio referentes ao número de Nasf implantados. Todavia, para manutenção destes recursos, é necessário que o Município promova a alimentação mensal dos sistemas de informações nacionais.

O repasse dos recursos de implantação e custeio se dará após a publicação da portaria de credenciamento, e o Município deve cadastrar a equipe do Nasf no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). Na competência subsequente à implantação (credenciamento + Cnes), serão repassados os recursos de implantação e custeio referentes ao número de Nasf implantados. Todavia, para manutenção dos recursos, é necessário que o Município mantenha atualizado o cadastro no Cnes.

3.4 Consultório na Rua (CNR)

Instituído em 2011, pela Política Nacional de Atenção Básica, com o objetivo de ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

No processo de trabalho, devem estar garantidas ações para o cuidado in loco, a partir da abordagem ampliada dos problemas de saúde e sociais, bem como ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A depender da necessidade do usuário, essas equipes também devem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial. Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pelas equipes.

Os Consultórios na Rua são **formados por equipes multiprofissionais**, podendo fazer parte delas as seguintes profissões: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional; agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.

A carga horária mínima semanal é de 30 horas, e as atividades são realizadas de forma itinerante, porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana. Dependendo da necessidade do usuário, as equipes de ECR devem atuar **preferencialmente** junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial.

As ECR são classificadas por modalidades, sendo seu custeio estabelecido pela Portaria 1.238/2014.

Tabela 3 – Classificação dos ECR e valores de custeio

Modalidade	Composição da Equipe	Custeio em R\$
I	4 profissionais, sendo dois de nível superior (exceto médico) e dois de nível médio.	R\$ 19.900,00
II	6 profissionais, sendo três de nível superior (exceto o médico) e três de nível médio.	R\$ 27.300,00
III	7 profissionais, sendo três de nível superior, três de nível médio e um médico.	R\$ 35.200,00

Fonte: Portaria 1.238/2014.

Para a implantação do ECR, observam-se os seguintes critérios: população em situação de rua acima de 80 pessoas em Municípios com

mais de 300 mil habitantes. Para Municípios com população inferior a **300 mil habitantes, é necessário comprovar a existência** da população de rua.

Os dados abaixo revelam o número e a distribuição por Estado e a modalidade das Equipes de Consultório na Rua tanto implantadas quanto habilitadas. Os números são atualizados até agosto de 2015.

Tabela 4 – Modalidades de ECR nas UF

Estado	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
AC	1		
AL		6	
AM			1
AP		2	
BA	2	1	3
CE			
DF	2		1
GO			2
ES		2	
MA		1	
MG		12	1
MS		2	1
MT		1	
PB		5	
PE	2	1	
PI		1	
PR	2	2	2
RJ		3	5
RN		3	
RO		3	1
RS	1	1	
SC			
SE	4	5	25
SP	1		
Total	14	51	42
		107	

Fonte: DAB/SAS/MS.



Atenção:

Segundo a Portaria 122/2012, o incentivo financeiro de custeio instituído engloba o custeio para transporte da ECR.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a habilitação do Município, publicada por portaria específica da SAS/MS, que dependerá do cumprimento de requisitos. Os recursos orçamentários de que dispõe essa Portaria serão transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD – Piso de Atenção Básica Variável.

O funcionamento da ECR será avaliado e monitorado pelo DAB/SAS/MS, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e pela Secretaria de Saúde estadual.

Todas as ações realizadas pelas ECR devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), por meio da Estratégia e-SUS AB.

3.5 Equipes de Matriciamento em Saúde Mental

Segundo Brasil (2011), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde entre duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O matriciamento rompe com a lógica tradicional dos sistemas de saúde que, geralmente, se organizam de uma forma vertical (hierárqui-

ca), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha (contrarreferência) um caso e quem o recebe (referência), havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar.

Essa mudança de nível de complexidade (da primária para a alta) pode apresentar problemas: dificuldade para marcação de consultas, tempo de espera para atendimento e até mesmo questões próprias do paciente, que incorrem na desistência do tratamento. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que podem não oferecer uma boa resolubilidade.

Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes:

- equipe de referência;
- equipe de apoio matricial.



Atenção!

Profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros de saúde mental. Assim, a equipe matriciadora pode ser composta por profissionais da APS, dos Cras e de serviços de média e alta complexidade do próprio Município. Nesse sentido, a gestão municipal pode conversar com os integrantes das equipes de saúde para reservar uma carga horária, dentro das horas semanais, para promoção dos processos de Matriciamento.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico (BRASIL, 2011).

Embora os serviços devam informar sua produção nos sistemas do Ministério da Saúde, o repasse de custeio mensal para os serviços é feito de forma fixa, com base na modalidade do serviço, fundo a fundo, no Bloco da Média e Alta Complexidade (MAC), no Piso Variável da Atenção Básica ou outro Bloco que financie esses profissionais.

3.6 Centros de Convivência e Cultura (Portaria 396/2005, sem previsão de custeio)

São dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade, os quais têm a função de facilitar a construção de laços sociais e a inclusão da pessoa com transtornos mentais.

As equipes são integradas, compostas por oficinairos, artistas plásticos, músicos, atores, artesãos, auxiliares administrativos e de limpeza. A gerência do serviço poderá estar a cargo de profissional de nível superior do campo da saúde. A equipe mínima do Centro de Convivência e Cultura deverá estar assim constituída: 1 gerente e 3 oficinairos (nível médio e superior).

Para a implantação de um Centro de Convivência e Cultura, os Municípios devem comprovar que já possuem construída resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes. A rede SUS substitutiva destes Municípios deve contar com cobertura adequada, es-

pecialmente de CAPS. Os Centros de Convivência e Cultura não poderão dispensar medicação ou prestar atendimento individual ou em grupo (psiquiátrico ou psicoterápico). Os Centros de Convivência não são equipamentos assistenciais, mas espaços de integração e articulação.

Como podemos verificar pela configuração dos serviços e os atributos da APS, a demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e, em grande parte dos casos, se estende por longos períodos de vida da pessoa. Essa particularidade do cuidado em saúde mental demanda das equipes de saúde da APS um olhar na transdisciplinar, para além da sua área específica de formação (BRASIL, 2013).

3.7 Saúde Mental Especializada: outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

Os objetivos da Raps são pautados:

- na ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- na promoção da vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- na garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

4. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é instituída com a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Raps é formada por sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Cada componente possui pontos de atenção que sustentam a rede, assim distribuídos:

Quadro 3 – Os 7 componentes da Raps

Componente	Pontos Atenções
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Unidade Básica de Saúde• Núcleo de Apoio à Saúde da Família• Consultório na Rua• Apoio à Atenção Residencial de Caráter Transitório• Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none">• CAPS I• CAPS II• CAPS III• CAPS i• CAPS AD• CAPS ADIII

Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Hospitais
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em hospital geral • Serviço hospitalar de referência para Atenção às pessoas com transtornos mentais
Estratégias de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços residenciais terapêuticos • Programa De Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Ministério da Saúde/ DAB.

Para tanto, o cuidado deve ser ofertado por meio de estratégias de **Acolhimento e de Clínica Ampliada**, gerando **Projetos Terapêuticos Singulares** compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores.

Nesse sentido, as ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulada a outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho e assistência social. Exemplo dessa integralidade refere-se à ampliação da oferta de serviços substitutivos, com a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras dro-

gas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III) e leitos de saúde mental em hospital geral, como resultado dos avanços das Políticas Públicas.

Considerando os 7 componentes da Raps, cada um tem funções específicas no atendimento e assistência à família e aos pacientes em sofrimento psíquico, se levar em conta a complexidade do tratamento. Além dos serviços da Atenção Primária, anteriormente abordados, o cuidado em saúde mental apresenta outros equipamentos e composições de equipes.

Os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, no âmbito da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação dos espaços físicos que são os centros, acredita-se na possibilidade da organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

Os CAPS têm o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, devendo ser estruturado pelo CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Caracterizam-se como serviços de saúde municipais, abertos, comunitários e que oferecem atendimento diário. São necessariamente territorializados, devendo estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental.

O centro tem papel fundamental no direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários

que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e para as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar.

A especificidade no atendimento no CAPS se dá por um “meio terapêutico”, isto é, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual. Caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, potencialidades e limitações. Neste sentido, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele, podendo oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/2002: atendimento intensivo; atendimento semi-intensivo e atendimento não intensivo.

Os recursos terapêuticos disponíveis são: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; e Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço.

Conforme Portaria/GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os CAPS são classificados por diretrizes conforme o perfil do paciente atendido, capacidade de atendimento e do tamanho. Assim, uniformizam uma lista mínima de intervenções a serem oferecidas e contribuem para a criação de indicadores de funcionamento para a avaliação do desempenho das unidades.

Quadro 4 – Especificações dos CAPS

CAPS I	
População	Entre 20 mil e 70 mil habitantes
Equipe mínima	9 profissionais (médio e superior)
Perfil do usuário	Adulto com sofrimento psíquico grave e persistente, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
Média de atendimentos/mês	240 pessoas
Funcionamento	Segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

CAPS II	
População	Entre 70 mil e 200 mil habitantes
Equipe mínima	12 profissionais (médio e superior)
Perfil do usuário	Adulto com sofrimento psíquico persistente
Média de atendimentos/mês	360 pessoas
Funcionamento	Segunda a sexta-feira, das 8h às 18h – e pode oferecer um terceiro período, até as 21h.

CAPS III	
População	Acima de 200 mil habitantes
Equipe mínima	16 profissionais (médio e superior)
Perfil do usuário	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes
Média de atendimentos/mês	n/d
Funcionamento	24 horas

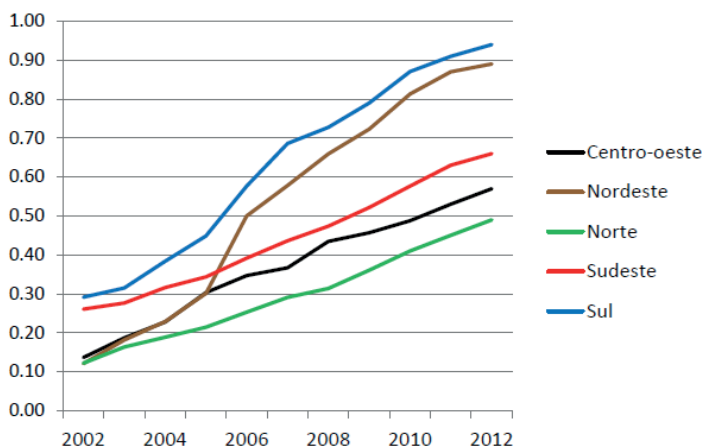
CAPS I	
População	Acima de 150 mil habitantes
Equipe mínima	11 profissionais (médio e superior)
Perfil do usuário	Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.
Média de atendimentos/mês	180 crianças ou adolescentes
Funcionamento	Segunda a sexta-feira, das 8h às 18h – e pode oferecer um terceiro período, até as 21h

CAPS AD	
População	Acima de 70 mil habitantes
Equipe mínima	11 profissionais (médio e superior)
Perfil do usuário	Pessoas que utilizam o álcool de maneira prejudicial e outras drogas
Média de atendimentos/mês	240 pessoas
Funcionamento	Segunda a sexta-feira, das 8h às 18h – e pode oferecer um terceiro período, até as 21h.

CAPS AD III	
População	Acima de 200 mil habitantes
Equipe mínima	16 profissionais (médio e superior)
Perfil do usuário	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos
Média de atendimentos/mês	n/d
Funcionamento	24 horas

O gráfico abaixo apresenta o crescimento do indicador CAPS/100 mil habitantes para as cinco regiões do país, no período de 2002 a junho de 2012.

Gráfico 1 – Série histórica: indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes por região



Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS e Datasus. Dados de 2012.

Por escolha política do governo federal, no sentido de promover a Reforma Psiquiátrica, desde 2005 é possível observar o aumento da cobertura CAPS para as regiões Sul e Nordeste.

Em 2002, as regiões Sul e Sudeste destacavam-se por apresentar indicador maior que o nacional, com 0,29 e 0,26 respectivamente. Em 2012, a região Sul se mantém como o maior indicador do Brasil, porém a região Sudeste não acompanhou a expansão nacional.

A região Norte, apesar da expansão de serviços em 2011 e 2012, ainda figura como a menor cobertura. Para melhor compreensão do problema é preciso ajustar o indicador CAPS/100 mil habitantes, que não é sensível às peculiaridades desta região, que envolvem grandes

distâncias, barreiras geográficas e tecnológicas e uma considerável diversidade étnica.

O números a seguir mostram os CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde por tipo, região do país e Estado, até dezembro de 2014. Esses dados são da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Dapes/SAS/MS).

Tabela 5 – Distribuição e cobertura dos CAPS por tipo de serviço e Estado

UF	Pop	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Total	Cobertura CAPS
AC	790101	2	1				1	4	0,44
AM	3873743	13	5	1	1	1		21	0,39
AP	750912				1	1	1	3	0,47
PA	8073924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
RR	496936	5	1	1	1			8	1,21
RO	1748531	13	5		1	1		20	0,77
TO	1496880	8	4				2	14	0,73
NORTE	17231027	85	32	5	6	10	5	143	0,61
AL	3321730	45	6		1	2	1	55	0,99
BA	15126371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
CE	8842791	62	29	3	7	21	3	125	1,10
MA	6850884	43	15	3	3	7		71	0,74
PB	3943885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
PE	9277727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
PI	3194718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
RN	3408510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
SE	2219574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
NORDESTE	56186190	475	141	22	44	82	17	781	1,00
ES	3885049	10	7		1	5		23	0,46

MG	20734097	125	54	12	19	30	10	248	0,95
RJ	16461173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
SP	44035304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
SUDESTE	85115623	258	194	50	103	133	25	763	0,79
PR	11081692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
RS	11207274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
SC	6727148	55	14	2	8	11	1	91	0,91
SUL	29016114	179	83	6	40	64	17	389	1,07
DF	2852372	1	3		1	4	3	12	0,46
GO	6523222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
MS	2619657	11	6	1	1	4		23	0,69
MT	3224357	27	3		3	5		38	0,76
CENTRO OESTE	15219608	72	26	2	8	20	5	133	0,66
TOTAL GERAL	202768562	1069	476	85	201	309	69	2209	0,86

Fonte: (CGMAD/Dapes/SAS/MS).

A tabela acima mostra que, mesmo transcorridos mais de 15 anos da Lei 10.216/2001, a cobertura de CAPS em todo o território brasileiro ainda é menor que a demanda por esse tipo de estabelecimento e pelo cuidado e atenção à saúde que esses serviços podem proporcionar. As únicas regiões do país onde o índice aponta para um CAPS por 100 mil habitantes foram as regiões Nordeste e Sul, que mesmo apresentando uma situação melhor em termos de cobertura, ainda assim essa rede é insuficiente, como mostram os estudos.

5. Atenção de Urgência e Emergência

5.1 Samu

Componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo telefone 192 e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências.

5.2 Sala de estabilização

É a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, que devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, com equipe interdisciplinar compatível.

5.3 UPA 24 horas

É um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que em conjunto com a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar compõe uma rede organizada de atenção às urgências. Devendo ser implantada em locais estratégicos, seguindo as seguintes diretrizes:

funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativo e possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

5.4 Hospitais

No que se refere aos atendimentos, em portas de emergência, como os prontos-socorros.

6. Atenção Residencial de Caráter Transitório

6.1 Unidade de Acolhimento (UA)

Conforme Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

Funcionam como casas onde as pessoas que estejam em tratamento nos CAPS têm apoio profissional e podem viver por um período. Acolhem até 15 adultos por até seis meses, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia. São espaços abertos, de acolhimento sempre voluntário.

As Unidades de Acolhimento são classificadas em duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto, destinada a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, destinada a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

Estas unidades deverão ter o espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades individuais e grupais, incluindo espaço externo para lazer, quartos para até 4 pessoas, além de outros cômodos, como cozinha, espaço para refeições, banheiros e outros.

Para a implantação de uma UA são seguidos os seguintes parâmetros:

Quadro 5 – Especificações das Unidades De Acolhimento

Unidade de Acolhimento Adulto	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilizar mais de 5 (cinco) leitos psiquiátricos em enfermaria especializada ou serviço hospitalar de referência.• População igual ou superior a 200 mil habitantes.• Equipe mínima: composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pósgraduação <i>lato sensu</i> (mínimo de 360 horas) ou <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas:• Profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7h às 19h.• Profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.• 10 a 15 vagas por unidade.• Custeio mensal: R\$ 25.000,00.• Incentivo de implantação: R\$ 70.000,00.
-------------------------------	---

<p>Unidade de Acolhimento Infantojuvenil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Municípios que contabilizem de 2.500 (duas mil e quinhentas) a 5.000 (cinco mil) crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas (12 a 18 anos). • Municípios com mais de 100 mil habitantes. • Equipe mínima: composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pósgraduação <i>lato sensu</i> (mínimo de 360 horas) ou <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas: • Profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7h às 19h. • Profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. • Profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 1 (um) profissional em todos os dias da semana, das 7h às 19h. • 10 vagas por unidade. • Incentivo de implantação: R\$ 70.000,00. • Custeio Mensal: R\$ 30.000,00.
--	---

6.2 Serviço de Atenção em Regime Residencial (SARR)

Serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até 9 (nove) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Funciona de forma **articulada com a atenção básica**, reforçando o cuidado clínico geral dos seus usuários, além do apoio do Centro de

Atenção Psicossocial. O SARR é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

O ingresso de residentes no Serviço será mediante consentimento do usuário e avaliação prévia do CAPS. A Atenção Básica poderá indicar o ingresso de residentes em avaliação conjunta com o CAPS de referência.

Algumas diretrizes devem ser seguidas:

- respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão;
- ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social;
- garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;
- garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade;
- respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade;
- garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes;
- inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e
- permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado.

O Serviço conta com uma **equipe mínima** de 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação *lato sensu* (mínimo de 360 horas/aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, presente diariamente das 7h às 19h, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e no mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

- **Número de vagas:** até dois módulos de 15 vagas por entidade.
- **Custeio mensal:** R\$ 15.000,00 para cada módulo de 15 (quinze) até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária.

7. Atenção Hospitalar

7.1 Enfermaria especializada em hospital geral

Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, *crack* e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.

O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos na enfermaria especializada em hospital geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso de o usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, devem ser providenciadas sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de hospital geral deve ter garantida a composição multidisciplinar e o modo de funcionamento interdisciplinar.

7.2 Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com deficiência

Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

8. Estratégias de Desinstitucionalização

8.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)

Dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação de longa permanência. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade e destinadas à reabilitação psicossocial/cuidado de pessoas com transtorno mental que não possuam suporte social e laços familiares. Nas Redes de Atenção Psicossocial (Raps), os SRTs apresentam-se como ponto de atenção do componente de desinstitucionalização, constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador.

Quadro 6 – Comparativo dos tipos de Serviços Residenciais Terapêuticos

Tipo I	Tipo II
Moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.	Modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.	Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.
Incentivo de implantação (SRT Tipo I e Tipo II): R\$ 20.000.	Incentivo de implantação (SRT Tipo I e Tipo II): R\$ 20.000.

Além do incentivo para implantação, a Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estabelece valores de custeio por quantidade de moradores e tipo de SRT.

8.2 Programa de Volta para Casa (PVC)

É uma política pública de reabilitação e inclusão social que visa a contribuir com o processo de desinstitucionalização e fortalecê-lo. Foi instituído pela Lei 10.708/2003 e prevê um auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Toda pessoa com mais de 2 anos ininterruptos tem direito ao PVC.

8.3 Reabilitação Psicossocial

Pode ser efetivada mediante Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e caracterizam-se por:

- considerar-se como parte integrante das ações de reabilitação/reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental;
- considerar que a inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compreendida como exercício de direitos, constitui uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade na perspectiva de inclusão social;
- promover a articulação com as iniciativas e as políticas públicas de desenvolvimento local e de trabalho, renda e desenvolvimento, e a inserção no território e na cidade;
- buscar o desenvolvimento de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos que promovam espaços reais de trabalho e que propiciem processos de trabalho e formas de gestão que impliquem: o trabalho cooperado; a participação democrática e autogestão; o fortalecimento do coletivo; a ênfase na qualidade das relações, dos processos e dos produtos; a validação dos saberes e dos recursos dos participantes e dos contextos locais; a inserção no mercado; possibilidades de ganho econômico real para os participantes.

Incentivos

I – R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários;

II – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; e

III – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.

Os **Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais** também são recursos de desinstitucionalização e atuam na perspectiva de reabilitação psicossocial e econômica das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

A decisão de encaminhar o usuário para serviços de média e alta complexidade deve ser fundada na noção de somar esforços e dispositivos, no intuito de cumprir com as ações necessárias para o cuidado da pessoa e em integrar as Redes.

Ao compreender a APS como norteadora do cuidado e em condições de receber demandas em saúde mental (sejam elas de cuidados com a saúde, sejam motivadas por adoecimento), não se deve supor que o encaminhamento está atribuído a um destino, como se o lugar da pessoa com diagnóstico em saúde mental tivesse um *locus* específico.

Atenção, gestor!

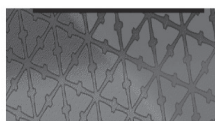


Na lógica das Redes de Atenção, não importa se é o CAPS que recebe ou está encaminhando; se a equipe do Nasf identificou a necessidade e direcionou; não importa se foi a emergência do hospital municipal que iniciou o atendimento, todos esses equipamentos de saúde são dispositivos das Redes e componentes de um conjunto de recursos, sem roteiro preestabelecido.

A **linha do cuidado** na saúde tem esse caráter de prover um fluxo dinâmico que pode ser constantemente avaliado e reavaliado como um trabalho específico para acolher quem precisa e mostrar possibilidades múltiplas de atendimento (CAMPOS e CUNHA, 2011).

9. Estratégias para Promover Ações de Saúde Mental na APS

A partir das demandas que chegam diariamente à Área Técnica da Saúde da CNM, foi possível elaborar algumas estratégias para que questões de saúde mental possam ser acolhidas e acompanhadas por equipes na APS. As estratégias que serão apresentadas não são um “modelo” que deve ser seguido tal qual exposto, mas, sim, uma proposta que deve ser adequada à realidade local, ou seja, às especificidades do cuidado em saúde desenvolvido no Município e na região.



Matriciamento em Saúde Mental



Consultório na Rua

O principal fator para que as estratégias se mostrem efetivas é a participação de todos os profissionais da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, desde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) à equipe de recepção/balcão até os profissionais da medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, gestores e outros devem constituir-se como rede, comunicar-se e reservar momentos para reunir-se e tratar sobre as demandas em saúde mental que chegam à equipe. O objetivo dessa rede é integrar os saberes para melhor desenvolver as ações que atendam à população.

Pelo exposto, o gestor deve levar em consideração as seguintes questões:

- não existe um “modelo único” para a saúde mental, e cada Município apoiará a implantação da estratégia que melhor atender às necessidades da população de acordo com os serviços instalados e disponíveis na localidade;
- querer dar conta de tudo, sem foco, poderá comprometer a organização da APS. Assim, para que a APS passe a conhecer, reconhecer e acolher demandas de saúde mental, o aconselhável é estabelecer prioridades, devendo considerar as necessidades locais e a disponibilidade de supervisão e apoio da rede local e regional especializada. Para tanto, é necessário saber para quem essa estratégia está sendo aplicada, ou seja, o gestor e a equipe devem compreender quais situações em saúde são encontradas na população adscrita. Ao mesmo tempo, a APS deve saber qual a rede especializada local ou regional que pode dar apoio a situações mais complexas. Portanto, inicialmente, sugere-se:
 - a)** escolher o(s) serviço(s) de saúde que iniciará(ão) a estratégia de promoção das ações em saúde mental na APS:
 - delimitar uma área geográfica (por exemplo, um distrito ou um bairro ou uma regional de saúde do Município);

- dentro dessa área, escolher um ambiente para formar a rede: Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Clínica Ampliada, serviço da Assistência Social etc.

b) fomentar o reconhecimento de atividades e ações de cada serviço de saúde:

- o que se faz em cada um deles, quem faz; como faz. O meio aconselhável para isso é por meio de reuniões com as equipes. *Workshops* internos também são uma ótima oportunidade para que cada integrante da rede compreenda como cada local e como a rede funciona;
- promover a conscientização do atendimento de questões de saúde mental e do trabalho multidisciplinar.

c) determinar a população-foco das ações em saúde mental na APS:

- qual perfil terá, ao menos inicialmente, o foco de acolhimento das demandas em saúde mental? Essa resposta é necessária para que o gestor e a equipe possam determinar o desenvolvimento da estratégia. Um exemplo disso seria, num Município com população idosa estabelecida ou em expansão, promover o atendimento dessas pessoas na APS;
- mapear as necessidades dessa população para saber o tipo de atendimento necessário (terapêutico e medicamentoso, se necessário). O mapeamento pode se dar por meio do trabalho já desenvolvido dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- todos os envolvidos – gestores, equipes de saúde, usuários do SUS, instituições locais (agentes do sistema judiciário, associações, representantes da sociedade civil entre outros) – devem ter suas considerações ouvidas e analisadas para a melhor organização do serviço. Os gestores podem otimizar esse mo-

mento de pensar a rede de atenção, suas ações, atividades e composição das equipes para também chamar outros agentes que agem no sistema de saúde local. Um exemplo disso seria a participação de juízes, promotores e defensores públicos que, na execução de suas atribuições, agem de forma direta na organização e fluxos da saúde local e regional. Assim, sendo do conhecimento do magistrado local como funciona e se organiza a Rede de Atenção à Saúde, numa eventual demanda judicial em saúde mental, o Município já poderia ter estabelecido com a magistratura local o percurso de cuidado que o demandante teria na rede local. Sem essa prévia aproximação do gestor com o sistema de Justiça, tais especificidades poderiam não ser reconhecidas.

Superadas essas etapas de conhecer e reconhecer serviços, equipes e usuários com o objetivo de promover ações em saúde mental na APS, foram elaboradas estratégias para três cenários como forma de auxiliar os Municípios a vislumbrar possibilidades.

9.1 Cenários

Cenário 1: Tenho ESF e Nasf, mas meu Município não comporta CAPS;

Cenário 2: Tenho ESF e não tenho Nasf, encaminhando paciente de saúde mental para cidade vizinha.

As possibilidades de atendimento de demandas de saúde mental se ampliam com a existência de Nasf no Município, embora sua instalação não seja equipamento obrigatório aos Municípios. A equipe ESF pode identificar (ou acolher solicitação direta) pessoas que possam se

inserir em espaços tais como grupos de convivência, grupos terapêuticos e atendimentos individuais, entre outros.

As situações acompanhadas pelas ESF podem ser levadas aos componentes do Nasf para discussão, assim como os profissionais do Nasf podem estar presentes nas ações de saúde mental na APS, coordenando grupos, promovendo atendimentos individuais, construindo os momentos do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, apoiando de diversas maneiras a rede.

Na Atenção Básica, é importante estabelecer critérios de seleção dos casos que exigirão a construção de um PTS. Não é viável nem necessário elaborar um PTS para todas as pessoas atendidas em um serviço de Atenção Básica. Casos mais difíceis, com maior gravidade e complexidade devem ser priorizados (BRASIL, 2007). O PTS também pode ser sugerido nos casos que exigirem maior articulação da equipe e nas situações em que há necessidade de ativação de outras instâncias, como os recursos comunitários e instituições intersetoriais. Sobre a construção de PTS, sugere-se a leitura do material do Ministério da Saúde (2007) e do artigo do pesquisador Oliveira (2008) e de Mângia e Barros (2009), cujas referências se encontram no final desta publicação.

Como abordado anteriormente, as ações entre a ESF e os apoiadores são reconhecidas como ações de Matriciamento. Nelas, o usuário do SUS/município tem a unidade básica próxima de casa e pode ser assistido, como um todo, por profissionais desse serviço e do Nasf. Nessa estratégia, a pessoa pode ser assistida tanto da parte clínica como na parte psicossocial, que antes eram vistas de forma separada.

Um estudo da Universidade Federal do Ceará aponta o caso de um hipertenso atendido numa UBS que acolhe também demandas de saúde mental:

[...] às vezes chega um hipertenso e a pressão dele está alterada. Não é nem o fator orgânico, não é porque o re-

médio não está funcionando, é porque às vezes ele **está precisando ser ouvido**, ele está com algum problema, é preciso ouvir e perguntar o que está acontecendo, como está sua vida, ou seja, dar uma abertura para ele começar a falar [...] estabelecendo a confiança [...] então a cada dia ele vai se abrindo mais, vai melhorar, vai depois expor certos problemas que antes ele não tinha coragem de falar. (Grifo nosso)

O cuidado promovido na APS (em uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo), pode fomentar algum tipo de resistência nos pacientes, visto que não é incomum o usuário do SUS privilegiar a consulta especializada, com um profissional da psiquiatria. Nessas situações, a equipe da APS deve mostrar para esse usuário a importância de a escuta acontecer no seu serviço-base, ou seja, na UBS do seu bairro ou região, junto dos profissionais de saúde que o acompanham e que possuem capacidade para atendê-lo. É necessário explicar também que a rede de profissionais de Saúde do Município tem outros atores – psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, clínicos gerais – que, em atuação conjunta, têm plenas condições de promover ações de saúde mental.

Caso o Município não possuir Nasf, as ações de apoio podem ser articuladas por profissionais da ESF que se reconheçam como potenciais matriciadores ou, ainda, por profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (Cras) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas). Essa articulação deve ser muito bem trabalhada, respeitando as potencialidades de cada integrante e, obviamente, as funções e a carga horária dos profissionais.

Outra possibilidade é a contratação de profissionais da saúde com atribuições de matriciadores, sem que necessariamente ocorra uma vinculação desses a um programa ou ação federal.

Sobre matriciamento, sugere-se aos gestores da saúde a leitura do texto: “Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade” (Alves Pinto et al.), publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, em 2012.

Cenário 3: Tenho ESF, Nasf e CAPS, mas quero saber como posso melhorar a assistência em saúde mental no meu Município?

Não é incomum ouvir afirmações do tipo “meu Município cuida da saúde mental da população, pois temos CAPS que atende(m) demandas de álcool e outras drogas”. De fato, o CAPS é um importante serviço de saúde e faz parte de uma concepção ampliada, mas, por si só, o CAPS não garante acesso ao cuidado em saúde mental. Os tipos de CAPS (I, II, III, III AD, AD, infantil), sua composição e a forma como se organizam contribuem diretamente com a capacidade da rede local em responder às demandas em saúde.

A existência do CAPS no Município deve ter uma justificativa epidemiológica e psicossocial. A simples abertura do serviço sem um prévio levantamento junto aos serviços da APS a respeito das demandas percebidas em saúde pode tornar o CAPS um serviço sem sentido, sem foco. Um exemplo disso seria a implantação de um CAPS II (população entre 70mil-200mil, 12 profissionais, 360 atendimentos/mês), para um Município/região que detectou questões de saúde mental com crianças e adolescentes. Nesse caso, a implantação de um CAPSi pode ser o mais recomendável.

Em termos de articulação da rede de cuidado, o gestor que possui no seu território ESF, Nasf e CAPS deve se perguntar: esses serviços funcionam integrados, a quem e como estão atendendo?

A partir dessas respostas, podem-se construir estratégias de melhorias à rede. Assim da mesma forma que nos cenários 1 e 2, compreender as demandas de saúde da população adscrita é essencial. Essa compreensão pode ser localizada, ou seja, focada em determinada área da cidade, um bairro, uma rua.

Outra situação importante para qualificar a rede de atenção diz respeito ao tipo de integração que existe (se existe) entre os serviços: De fato formam uma rede? Para tanto, uma das ações do gestor junto às equipes é estabelecer momentos para que profissionais da APS (ESF e Nasf) e do CAPS conversem sobre os casos recebidos, assim como as estratégias necessárias.

Finalmente, ações de matriciamento são de extremo auxílio para qualificação das equipes de saúde e do atendimento de demandas. Os profissionais do CAPS, assim como os do Nasf, podem ser matriciadores, reunindo-se com colegas e promovendo intervenções nos serviços de saúde.

10. Custos dos Equipamentos de Saúde: um comparativo entre APS e serviços especializados

Quanto às possibilidades de construção de estratégias na APS para qualificar a promoção do cuidado em saúde mental, os gestores municipais ainda devem levar em consideração as questões pertinentes ao financiamento de cada serviço e equipe profissional.

Retomando a reflexão inicial sobre o aproveitamento dos serviços de saúde existentes, neste caso específico aqueles próprios da APS, é preciso, primeiramente, questionar e analisar o custeio de serviços especializados que porventura o Município pretenda implementar. Isso significa realizar uma avaliação da necessidade do novo serviço de saúde, compreender a qual população esse novo equipamento responderá, quais as situações de saúde existentes e quantos recursos financeiros serão demandados para o Município.

Como todo novo investimento, o processo de decisão de convênio para construção e custeio de serviços de saúde também deve passar por uma análise da sustentabilidade financeira. Embora saibamos que serviços tipos CAPS recebem recursos do governo federal, também é necessário destacar que esses recursos estão defasados desde 2011 e não cobrem o custeio global do equipamento.

Segundo estudo técnico da CNM, realizado em 2014, o repasse federal para custeio do CAPS, além de apresentar valores inferiores aos

necessários, não sofreram qualquer tipo de reajuste desde a publicação da Portaria 3.089/2011.

Tabela 6 – Valores de repasses com atualização e correção

Tipo	Valor Inicial	Valor ATUAL (A)	Valor CORRIGIDO (B) IPCA – abril 2015	Defasagem (A/B)
CAPS I	R\$ 28.305,00	R\$ 28.305,00	R\$ 35.302,58	24,7%

Fonte: Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011.

Estudos da CMN apontam que todos os Programas da Atenção Básica apresentam preocupantes defasagens em relação aos valores disponibilizados pelo governo federal aos Municípios.

O programa com maior percentual de defasagem é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), com 103,5% no tocante aos repasses para equipe, estrutura e equipamentos. Essas e outras situações de subfinanciamento podem ser encontradas no Portal CNM: <http://www.cnm.org.br/areastecnicas/categoria/saude>.

A situação do subfinanciamento dos programas federais remete à seguinte problemática: o Município é o Ente federado com menor poder arrecadatório, mas, em termos de comprometimento das receitas, é aquele que mais investe em saúde. Em média, atualmente no país, os Municípios destinam 23% das suas receitas à saúde.

Dessa forma, o gestor municipal, em conjunto com as equipes de saúde, deve promover um debate a partir dessas análises: demanda real pelo serviço e possibilidades de custeio.

Assim, os gestores municipais, ao estudarem as possibilidades de convênio para instalação de serviços de saúde como mais uma equipe ESF, Nasf, CAPS, ambulatórios em saúde mental e outros equipamen-

tos, devem considerar a defasagem dos valores repassados pela União para construção e custeio desses serviços, além de estarem cientes de que muito provavelmente os valores repassados pela União estejam bem abaixo do custeio real do serviço.

Perante essas perspectivas, a CNM elaborou alguns exemplos de custos, formação de redes de cooperação e integração de serviços que, desde que adaptados à realidade local, podem servir de base para repensar as ações em saúde.

10.1 Exemplo de custo 1: Trabalho em conjunto da ESF com o matriciamento pelo CAPS I

Como primeiro exemplo, segue uma análise comparativa dos valores da equipe de saúde necessária para funcionamento de um CAPS I.

Custeio médio/mês de um CAPS I:

Equipe mínima: 9 (nove) profissionais⁷;

Profissional de assistência social (40h/s): R\$ R\$ 3.887,40;

Profissional de odontologia (20h/s): R\$ 2.172,00

Profissional de enfermagem (40h/s): R\$ 2.864,70;

Profissional de nutrição (40h/s): R\$ 3.887,40;

Profissional de psicologia (40h/s): R\$ 3.887,40;

Profissional de psiquiatria adulta (40h/s): R\$ 10.000,00;

Profissional técnico de enfermagem (40 h/s): R\$ 1.440,00;

Profissional técnico em saúde bucal (40 h/s): R\$ 1.440,00.

Atendimento mínimo: 240 intervenções

⁷ Vencimentos básicos tendo como fonte de consulta o portal do Município de Canoas, no RS nos seus editais de seleção 01/2014; 01/2015 e 061/2015.

Subtotal/mês: R\$ 29.578,90 + Custos variáveis

Manutenção, água/luz, telefone/internet, material de escritório e limpeza, material para oficinas.

Subtotal/ano profissionais: R\$ 384.525,70

(contando 13º salário, sem adicionais, gratificações, encargos, horas extras e convocações).

Agora, como exemplo, os valores necessários para manutenção da equipe de Saúde da Família (ESF) em um ESF do tipo I:

Custeio médio/mês de um ESF*:

Profissional de enfermagem (40h/s): R\$ 2.864,70;

Profissional de medicina adulta (40h/s): R\$ 10.000,00;

Profissional técnico de enfermagem (40 h/s): R\$ 1.440,00;

Agente comunitário de saúde (40 h/s): R\$ 1.014,00.

+

Custos variáveis: manutenção, água/luz, telefone/internet, material de escritório e limpeza, material para oficinas, medicação.

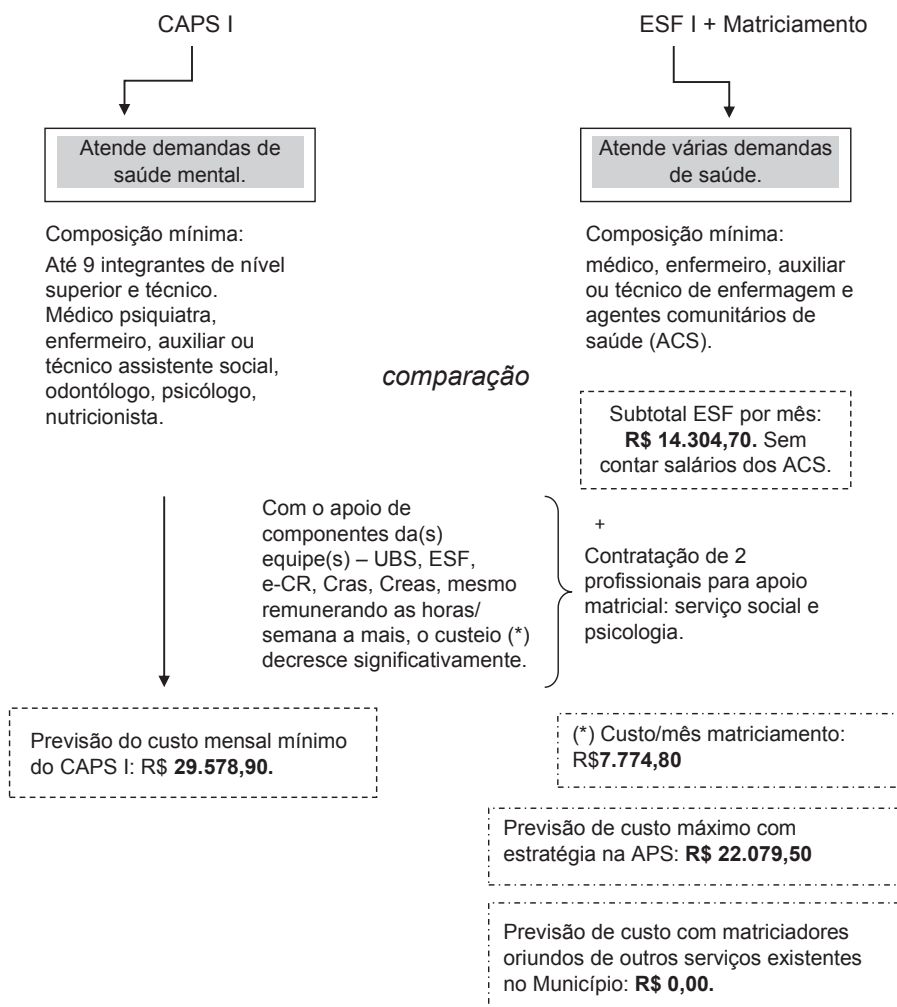
Subtotal ESF I por mês: R\$ 14.304,70. Sem o valor do ACS, adicionais, gratificações, encargos, horas extras e convocações. Neste cenário de CAPS I adicionado à ESF I, há a possibilidade de – por meio da atuação de equipe de matriciamento do CAPS I junto aos profissionais da APS – possibilitar que estes últimos atendam às demandas da saúde mental trabalhando em conjunto dentro das perspectivas já apresentadas anteriormente nesta publicação.

* Valores mínimos estimados de um Município de grande porte no sul do país.

10.2 Exemplo de custo 2: Trabalho sem presença de CAPS ou Nasf

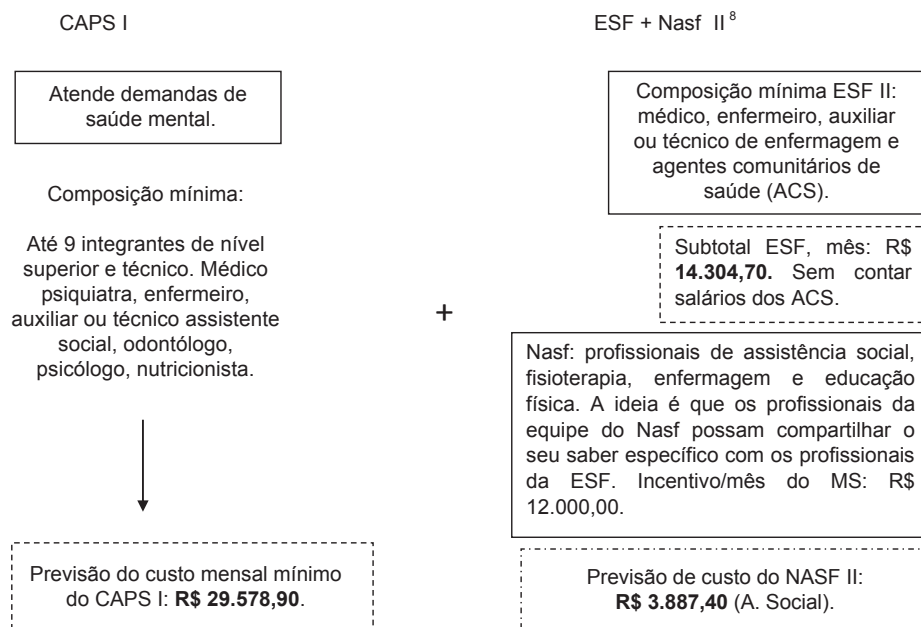
No caso de Municípios que não possuam nenhum tipo de CAPS, o cenário de custos básicos da estratégia de apoio à APS poderia se apresentar como no exemplo a seguir. Esse cenário seria para um Município sem CAPS e sem Nasf.

Exemplo 1: Município com ESF, sem NASF em comparativo com CAPS



IMPORTANTE: Em alternativa à contratação de equipe específica para o Matriciamento, essa estratégia pode ser desenvolvida por profissionais cedidos/deslocados de serviços de saúde ou da assistência social do Município – UBS, ESF, Nasf, e-CR, Cras e/ou Creas – desde que eles preencham requisitos para atuação como matriciadores, respeitando os limites de horas/semana e suas funções dentro das políticas e programas aos quais esses profissionais pertencem.

Exemplo 2: Município com ESF e com NASF III, em comparativo com CAPS



⁸ A composição de cada um dos Nasf será definida pelos gestores municipais e pelas Equipes de Saúde da Família e deve considerar os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os exemplos de custos acima representam algumas das possibilidades de que os Municípios podem lançar mão para darem conta da complexidade do cuidado em saúde mental. A gestão, em conjunto com as equipes, tem capacidade de construir os melhores arranjos de equipes e serviços. Nesse ponto, cada rede de atenção e cada Município deve debater, planejar e implementar a estratégia que melhor responde às necessidades epidemiológicas e sociais da população.

Saber para quem, onde e como as equipes de saúde devem criar estratégias e direcionar seus esforços não apenas qualifica o cuidado com as pessoas, mas também qualifica os recursos financeiros.

11. Considerações finais

Como apontado anteriormente nesta publicação, o cuidado em saúde mental apresenta-se complexo: todo processo de adoecimento está longe de poder ser considerado simples ou de fácil resolução. Nesse contexto, as histórias, as situações e os locais de vida das pessoas são parte do processo terapêutico.

Dessa forma, a proximidade, o vínculo entre os indivíduos e suas famílias com as equipes de saúde adquirem ainda mais potência para compreensão e auxílio dos cidadãos nas suas questões de vida. Uma Rede de Atenção à Saúde qualificada e, portanto, apta a receber as diversas demandas de uma população começa pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. O gestor municipal não pode ficar alheio a esses fenômenos e precisa ter ainda discernimento em relação aos recursos financeiros e à sustentabilidade da política de saúde do seu Município.

A Confederação Nacional de Municípios, por seu lado, busca contribuir para lançar ao gestor não somente questionamentos referentes às políticas públicas federais, mas sobretudo questionamentos à qualidade e sustentabilidade de sua gestão nas mais diferentes áreas temáticas e também soluções para aprimorar o que está batendo à sua porta.

12. Bibliografia

BELTRAME, P. P.; QUEVEDO, M. P. *Possibilidades de Promoção da saúde mental nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família*, 2012.

BRASIL. (2011) *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. HELENA CHIAVERINI, Dulce (Organizadora) et al. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. p. 236.

_____. (2014). Ministério da Saúde. *Portaria 1.238/2014*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1238_06_06_2014. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. (2007). Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. (2007). Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

_____. (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – DAPE. Coordenação Geral de saúde mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

_____. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). 160 p.

CANDIDA, S. L. “Percepção transdisciplinar na estratégia do desenvolvimento econômico de Hirschmann”. Em: *Análise*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2007. pp. 64-77.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. “Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde”. Em: *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

FAUSTO; M. C. R. (2005). *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na saúde brasileira*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. (2011). Atenção Primária à Saúde. Em: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Ed. Fiocruz/Cebes. Rio de Janeiro.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. (2015). Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde em Debate*, 38(102), 582-592. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000300582&lng=en&tlng=pt.10.5935/0103-1104.20140054,2014. Acesso em: 10 jul. 2015.

JESUS, D. R.; SOARES, D. D. A. A intersetorialidade entre o CAPS e o Cras no Município de Esmeraldas: Um relato de Experiência. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.10. 2012. pp.237-240.

JUNQUEIRA, S. R.. *Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe – Módulo Político Gestor*. UNA-SUS. São Paulo: Unifesp, 2012.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saú-

de mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. Em: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 2. 2009. pp. 85-91.

MOURA, J.; FERNANDES, F. *A História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial*. 2011

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

RIBEIRO F. A. *Atenção Primária e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

SILVA, J. S. *Assistência primária de saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. São Paulo, 1983.

STARFIELD. B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde, 2002.

Legislação citada

Casa Civil e Ministério da Saúde

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei 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.

Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

Portarias do Ministério da Saúde

Portaria 4.279/2010. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Portaria MS 3.088/2011. Instituição da Rede de Atenção Psicossocial – Raps.

Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Portaria 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de Equipes de Consultório na Rua (ECR) por Município.

Portaria 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Portaria 396 de 07 de julho de 2005. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS.

Portaria 154, de 14 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf.

Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências.

Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O ministro de Estado da Saúde, no uso das

atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição [...].

Portaria 189, de 20 de março de 2002. Incluir na Tabela do SIH-SUS códigos para os grupos e procedimentos na área de saúde mental. Internações, diagnóstico, 1º atendimento, acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cobrança de APAC.

Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.

Portaria 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria GM/MS 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

Portaria GM/MS 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria 349, de 29 de fevereiro de 2012. Altera e acresce dispositivo à Portaria 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria 1.615, de 26 de julho de 2012. Altera o item II do art. 9º e os arts. 12º e 13º da Portaria 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e

custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Portaria 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria 1.306, de 27 de junho de 2012. Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria 857, de 22 de agosto de 2012. Habilita a Tabela de Incentivos Redes do Cnes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

Portaria 2.198, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada.

Portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Portaria 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria 442, de 13 de agosto de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e da média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.





Sede

SCRS 505, Bl. C – Lt. 01 – 3º Andar
CEP: 70350-530 – Brasília/DF
Tel/Fax: (61) 2101-6000

Nova Sede

SGAN 601 – Módulo N
CEP: 70830-010
Asa Norte – Brasília/DF

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus
CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM