

**desinstitute**

# **painel saúde mental:**

20 anos da Lei 10.2016/01

**É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: [www.desinstitute.org.br](http://www.desinstitute.org.br)**

1ª edição - 2021

**Coordenação Geral** - Lucio Costa e Nicola Worcman

**Pesquisa** - Renata Weber

**Redação** - Lucio Costa, Nicola Worcman e Renata Weber

**Revisão técnica** - Daniela Skromov, Lucio Costa, Marcela Lucena e Nicola Worcman

**Revisão geral** - Manuela Rached Pereira

**Revisão normativa** - Maíra Paschoal

**Projeto Gráfico e Diagramação** - Gabriel Lucki

## **Agradecimentos**

Domingos Sávio

Coordenações de Saúde Mental dos Estados

## **Diretoria Desinstitute**

**Lucio Costa** - Diretor executivo

**Jaqueline Marques** - Diretora de administração e finanças

**Nicola Worcman** - Diretora de assuntos científicos

**Aurélia Rios** - Diretora de projetos e interseccionalidade

**Daniela Skromov** - Diretora de relações institucionais

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição - Desinstitute

Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01 / Desinstitute, Renata Weber (org.) - Brasília : [s.n.], 2021. - 84 p. - ISBN 978-65-996043-0-0

1. Saúde Mental. 2. Política Pública. I. Título.

CDD: 363

Publicado no Brasil - Setembro de 2021

Como citar este documento: DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.], 2021.

# Sobre os organizadores

O *Painel Saúde Mental - 20 anos da Lei 10.216/01* é resultado do trabalho conjunto entre o Desinstitute e a pesquisadora Renata Weber<sup>1</sup>.

## Desinstitute

O Desinstitute é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos, que trabalha pela garantia de direitos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, no Brasil e na América Latina. Fundado em 2020, atua por meio da produção e publicização de conhecimento técnico, da interlocução com movimentos sociais e organizações da sociedade civil, do monitoramento e análise de políticas públicas e de *advocacy* com os legislativos, executivos e sistemas de justiça. Sua missão prioritária é influenciar e respaldar tecnicamente o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências e orientadas por princípios democráticos, de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de garantia dos direitos humanos a todas as pessoas. Para mais informações, acesse: [desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/](https://desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/).

## Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (UFRJ)

O Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), tem como principal finalidade desenvolver estudos e pesquisas que contribuam para o aprofundamento e a qualificação da política pública de saúde mental. Seu principal objeto de investigação é a saúde mental no contexto nacional e internacional, com destaque para estudos que envolvem, entre outros temas, a construção e avaliação de redes psicossociais, a relação da saúde mental com o campo da Justiça e dos direitos humanos e a intersectorialidade como fundamento para a construção da rede.

---

<sup>1</sup> Pesquisadora membro do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

# Sumário

## **Resumo Executivo** **6**

Breve contexto histórico	6
A rede de Cuidados na Comunidade	7
<i>Atenção Básica</i>	7
<i>Rede de Atenção Psicossocial</i>	8
<i>Desinstitucionalização</i>	9
Financiamento	11
Retrocessos e Desafios	12

## **Apresentação** **14**

Sobre os dados e suas fontes	15
As seções deste Painel	16
Cenários para Interpretação	17

## **A rede de cuidados na comunidade** **18**

Atenção Básica - Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica	19
Atenção Básica - NASFs	21
Atenção Básica - Consultório na Rua	22
Atenção Básica - Centros de Convivência e Cultura	24
Rede CAPS - CAPS por UF e tipo. Brasil, 2020	26
Rede CAPS - Série histórica por ano	27
Rede CAPS - Incremento por ano	28
Rede CAPS - Série histórica por tipo	30
Rede CAPS - Indicador CAPS/100 mil habitantes	31
Rede CAPS - Evolução do Indicador CAPS/100 mil habitantes por região	34
CAPS por Faixa Populacional	35
Serviços Hospitalares de Referência por UF	36
Serviços Hospitalares de Referência - série histórica do número de leitos	37
Unidades de Acolhimento por UF	38
Unidades de Acolhimento - série histórica	39

## **Desinstitucionalização** **40**

Leitos em Hospitais Psiquiátricos – Série histórica	41
PNASH Psiquiatria – Hospitais indicados para descredenciamento	43
Leitos em Hospitais Psiquiátricos – mudança do perfil dos hospitais	45
Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF	46
Programa de Volta para Casa	47
Programa de Volta para Casa – beneficiários por estado	48
Programa de Volta para Casa – Gastos e reajustes do benefício	49
Serviço Residencial Terapêutico por UF	50
Serviço Residencial Terapêutico – série histórica	51

## **Financiamento** **52**

Gastos do FNS com a Política de Saúde Mental	53
Gastos hospitalares x Gastos extra-hospitalares	55
Gastos Saúde Mental x Gastos do FNS com ASPS	57
Gastos <i>per capita</i>	58
Gastos com os Centros de Atenção Psicossocial	59

## **Retrocessos e Desafios** **62**

Breve contexto histórico	63
Retrocessos	65
<i>O surgimento de equipamentos desvinculados aos territórios</i>	65
<i>O aprofundamento do financiamento federal de Comunidades Terapêuticas via setor de Justiça</i>	68
<i>Apagão de dados</i>	70
<i>Abandono de políticas, programas e prioridades definidas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental</i>	70
<i>Diminuição dos recursos federais para a Política de Saúde Mental</i>	71
Desafios	72

## **Referências** **76**

# Resumo Executivo

No ano em que a Lei 10.216/01, que reorienta a assistência psiquiátrica no Brasil, completa 20 anos, o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* busca apresentar ao campo da saúde mental dados gerais sobre a rede de cuidados na comunidade, a desinstitucionalização e o financiamento federal das ações da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no país.

De 2001 até 2015 – último ano em que dados federais sobre o campo da saúde mental foram apresentados de forma organizada pelo Ministério da Saúde –, o cenário nacional era, ainda que com enormes desafios e contradições, de transição entre o cuidado centrado na assistência hospitalar e o cuidado em liberdade, com a organização e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O período seguinte, que se inicia em 2016, começa a indicar rupturas progressivas com a política de saúde mental anterior: uma “Nova Política de Saúde Mental” passa a realizar mudanças importantes em direção ao retrocesso e ao afastamento da Lei 10.216/01. No cenário macro, marca também esse período a promulgação da Emenda Constitucional 95, que aprofunda ainda mais o já crítico financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo processo deve ser considerado na análise dos dados recentes do campo da saúde mental no Brasil, que o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* apresenta.

## Breve contexto histórico

Por mais de 200 anos, políticas públicas brasileiras no campo da saúde mental foram pautadas e executadas sob a lógica da internação e exclusão prolongada de pessoas rotuladas como loucas e diagnosticadas com base em quadros de sofrimento psíquico. Em muitos casos, entre os internados estavam usuários de álcool e outras drogas, pessoas com deficiência, em situação de rua e vulnerabilidade político-social – até o século passado, conhecidos como “alienados” e “improdutivos” da sociedade.

Enquanto o modelo de internação forçada era amplamente defendido como uma prática eficaz de tratamento por grupos de interesses particulares com ingerência política e econômica no Estado brasileiro, o atendimento prestado em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais resultava em graves violações de direitos humanos e ruptura de laços sociais.

Há mais de 30 anos, porém, a política nacional de saúde mental passou por transformações guiadas por um processo de reforma psiquiátrica iniciado no fim dos anos 1970, com o surgimento de movimentos sociais formados majoritariamente por trabalhadores da saúde, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

As primeiras experiências regionais bem-sucedidas de atendimento psicossocial de base comunitária inspiraram, no fim dos anos 1980, a formulação – e posterior aprovação – da Lei 10.216/01. Promulgada em 2001, a legislação estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, orientadas pelo respeito à cidadania e aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Com a aprovação da lei, previa-se a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, a serem substituídos ao longo dos anos seguintes por uma rede complexa de serviços comunitários, nos quais se compreende o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico.

Nas últimas décadas, portanto, a pressão popular de movimentos antimanicomiais, somada ao monitoramento de órgãos de controle nacionais e internacionais, contribuiu para o fortalecimento e a ampliação de leis, políticas e serviços públicos comunitários de atenção psicossocial no Brasil. Um processo recente que resultou no fechamento de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos pelo país.

Apesar das significativas conquistas alcançadas com a implementação do SUS e pelo processo gradativo de reforma psiquiátrica no Brasil, políticas e serviços públicos de atenção psicossocial têm sido objeto de negociações desde 2016, e diversas medidas vêm sendo tomadas com vistas ao seu desmonte, em benefício de instituições de modelo asilar e com apoio de recursos públicos. Neste cenário de mudanças, o debate público sobre o tema e a tomada de decisões baseadas em evidências tornam-se indispensáveis, especialmente no atual cenário de escassez de monitoramento e transparência sobre o desenvolvimento das políticas de saúde mental no país.

## **A rede de Cuidados na Comunidade**

### **Atenção Básica**

Entre 2007 e 2020, é significativo o aumento da cobertura estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Equipes de Atenção Básica (EAB), no Brasil. Estratégica para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, entre eles, os agravos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, a cobertura estimada de ESF passa de 48%, em 2007, para 63,6%, em 2020. No mesmo período, a cobertura de EAB passa de 60% para 76%. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que têm como uma de suas atribuições a construção de ações de saúde mental na Atenção Básica e no território, também têm crescimento expressivo entre 2008 e 2019, tendo passado de 464 para 5.886 núcleos, respectivamente.

A partir de 2019, a Portaria GM 2.979/19 do Ministério da Saúde estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Isso pode ter impacto negativo na expansão dos NASFs nos próximos anos, pois, se antes, com financiamento específico, a expansão dos NASFs era induzida pela gestão

federal, agora ela depende mais diretamente das ações dos gestores locais. O ritmo de implantação do número de Consultórios na Rua – equipamentos cruciais para a garantia do cuidado integral à saúde da população em situação de rua nas grandes cidades – também é uma preocupação: embora tenha sido intenso de 2012 a 2014 (período em que houve aumento de 133% no número de consultórios na rua), esse ritmo passa a diminuir a partir de 2015. Nesse cenário de desinvestimento, o número total de equipes cai pela primeira vez desde a sua implantação no Brasil, a partir de 2019.

Já os Centros de Convivência e Cultura (CC) – componentes da RAPS articulados à Atenção Básica –, não tiveram prioridade entre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica, após a publicação da Portaria MS 3.088/2011, do Ministério da Saúde. Muito embora os CC tenham sido considerados pelo campo da saúde mental como importantes equipamentos intersetoriais de inclusão social, no âmbito das políticas ministeriais não há diretrizes específicas ou mecanismos legais para repasses financeiros federais que viabilizem a implantação e o custeio desses equipamentos. Quando existem, os CC são financiados por estados e municípios.

## **Rede de Atenção Psicossocial**

Em dezembro de 2020, o Brasil tinha 2.785 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados no Ministério da Saúde. O indicador CAPS por 100 mil habitantes no Brasil é de 0,70, isto é, cerca de 70% da população está coberta pela Rede CAPS. Essa cobertura pode ser considerada de regular a boa, uma vez que a expansão dos CAPS é constante desde 2002, na direção da interiorização dos serviços. Em 2020, 45,4% dos CAPS estavam em cidades com até 50 mil habitantes, enquanto, em 2002, apenas 18% dos serviços estavam nessas cidades. Observa-se, no entanto, a tendência atual de fragilização da Rede, com uma importante diminuição na velocidade de implantação de CAPS, a partir de 2017. Destaca-se que 2018 é o ano com o menor número de habilitação de CAPS de toda a série histórica<sup>2</sup>, com apenas 30 novos Centros habilitados. É também em 2018 que, pela primeira vez, o Ministério da Saúde suspende temporariamente o financiamento de custeio aos CAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Assim, ainda que exista um crescimento constante em número absoluto de CAPS no país, há evidente fragilização da rede instalada nos últimos anos.

São notórios ainda os vazios assistenciais para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no Brasil, assim como é desafiadora a ampliação de serviços comunitários com funcionamento 24 horas para garantir atenção às crises no território. O número de CAPS exclusivamente destinados à infância e adolescência (CAPSi), assim como o de CAPS III e CAPS II, é o que menos cresceu no período estudado.

---

<sup>2</sup> Ver Gráfico 1 - Número de CAPS por ano - Brasil - 2002-2020, p. 27.



Até dezembro de 2020, o Brasil possuía 1.927 leitos em Serviços Hospitalares de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (SHR) habilitados junto ao Ministério da Saúde. Regulados em 2012 e destinados ao cuidado das comorbidades clínicas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e ao manejo das situações de crise em saúde mental, o número de leitos tem tido crescimento regular e constante ao longo dos anos.

A Portaria MS 3.588/17, no entanto, mudou os parâmetros para o estabelecimento dos SHR. A partir de 2017, o Ministério da Saúde passa a admitir apenas Serviços Hospitalares de Referência especializados em hospital geral a partir de 8 leitos. Isso inviabiliza a oferta de atenção à saúde mental na clínica médica em municípios com hospitais de pequeno porte, que usualmente estão sediados em pequenas cidades. Muitas experiências tomavam esse dispositivo como retaguarda para os CAPS diurnos, quando era necessário o acolhimento integral de um usuário do serviço.

O Brasil tem hoje 72 Unidades de Acolhimento (UA). A série histórica de incremento desses serviços revela que quase a metade deles foi habilitada nos anos de 2014 e 2015. A partir de 2016, a velocidade de implantação de UAs no país diminuiu expressivamente – no ano de 2018, apenas uma UA foi habilitada pelo Ministério da Saúde. Colabora para a construção deste cenário a crescente oferta de financiamento federal às Comunidades Terapêuticas – instituições que, via de regra, oferecem um modelo de tratamento pautado em isolamento e institucionalização –, por meio de editais de contratação de leitos financiados pelo Ministério da Cidadania.

## **Desinstitucionalização**

Uma das principais ações do governo federal para a reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil desde a Lei 10.216/01 foi a redução programada e pactuada de leitos psiquiátricos. Os mecanismos de indução para a redução programada do porte dos hospitais foram estabelecidos pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). Em sintonia com o Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e com uma política de melhor remuneração a hospitais de pequeno porte, foi possibilitado que, ao longo dos anos, leitos de baixa qualidade assistencial (isto é, pertencentes a hospitais com baixa pontuação no PNASH/Psiquiatria fossem desativados, sobretudo de 2002 a 2016, em macro-hospitais (com mais de 160 leitos).

A mudança de perfil dos Hospitais Psiquiátricos ao longo dos anos, pelo processo de migração de leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, é consequência direta da redução programada de leitos. Ao fim de 2020, 69% dos leitos SUS de psiquiatria estavam localizados em hospitais com até 160 leitos. Em 2002, esse percentual era de 24%. Nota-se, no entanto, a estabilização, desde 2016, do número de leitos públicos em hospitais psiquiátricos considerados de grande porte (com mais de 400 leitos), no Brasil.

De 2002 a 2020, foram reduzidos 37.464 leitos SUS em psiquiatria no país. Desde 2002, 48 hospitais foram fechados ou tiveram seus leitos SUS descredenciados, com base nos resultados do PNASH/Psiquiatria. A última versão do Programa, no entanto, foi realizada entre os anos de 2012 e 2014. Desde então, o PNASH/Psiquiatria encontra-se inoperante e nove Hospitais Psiquiátricos com leitos SUS indicados para descredenciamento, ainda em 2016, seguem abertos.

De 2003 a 2014, o número de pessoas que recebiam auxílio do Programa De Volta para Casa aumentou mais de 21 vezes – passou de 206 para 4.349, respectivamente. No fim de 2020, o número de beneficiários chegou a 4.520. No entanto, desde 2014, houve uma diminuição no ritmo de cadastramento de novos (as) beneficiários (as) e o benefício, por sua vez, está com baixo valor de compra. Para que tenha o mesmo valor de compra de 2013, o benefício deveria ser de R\$ 600,54, considerada a inflação desde o último reajuste. O recente anúncio de reajuste do auxílio feito pelo Ministério da Saúde, porém, não acompanhou a inflação do período – aumentou em 21% e atingiu o valor de R\$ 500,00, em 2021.

Ao fim de 2011, com a Portaria nº 3.090/11, uma nova proposta de financiamento foi estabelecida para os Serviços Residenciais Terapêuticos, antes custeados sobretudo com recursos realocados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). Com base nessa portaria, passam a ser transferidos aos SRTs habilitados recursos federais de custeio mensal e também de implantação. Isso tornou indispensável a habilitação a todos os serviços existentes até então. Em 2014, dos 610 SRTs existentes, apenas 289 estavam habilitados. Hoje, são 783 os serviços habilitados no país. Não existem dados atualizados disponíveis informando a diferença entre serviços em funcionamento (e não habilitados) nos estados e serviços habilitados no Ministério da Saúde.

## Financiamento

É preocupante ainda a diminuição e estagnação dos gastos federais totais do FNS com ações relacionadas às Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a partir de 2016. O estudo da série histórica revela que até 2019 estávamos num patamar de gastos compatível ao de 2009. Os recursos federais totais destinados à Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas caíram 15% de 2015 para 2016 e se mantiveram estáveis (crescendo apenas o suficiente para vencer a inflação) de 2016 a 2019.

Para que se compreenda o atual cenário nacional das políticas de saúde mental, é preciso lembrar do processo histórico que se tornou conhecido no campo como “inversão dos gastos”. O ano de 2006 inaugurou este marco, quando os gastos federais com a Saúde Mental passaram a ser maiores com serviços e ações extra-hospitalares (56% dos recursos da área), em comparação aos hospitalares. Essa tendência se aprofundou ao longo dos anos seguintes, mas encontrou estabilização a partir de 2017 – desde então, 88% dos gastos federais totais com a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas são com ações extra-hospitalares e 12% com ações hospitalares. Colabora para essa estabilização a política recente de aumento de diárias hospitalares em psiquiatria.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que muitos países considerados de baixa ou média renda alocam menos de 2% do seu orçamento de saúde em políticas de saúde mental. Esse investimento é considerado baixo e desproporcional pela OMS, em relação aos impactos dos transtornos mentais e comportamentais nos indivíduos, famílias e comunidades dessas sociedades. Enquanto isso, países de alta renda alocam cerca de 5% dos gastos em saúde nessas políticas. No Brasil de 2001, ano da Lei 10.216/01, os recursos da Política de Saúde Mental representavam 2,7% do orçamento do FNS. Naquele período, 80% dos recursos eram investidos em ações hospitalares. Já no ano de 2010, com a mudança do modelo de atenção em saúde mental em pleno desenvolvimento, a Política de Saúde Mental brasileira chega a receber 2,9% dos gastos federais da saúde, sendo 70% deste montante investido em ações extra-hospitalares. Mas, no ano de 2016, com evidente perda de recursos, a pasta passa a receber a menor parte do orçamento da saúde da série histórica – 2,1%. Esse estado de coisas permanece até o ano de 2019, num contexto de aprofundamento da crise de financiamento do SUS. Os gastos federais *per capita* com a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que, em 2012, chegaram a ser de R\$ 16,90 reais (nos valores de 2019), em 2019 caíram para R\$ 12,40.

## Retrocessos e Desafios

Equipamentos públicos desvinculados da lógica da atenção psicossocial passam a surgir nas normativas do Ministério da Saúde a partir do ano de 2017, num movimento de retrocesso no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>3</sup>, aliada à Portaria MS 3.588, ambas de dezembro de 2017, são a base de uma mudança fundamental na Política Nacional de Saúde Mental. Desde então, o movimento é de retorno ao paradigma anterior, de característica hospitalar/asilar.

É nesse novo contexto que surge o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV (CAPSad IV). Com característica hospitalar, este dispositivo é criado apesar da experiência psicossocial brasileira, que mostra que os Consultórios na Rua, por serem itinerantes e trabalhar com tecnologias leves, têm mais recursos para atuar com os usuários, de forma articulada com a rede. O levantamento do *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* indica que, até o fim de 2020, três CAPSad IV foram habilitados no Ministério da Saúde, nas cidades de Porto Alegre/RS, Belo Horizonte/MG e Campo Grande/MS.

É também nesse cenário que são viabilizadas no SUS Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. Essas equipes, constantes da Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite de dezembro de 2017 e montadas nos moldes dos antigos ambulatórios psiquiátricos, nascem sem parâmetros populacionais de referência e, no caso das equipes maiores, com o custeio mensal maior que de um CAPS I. Esses equipamentos tendem a crescer ainda mais no ano de 2021, como uma grande aposta do governo federal.

O item equipamento para eletroconvulsoterapia, por sua vez, passa a constar da lista da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS, a partir de 2019. Hospitais Gerais e Hospitais Especializados poderiam obtê-lo por meio de financiamento do SUS. Até o momento de sua publicação, o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* (1ª edição) não encontrou qualquer indício de que esse financiamento tenha, de fato, ocorrido, mas o fato da nova Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, nomeada em fevereiro de 2021, estar ligada diretamente à defesa da eletroconvulsoterapia, deve alterar este estado de coisas.

<sup>3</sup> A Resolução 32 da CIT estabelece a formação das Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental, o CAPSad IV, e reajusta o valor das diárias para internação em hospitais psiquiátricos e fortalece a parceria com as Comunidades Terapêuticas, entre outras ações. Estes temas serão abordados ao longo das seções. Para maiores informações ver: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolucao-CIT-n--32.pdf>.

O financiamento das Comunidades Terapêuticas – por meio do FUNAD e do Ministério da Cidadania – passa a ter aporte regular nos últimos anos, embora varie de acordo com a presença ou a ausência de um edital de chamamento público. Denunciadas com frequência pela violação de direitos humanos e por ter o isolamento como eixo central de um suposto tratamento oferecido, essas instituições vêm recebendo recursos públicos, incluindo federais – por meio do FUNAD –, num contexto de grande contingenciamento de recursos para a área da Saúde.

Desde 2016, é possível constatar um verdadeiro apagão de dados no campo federal da saúde mental. Uma vez que políticas públicas devam ser guiadas pelas evidências observáveis e seus dados disponíveis a toda população, a não transparência de informações oculta, sob o falso manto do cuidado, violações de direitos humanos contra a população com experiências de sofrimento psíquico, que devem, imediatamente, ser cessadas e reparadas no Brasil.

Nos últimos anos, ocorreu também um abandono expressivo de políticas, programas e prioridades definidas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, em compasso com a diminuição dos recursos federais destinados à Política.

Os dados apresentados pelo *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* permitem observar que o governo brasileiro provocou fissuras importantes nos processos em curso no país até 2016. A política de saúde mental vigente afasta-se da preservação dos direitos humanos e do cuidado em liberdade, enquanto adota posicionamentos que vão na contramão das principais diretrizes de agências internacionais, como a OMS, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), a Corte Interamericana de Direitos Humanos e a Convenção Internacional de Direitos Humanos. Além disso, o desinvestimento nos equipamentos de cuidado em liberdade, territorial e comunitário, com a morosidade com a qual os serviços são habilitados pelo governo federal, produzem impactos diretos na qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

A Política Nacional de Saúde Mental não deve ser entendida como uma política de governo, mas como uma política pública de Estado. Nesse sentido, algumas pautas se impõem pela garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Por isto, o Desinstitute entende que é dever do Estado garantir: 1) a retomada da transparência na política pública de saúde mental; 2) a fiscalização de hospitais psiquiátricos; 3) a realização do Censo de hospitais psiquiátricos; 4) a análise sobre mortes em hospitais psiquiátricos; 5) mais celeridade nos processos de desinstitucionalização com fechamento dos hospitais indicados para descredenciamento do SUS; 6) reajuste do auxílio reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa, para, pelo menos, R\$ 600,00 reais; e 7) cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial de 2010.

# Apresentação

No ano em que a lei que reorienta a assistência psiquiátrica no Brasil – Lei 10.216/01 – completa 20 anos, o campo da saúde mental no país se vê diante de uma importante lacuna: os dados federais sobre a RAPS não estão acessíveis à sociedade.

A publicação eletrônica *Saúde Mental em Dados (SMD)* – publicada pela Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, durante 10 anos consecutivos<sup>4</sup> – teve sua última edição publicada em 2015. Ainda que representassem a voz do governo federal no complexo processo que convencionamos chamar de reforma psiquiátrica, os dados ali tornados públicos serviam como uma espécie de bússola para o campo da saúde mental. Por meio deles, podia-se ter uma fotografia periódica e panorâmica do processo de reorientação da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no país.

O *Saúde Mental em Dados* trazia não somente publicidade ao dado, mas também sua interpretação e tradução. Em 10 anos, foi possível acompanhar, por meio de séries históricas de dados, as repercussões e lacunas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Entre elas, o percurso do fechamento de leitos psiquiátricos com baixa qualidade assistencial; a mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos restantes no país (quando leitos de psiquiatria passaram a situar-se em hospitais de pequeno porte); o esforço de direcionamento, pela saúde pública, pela política de álcool e outras drogas e pela política de saúde mental para crianças e adolescentes; a interiorização dos serviços, especialmente dos CAPS; a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos, e, de forma especial, a “inversão” de gastos a partir de 2006, quando os recursos federais destinados a ações extra-hospitalares em saúde mental passaram a ser maiores do que os gastos com ações hospitalares. Para trabalhadores, gestores e operadores do direito, esses dados serviam de subsídio para o desenvolvimento de análises e, conseqüentemente, de projeções para o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de políticas de saúde mental.

A ausência de informações, especialmente num cenário em que são alteradas normativas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e há desaceleração no processo de expansão de serviços públicos de base comunitária e territorial, é considerada um agravante importante no contexto de retrocessos instaurados no Brasil dos últimos anos.

O *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* busca, portanto, recompor a maior parte das bases de dados do *Saúde Mental em Dados*, com a apresentação e análise de dados federais sobre o campo da saúde mental desde a Lei 10.216, promulgada em abril de 2001.

---

<sup>4</sup> O *Saúde Mental em Dados* foi publicado apenas em formato eletrônico entre os anos de 2006 a 2015, tendo recebido 12 edições.

## Sobre os dados e suas fontes

Uma parte dos dados da RAPS aqui apresentados – sobretudo referentes ao período de 2001 a 2011 – tem como fonte a publicação *SMD*. Já a partir do ano de 2012, o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* inicia um esforço de recomposição de uma base de dados, aos moldes do *SMD*, por meio da compilação de atos oficiais praticados pelo Ministério da Saúde em portarias de habilitação de serviços. Outros dados desta publicação têm como fonte a Coordenação Geral de Saúde Mental e o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/MS, seus Relatórios de Gestão, ou as bases de dados do DATASUS (especialmente referentes à Atenção Básica). Algumas informações deste Painel também foram fornecidas pelas Coordenações Estaduais de Saúde Mental. O objetivo destas divulgações é apresentar a série histórica mais longa possível para cada dado, de forma que torne viável uma análise processual do período. Sempre que cabível, as séries históricas são apresentadas por região.

Para obter os dados sobre os gastos federais do FNS com ações e programas de saúde mental a partir de 2014, também foram colhidos dados primários com metodologia compatível ao do *SMD*. Outros dados sobre gastos federais – incluindo gastos do FUNAD com Comunidades Terapêuticas – têm como fonte outros estudos<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> *Ambas metodologias estão descritas em Weber (2021).*

## As seções deste Painel

O *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* apresenta quatro breves seções de dados gerais e não exaustivos sobre os temas do campo da saúde mental de forma acessível ao público. A primeira seção, “A rede de cuidados na comunidade”, traz informações gerais e séries históricas que lançam luz sobre a quantidade e velocidade de implantação dos equipamentos e equipes articuladas à RAPS no Brasil. Também observado no processo gradativo da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma das características dos processos de transição de modelos de atenção à saúde é a presença de um duplo movimento: à medida que o modelo anterior, de atenção hospitalar, perde investimentos, o novo, da atenção comunitária, ganha. Os dados desta primeira seção falam sobre esse processo. Como está e qual foi o caminho da implantação de serviços e estratégias do cuidado em liberdade desde a Lei 10.216/01? Ali, estarão disponíveis dados totais do Brasil, e, sempre que possível, dos estados e regiões.

A seção “Desinstitucionalização”, por sua vez, apresenta dados gerais sobre as estratégias adotadas para a desinstitucionalização de pacientes longamente internados, como séries históricas do Programa de Volta para Casa e dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Nela, também estarão organizadas as informações gerais sobre o ritmo do processo de redução de leitos pelas unidades de má qualidade e pelos macro-hospitais psiquiátricos.

O tema do “Financiamento” federal é tratado na terceira seção deste Painel. Ter alocação financeira governamental para as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas é um fator que está diretamente relacionado à lacuna de tratamento (*treatment gap*), que faz com que muitas pessoas com transtornos mentais não sejam tratadas. Quais são os recursos federais? Como e onde esses recursos são gastos? Esses recursos crescem ao longo do tempo? Estas são algumas das questões que provocam a busca de dados nesta seção.

Finalmente, na quarta e última seção de dados, o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* apresenta dados gerais para a abordagem de temas ligados ao recente movimento de ruptura, por parte do governo federal, com a lógica da RAPS e o processo de transição do modelo de cuidado. Aqui, informações sobre Comunidades Terapêuticas e equipamentos recentes e desvinculados à RAPS, como os CAPSad IV e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, estarão disponíveis.

---

<sup>6</sup> Fala-se em lacuna de tratamento (*treatment gap*) quando, num cenário em que existe tratamento para um transtorno, as pessoas com este transtorno seguem sem ser tratadas. De modo geral, a lacuna de tratamento é expressa em porcentagem, expressando a diferença entre o número de pessoas necessitando de tratamento e o número de pessoas recebendo tratamento.



## Cenários para Interpretação

A leitura de dados exige contexto. No caso deste Painel, é importante reforçar que, de 2001 a 2015 – último ano em que dados federais sobre o campo da saúde mental foram publicizados por meio do SMD e de Relatórios de Gestão –, o cenário nacional era de transição entre o cuidado centralizado na assistência hospitalar e o cuidado em liberdade, pela organização e qualificação da RAPS. Ainda que com enormes desafios e contradições, a mudança de modelo de atenção no Brasil se consolidava. Desse período, provém não apenas a Lei 10.216/01, mas a III e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

O período seguinte, que se inicia no fim de 2015, começa a indicar rupturas progressivas com a política de saúde mental anterior. Durante 123 dias, a partir de 15 de dezembro daquele ano, militantes de movimentos em favor da Reforma Psiquiátrica realizaram uma ocupação – pela primeira vez na história do Ministério da Saúde – na então Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CMAD/MS), exigindo a exoneração de seu coordenador recém-nomeado. Um ex-diretor técnico de um macro-hospital psiquiátrico (Clínica Dr. Eiras, em Paracambi/RJ) havia assumido a coordenação da pasta. Em 2019, essa ruptura se consolida com a Nota Técnica 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS, que apresenta a proposta de uma “Nova Política de Saúde Mental”. Portarias, resoluções e editais desse período inauguram mudanças decisivas na direção do retrocesso e do afastamento da Lei 10.216/01<sup>7</sup>. Entre elas, a inclusão do hospital psiquiátrico entre os dispositivos da RAPS e o aumento de diárias hospitalares e outros serviços desarticulados do território, que, pautados exclusivamente no tratamento biomédico, passam a ser financiados pelo governo federal. No cenário macro, em 2016, a Emenda Constitucional 95 – que estabelece um teto de gastos ao Ministério da Saúde até 2036 –, é promulgada, o que aprofunda ainda mais o desfinanciamento do SUS. Esse recente cenário deve ser considerado na análise dos dados recentes do campo da saúde mental no Brasil.

---

<sup>7</sup> Para melhor análise, ver: Onocko-Campos (2019) e Cruz, Gonçalves e Delgado (2020).

The background features a network of thin, overlapping yellow lines on a light yellow background. Several larger, semi-transparent yellow rectangular shapes are scattered across the page, some overlapping the text.

# **a rede de cuidados na comunidade**

## Atenção Básica - Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica

Tabela 1 – Cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (ESF) e de equipes de atenção básica (EAB) utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de atenção básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil – 2007, 2011, 2015 e 2020

Região/ Unidade da Federação	Cobertura							
	2007		2011		2015		2020	
	ESF	AB	ESF	AB	ESF	AB	ESF	AB
<b>Região Norte</b>	45,90%	56,17%	53,70%	62,64%	63,04%	71,30%	64,69%	73,62%
Rondônia	45,31%	53,54%	60,25%	65,29%	70,92%	77,52%	69,92%	75,23%
Acre	61,54%	72,67%	60,09%	72,79%	79,48%	92,47%	75,18%	87,23%
Amazonas	48,14%	63,07%	49,63%	63,88%	57,97%	67,43%	64,12%	77,10%
Pará	4,94%	44,08%	44,65%	52,13%	54,69%	62,83%	57,64%	64,49%
Amapá	59,41%	77,08%	69,81%	86,98%	75,46%	89,61%	63,73%	84,86%
Tocantins	76,53%	79,61%	87,73%	90,29%	93,58%	95,23%	92,76%	94,62%
<b>Região Nordeste</b>	69,73%	74,96%	73,73%	77,68%	79,60%	83,36%	82,33%	87,10%
Maranhão	77,45%	79,62%	79,01%	80,98%	83,71%	85,79%	85,44%	87,75%
Piauí	95,91%	97,66%	97,62%	98,28%	99,41%	99,61%	99,03%	99,15%
Ceará	68,10%	75,36%	70,92%	74,99%	82,27%	86,29%	83,88%	87,80%
Rio Grande do Norte	78,63%	87,71%	76,71%	84,12%	82,55%	87,56%	80,56%	85,71%
Paraíba	94,53%	97,21%	93,39%	96,07%	94,42%	98,03%	94,99%	97,83%
Pernambuco	66,67%	68,42%	68,83%	71,95%	75,31%	78,93%	76,98%	81,96%
Alagoas	70,09%	73,87%	72,82%	77,38%	75,27%	80,69%	75,54%	83,63%
Sergipe	82,35%	88,13%	84,80%	88,07%	88,22%	91,64%	86,63%	92,67%
Bahia	53,16%	61,48%	63,32%	68,92%	69,77%	74,44%	77,54%	84,34%
<b>Região Sudeste</b>	35,17%	51,03%	42,85%	60,28%	50,76%	66,92%	50,99%	68,90%
Minas Gerais	60,98%	71,38%	70,98%	80,28%	77,68%	86,99%	77,53%	87,98%
Espírito Santo	46,29%	59,71%	54,05%	67,38%	59,67%	72,74%	65,11%	79,46%
Rio de Janeiro	29,05%	41,47%	41,54%	53,86%	48,58%	60,59%	47,55%	58,94%
São Paulo	24,30%	44,27%	29,05%	52,67%	38,12%	59,33%	38,82%	62,92%
<b>Região Sul</b>	45,62%	61,74%	52,86%	69,20%	65,19%	77,76%	63,66%	79,53%
Paraná	48,51%	62,74%	56,57%	70,40%	66,22%	77,68%	63,31%	79,57%
Santa Catarina	66,37%	78,90%	72,14%	82,56%	78,80%	87,49%	78,19%	88,36%
Rio Grande do Sul	31,61%	51,48%	37,97%	60,23%	56,01%	71,99%	54,87%	73,93%
<b>Região Centro-Oeste</b>	47,27%	61,10%	54,31%	67,14%	59,25%	70,37%	65,29%	72,96%
Mato Grosso do Sul	54,20%	65,18%	60,48%	65,10%	67,04%	72,29%	74,57%	80,31%
Mato Grosso	57,82%	63,05%	63,58%	69,98%	66,29%	72,47%	70,12%	79,47%
Goiás	56,91%	66,24%	63,63%	73,79%	65,32%	1,81%	64,07%	72,94%
Distrito Federal	4,77%	42,46%	15,70%	50,21%	30,23%	62,96%	54%	58,72%
<b>Brasil</b>	<b>47,97%</b>	<b>60,34%</b>	<b>54,63%</b>	<b>67,11%</b>	<b>62,50%</b>	<b>73,66%</b>	<b>63,62%</b>	<b>76,08%</b>

Fonte: MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

Apenas municípios com mais de 15 mil habitantes possuem parâmetros para implantação de CAPS. A Atenção Básica é a principal estratégia de cuidado para os casos de sofrimento mental nos territórios de pequeno porte populacional (cerca de 59% dos municípios brasileiros têm menos de 15 mil habitantes – 10,6% da população brasileira está nesses municípios<sup>8</sup>).

A tabela anterior (Tabela 1) informa a cobertura estimada de ESF e EAB nos anos de 2007, 2011, 2015 e 2020. O aumento significativo de cobertura em todos os estados do país é crucial para a saúde coletiva e representa a interiorização e capilarização dos cuidados. Essas equipes são estratégicas para o enfrentamento de problemas significativos de saúde pública, entre eles, os agravos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Grande parte das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais, sejam estes considerados leves ou severos, está sendo acompanhada pela Atenção Básica nas pequenas e grandes cidades. Demandas do campo da saúde mental fazem parte da experiência cotidiana dessas equipes em seu trabalho com famílias e comunidades. O dado de cobertura de ESF e EAB no país nos dá a dimensão da necessidade de articulação efetiva e diária das políticas de saúde mental com o nível da Atenção Básica.

---

<sup>8</sup> Com base na Estimativa populacional para 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## Atenção Básica - NASFs

Os NASFs configuram um importante dispositivo para fortalecer a articulação dos serviços de saúde e promover ações matriciais no cuidado. Qualquer município do Brasil que tenha pelo menos uma ESF pode implantar um NASF, que tem como uma de suas atribuições o desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Básica e no território. A tabela abaixo apresenta o número de NASFs, nas modalidades I, II e III<sup>9</sup>, habilitados desde 2008.

Tabela 2 - Número de NASFs (modalidades I, II e III) por região - Brasil 2018 - abr. 2020

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Brasil</b>	<b>464</b>	<b>1.058</b>	<b>1.415</b>	<b>1.661</b>	<b>2.046</b>	<b>3.123</b>	<b>4.110</b>	<b>4.559</b>	<b>4.672</b>	<b>5.266</b>	<b>5.797</b>	<b>5.886</b>	<b>5.818</b>
Região Norte	30	75	108	135	163	248	322	343	346	409	490	492	486
Região Nordeste	220	500	657	777	954	1.479	1.789	1.897	1.926	2.134	2.282	2.296	2.254
Região Sudeste	157	313	426	499	608	829	1.145	1.313	1.373	1.564	1.733	1.790	1.799
Região Sul	39	101	126	139	195	349	559	668	684	770	851	863	843
Região Centro-Oeste	18	69	98	111	126	218	295	338	343	389	441	445	436

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020).

Notas: Elaboração própria.

Dados de 2020 informados até abril.

A Tabela 2 revela um incremento expressivo do número de NASFs no período 2008 - 2019. Destaca-se a Região Centro-Oeste, onde o número de NASFs aumenta pouco mais de 24 vezes desde 2008, e o aumento do número de NASFs nas Regiões Norte e Nordeste.

A interiorização da Atenção Básica e o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças são decisivos para a redução das iniquidades regionais. A Portaria GM 2.979/19, no entanto, estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Baseada na "captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo às ações estratégicas", a portaria propõe uma transição do modelo de financiamento do custeio da Atenção Básica, agora com formação de um bloco único de financiamento (incorporando ao teto dos municípios o que anteriormente eram recursos específicos). Tal mudança pode ter impacto na expansão dos NASFs nos próximos anos. A partir de 2019, portanto, se torna nítida a falta de estímulos por parte do Ministério da Saúde à implantação e implementação do NASF que, por meio do apoio matricial, vinha sendo uma das principais estratégias para desenvolvimento das ações de saúde mental na Atenção Básica. Desde então, sem os direcionamentos financeiro e técnico, fica a critério do gestor local as decisões de implantação e/ou manutenção do NASF, de composição das equipes e da metodologia de trabalho empregada, o que produzirá, possivelmente, mudanças significativas quanto à expansão, à lógica do matriciamento e até mesmo à manutenção do que já existe.

<sup>9</sup> Os NASFs 3 são criados apenas em 2012, com a publicação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro (BRASIL, 2012i).

## Atenção Básica - Consultório na Rua

Tabela 3 - Equipes de Consultório na Rua - Brasil - 2012-2020

<b>Região/ Unidade da Federação</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Brasil	54	88	126	144	157	173	181	187	169
Região Norte	1	1	5	6	9	7	9	10	10
Rondônia	-	-	1	1	1	1	1	1	1
Acre	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Amazonas	-	-	1	2	3	2	2	2	2
Pará	-	-	1	1	2	2	3	3	3
Amapá	-	-	1	1	1	-	1	2	2
Tocantins	-	-	-	-	1	1	1	1	1
Região Nordeste	16	21	31	35	36	36	38	38	34
Maranhão	1	1	2	3	3	2	2	2	2
Piauí	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Ceará	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Rio Grande do Norte	-	2	3	4	4	5	5	5	5
Paraíba	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Pernambuco	2	2	4	5	5	5	6	6	6
Alagoas	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Sergipe	-	-	-	1	1	1	1	1	1
Bahia	1	2	8	8	9	9	10	10	7
Região Sudeste	26	46	66	74	80	95	93	97	90
Minas Gerais	6	9	14	15	16	16	18	18	19
Espírito Santo	-	-	3	3	3	3	3	3	4
Rio de Janeiro	3	8	12	17	18	20	23	23	22
São Paulo	17	29	37	39	43	56	49	53	45
Região Sul	6	12	14	18	21	24	25	25	20
Paraná	3	7	7	9	11	13	12	12	7
Santa Catarina	2	3	3	3	4	4	5	5	4
Rio Grande do Sul	1	2	4	6	6	7	8	8	9
Região Centro-Oeste	5	8	10	11	11	11	16	17	15
Mato Grosso do Sul	1	2	3	3	3	3	3	3	3
Mato Grosso	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Goias	3	3	3	3	3	3	8	9	7
Distrito Federal	-	2	3	3	3	3	3	3	3

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e e-Gestor Atenção Básica - Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

Parte da RAPS, as Equipes de Consultório na Rua passaram a integrar Atenção Básica no ano de 2011, nas modalidades I, II e III – de acordo com a estrutura profissional de cada equipe. Desde então, sua articulação com os outros dispositivos da RAPS é um desafio para a garantia do cuidado integral à saúde da população em situação de rua<sup>10</sup>, especialmente nas grandes cidades.

A tabela anterior expressa a realidade das equipes habilitadas no Ministério da Saúde, ou seja, equipes homologadas pela pasta para recebimento de financiamento federal.

De 2012 a 2014, o número de equipes de Consultório na Rua aumentou em 133%. A partir de 2015, no entanto, o ritmo de implantação dessas equipes passou a diminuir. De 2019 para 2020, o número de equipes de Consultórios na Rua no Brasil, de fato, cai – de 187 para 169. Este último número, contudo, pode estar ligeiramente subdimensionado, já que houve uma mudança no cadastramento das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em acordo com os parâmetros apresentados pelas Portarias MS 99/2020 e MS 37/2021. Isso pode ter imposto distorções de transição no processamento dos dados da pasta. Em 31 de janeiro de 2021, o total de equipes no Brasil era de 178 – um número, de toda forma, ainda menor que o de dezembro de 2019.

<sup>10</sup> Para mais informações sobre normas de organização e custeio ver Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, e nº 1.238, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2012b, 2012c, 2014).

# Atenção Básica – Centros de Convivência e Cultura

Tabela 4 – Centros de Convivência e Cultura – Brasil – 2008



Fonte: Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2008).  
Nota: Elaboração própria.



Muito embora a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tenha destacado o CC como um componente da RAPS articulado à Atenção Básica, no âmbito das políticas ministeriais não há diretrizes específicas ou mecanismos legais para repasses financeiros federais que viabilizem a implantação e custeio desses equipamentos. Quando existem, estes Centros são mantidos por estados e/ou municípios. O Relatório de Gestão 2011-2015 da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, informa que, de fato, essa pauta não assumiu caráter prioritário entre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica após publicação da Portaria MS 3.088/2011. Apesar disso, os CC são considerados pelo campo da saúde mental como importantes equipamentos intersetoriais de inclusão social (SISTEMA..., 2010). São espaços de sociabilidade e produção de cultura que incluem usuários de serviços de saúde, além de pessoas em diferentes situações de risco e vulnerabilidade psicossocial. Por essa razão, os CC são, em geral, considerados de “baixa exigência”<sup>11</sup> para a RAPS.

O último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde com os estados sobre o funcionamento desses equipamentos foi realizado no ano de 2008. À época, os Coordenadores Estaduais de Saúde Mental informaram a existência de 51 CC em funcionamento no país<sup>12</sup>.

O *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* perguntou às Coordenações Estaduais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em rápida enquete, quantos CC ligados à RAPS estão em funcionamento nos estados hoje. Dos 13 estados respondentes, 8 informaram não existir nenhum CC em funcionamento em seu estado. Minas Gerais, por sua vez, informou ter 44 Centros de Convivência em funcionamento.

Em 2008, um termo de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura criou a possibilidade de dispositivos de saúde mental (como CAPS e CC, por exemplo) serem reconhecidos como Pontos de Cultura, componentes do então Programa Cultura Viva (hoje Política Nacional de Cultura Viva), do Ministério da Cultura. Os dispositivos da Rede poderiam, assim, obter apoios, parcerias e financiamento do campo da cultura. No entanto, a atual ausência de dados sobre os Pontos de Cultura articulados à RAPS revela quão frágeis ainda são os projetos intersetoriais e o quão inoperante tem sido a articulação do Ministério da Saúde para garantir a consolidação e a expansão desses dispositivos no Brasil.

---

<sup>11</sup> As tecnologias descritas como de “baixa exigência” compreendem um conjunto de ações e estratégias, na perspectiva da Redução de Danos, que não exige do usuário que ele esteja abster-se do uso de substâncias psicoativas, ou que esta seja uma meta obrigatória. Isso não significa que a abstinência não possa ser considerada um objetivo de tratamento, mas não necessariamente precisa ser compreendida como o único objetivo, ou objetivo ideal. As tecnologias de baixa exigência têm por objetivo ampliar a acessibilidade ao tratamento e minimizar os danos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas. Estas intervenções ampliam o engajamento do usuário com o serviço e acabam por proteger sua vida e saúde. Podemos citar como exemplos de tecnologias de baixa exigência a flexibilização dos horários de atendimento, o acolhimento de usuários durante a intoxicação, a dispensação de insumos de proteção à vida, e o dispositivo de convivência nos CAPS ad. Para saber mais, veja: Alves (2009) e Brasil (2015b).

<sup>12</sup> Para mais, ver *Saúde Mental em Dados 7 (BRASIL, 2010)*.

## Rede CAPS – CAPS por UF e tipo. Brasil, 2020

Tabela 5 – CAPS por tipo, estado e região – Brasil – 2020

UF/Região	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
Distrito Federal	3.055.149	1	3	0	2	4	3	13
Goiás	7.113.540	48	18	1	3	8	2	80
Mato Grosso do Sul	2.809.394	16	7	3	2	4	1	33
Mato Grosso	3.526.220	31	3	0	3	5	0	42
<b>Centro-oeste</b>	<b>16.504.303</b>	<b>96</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>168</b>
Acre	894.470	5	1	0	0	1	0	7
Amazonas	4.207.714	15	5	2	1	1	1	25
Amapá	861.773	2	0	0	1	1	1	5
Pará	8.690.745	57	18	4	3	7	1	90
Rondônia	1.796.460	14	5	0	1	1	0	21
Roraima	631.181	7	1	1	0	1	0	10
Tocantins	1.590.248	12	2	0	0	2	3	19
<b>Norte</b>	<b>18.672.591</b>	<b>112</b>	<b>32</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>177</b>
Alagoas	3.351.543	52	6	0	1	2	1	62
Bahia	14.930.634	191	34	3	12	18	6	264
Ceará	9.187.103	71	31	4	9	23	4	142
Maranhão	7.114.598	56	17	4	3	7	0	87
Paraíba	4.039.277	63	9	3	13	8	9	105
Pernambuco	9.616.621	71	28	5	11	13	6	134
Piauí	3.281.480	44	10	1	2	7	1	65
Rio Grande do Norte	3.534.165	19	12	1	3	10	2	47
Sergipe	2.318.822	30	4	3	2	5	0	44
<b>Nordeste</b>	<b>57.374.243</b>	<b>597</b>	<b>151</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>93</b>	<b>29</b>	<b>950</b>
Paraná	11.516.840	69	30	5	11	28	12	155
Rio Grande do Sul	11.422.973	84	41	2	31	33	11	202
Santa Catarina	7.252.502	67	15	2	9	14	1	108
<b>Sul</b>	<b>30.192.315</b>	<b>220</b>	<b>86</b>	<b>9</b>	<b>51</b>	<b>75</b>	<b>24</b>	<b>465</b>
Espírito Santo	4.064.052	13	9	1	2	5	1	31
Minas Gerais	21.292.666	182	61	17	42	47	19	368
Rio de Janeiro	17.366.189	50	48	6	31	25	5	165
São Paulo	46.289.333	118	114	44	80	89	16	461
<b>Sudeste</b>	<b>89.012.240</b>	<b>363</b>	<b>232</b>	<b>68</b>	<b>155</b>	<b>166</b>	<b>41</b>	<b>1.025</b>
<b>Brasil</b>	<b>211.755.692</b>	<b>1.388</b>	<b>532</b>	<b>112</b>	<b>278</b>	<b>369</b>	<b>106</b>	<b>2.785</b>

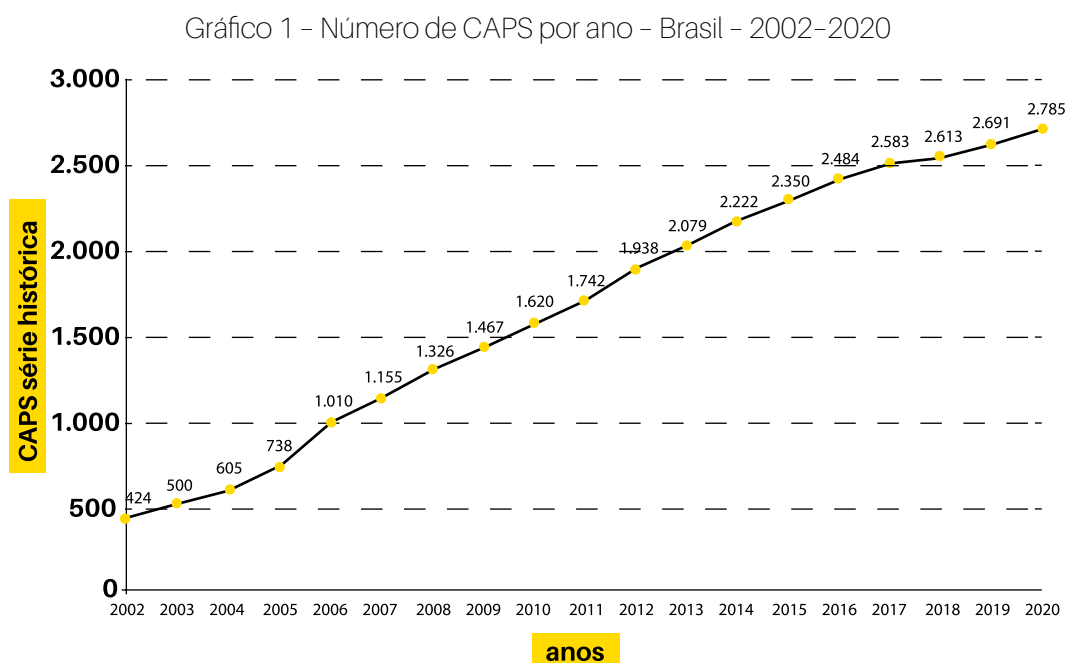
Fonte: Elaboração própria.

A tabela anterior apresenta a distribuição dos CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde por UF, tipo de serviço e região – trata-se de um retrato atualizado da rede CAPS no país, em 31 de dezembro de 2020<sup>13</sup>.

A análise do número absoluto de serviços tem limitações, pois deixa de considerar a população a ser coberta pelos CAPS. Nesse sentido, o indicador CAPS/100 mil habitantes é bastante orientador.

O indicador CAPS/100 mil habitantes do Brasil é hoje de 0,70, isto é, cerca de 70% da população está coberta pela Rede CAPS. Essa cobertura pode ser considerada de regular a boa. Uma série histórica com esse indicador é apresentada na Tabela 7.

## Rede CAPS - Série histórica por ano



Fonte: Elaboração própria.

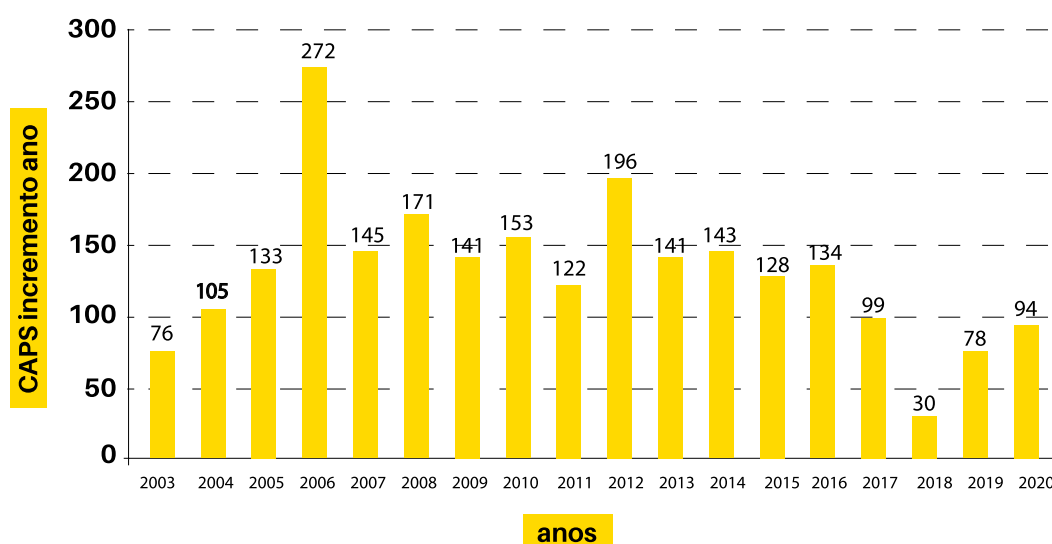
O Gráfico 1 apresenta a expansão anual dos CAPS desde o ano de 2002. Houve constante crescimento de serviços desde a criação dos primeiros CAPS. Observa-se que os anos de 2017 e 2018, no entanto, imprimem diminuição na velocidade de implantação dos serviços.

<sup>13</sup> Existem ainda 3 CAPSad IV habilitados no Ministério da Saúde. Por não estarem articulados à RAPS não são considerados aqui. Para mais informações sobre os CAPSad IV ver a seção "Retrocessos e Impasses".

Em 2018, a Portaria MS 3.659, de 14 de novembro, suspendeu o financiamento de custeio de 72 CAPS por “ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS”<sup>14</sup>. Logo depois, a Portaria MS 3.718, publicada em 22 de novembro, exigiu, por sua vez, a devolução imediata dos recursos repassados aos CAPS, por parte das prefeituras sedes dos serviços. Em setembro de 2019, dez meses depois, essas duas portarias são revogadas por outro documento, a PT MS 2.387. Esse fato deve ser considerado na leitura dos dados de 2018/2019, pois, muito embora esses 72 serviços<sup>15</sup> não tenham sido desabilitados pelo Ministério da Saúde, tiveram que enfrentar o desafio da continuidade do cuidado aos seus usuários e familiares. Assim, ainda que exista crescimento em número absoluto e constante da rede CAPS, há evidente fragilidade na rede instalada nesses últimos anos.

## Rede CAPS – Incremento por ano

Gráfico 2 – Incremento anual de CAPS – Brasil – 2003–2020



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico acima informa o número de novos CAPS implantados por ano. Trata-se de uma rápida visualização do incremento anual da rede – este dado costuma revelar o vigor do processo de implantação de serviços. Nota-se que a intensidade das implantações – geralmente traduzida em indução política e financeira dos serviços – é grande nos primeiros anos da série (especialmente em 2006) e baixo nos últimos anos (especialmente em 2018).

<sup>14</sup> O mesmo ato suspendeu também o financiamento de 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e 22 Leitos de Serviços Hospitalares de Referência de todo país.

<sup>15</sup> Serviços nos estados do AC (1), BA (11), CE (2), DF (1), GO (2), MA (3), MG (13), MT (2), PA (2), PR (11), RJ (3), RN (3), RS (12), SC (1), SE (1), SP (3), TO (1).

O *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* perguntou aos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em rápida enquete, quantos CAPS estavam em funcionamento nos estados, ainda que os dispositivos não fossem custeados mensalmente pelo Ministério da Saúde, ou seja, não estivessem habilitados pelo governo federal. Os 13 estados respondentes<sup>16</sup> informaram sediar, juntos, 95 CAPS já em funcionamento, mas ainda não financiados pelo MS. Esse cenário indica a possibilidade de um represamento nos processos burocráticos de financiamento de serviços. O estado do Rio de Janeiro, por exemplo, tem hoje 21 CAPS em funcionamento e não financiados pelo governo federal. Minas Gerais tem 31 serviços na mesma situação.

Desde o início do monitoramento da série, no ano de 2003, nunca o investimento voltado à expansão de CAPS no Brasil foi tão baixo como no triênio 2018-2020. Em prejuízo desses dispositivos, considerados fundamentais para o funcionamento da RAPS, parece ter havido um redirecionamento de prioridades por parte das gestões do Ministério da Saúde no período analisado.

---

<sup>16</sup> Distrito Federal, Alagoas, Pará, Paraná, Minas Gerais, Maranhão, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio de Janeiro, Paraíba, Pernambuco e Sergipe.

## Rede CAPS - Série histórica por tipo

A Tabela 6 apresenta a série histórica do número de CAPS por ano e tipo. Aqui, é possível visualizar a velocidade de implantação dos CAPS, especificados por suas modalidades<sup>17</sup>. Destaca-se o ritmo crescente de implantação dos CAPS I (aumentou pouco mais que 9 vezes em 19 anos), o que se provou um fator decisivo para a interiorização dos serviços ao longo do tempo (ver Tabela 8). Já o número de CAPSad III, voltados ao atendimento de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, cresceu mais de 20 vezes entre 2011 e 2020. Os CAPS exclusivamente destinados à infância e à adolescência - CAPSi, CAPS II e CAPS III -, por sua vez, são os que menos cresceram no período. Nesse cenário, ainda são notórios os vazios assistenciais para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e com transtornos mentais no Brasil, assim como é desafiadora a ampliação de serviços comunitários com funcionamento 24 horas para garantir a atenção à crise no território. A atual Política Nacional de Saúde Mental, que investe em serviços de internação desvinculados da lógica de atenção psicossocial comunitária, certamente colabora para esse cenário.

Tabela 6 – Número de CAPS por tipo e ano – Brasil – 2002–2020

	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPSad</b>	<b>CAPSad III</b>	<b>Total</b>
<b>2002</b>	145	186	19	32	42	0	424
<b>2003</b>	173	209	24	37	57	0	500
<b>2004</b>	217	237	29	44	78	0	605
<b>2005</b>	278	269	32	57	102	0	738
<b>2006</b>	436	322	38	76	138	0	1.010
<b>2007</b>	525	346	39	85	160	0	1.155
<b>2008</b>	617	382	39	102	186	0	1.326
<b>2009</b>	685	400	46	113	223	0	1.467
<b>2010</b>	761	418	55	128	258	0	1.620
<b>2011</b>	822	431	63	149	272	5	1.742
<b>2012</b>	917	458	68	174	303	18	1.938
<b>2013</b>	993	467	75	190	319	35	2.079
<b>2014</b>	1.085	473	81	202	330	51	2.222
<b>2015</b>	1.154	486	86	211	345	68	2.350
<b>2016</b>	1.216	505	91	231	356	85	2.484
<b>2017</b>	1.270	515	97	244	367	90	2.583
<b>2018</b>	1.286	520	98	252	366	91	2.613
<b>2019</b>	1.339	525	103	260	364	100	2.691
<b>2020</b>	1.388	532	112	278	369	106	2.785

Fonte: Elaboração própria.

<sup>17</sup> Existem ainda 3 CAPSad IV habilitados no Ministério da Saúde, todos no ano de 2019. Por não estarem articulados à RAPS não são considerados aqui. Para mais informações sobre os CAPSad IV ver a seção Retrocessos e Impasses.

## Rede CAPS - Indicador CAPS/100 mil habitantes

A tabela a seguir trata da evolução de cobertura CAPS/100 mil habitantes – indicador de referência para o monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde<sup>18</sup> no campo da atenção à saúde mental. A taxa de cobertura CAPS/100 mil habitantes pretende refletir a situação da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. Ela pode ser calculada para o Brasil, assim como para estados, municípios e regiões. Muito embora o indicador não reflita integralmente a expansão da RAPS, ele oferece uma boa medida da cobertura assistencial em saúde mental em municípios, estados e no Brasil.

A extensão da série histórica na Tabela 7 exige a leitura dos dados em dois períodos distintos: de 2002 a 2011 e de 2012 a 2020. O primeiro período é o da criação do indicador; o segundo é o da vigência de novos parâmetros de implantação/cobertura dos serviços tipo CAPS pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dessa forma, não há queda de cobertura entre 2011 e 2012, mas ajuste na fórmula do indicador, que deve refletir não mais as circunstâncias iniciais da implantação dos serviços, mas o contexto da consolidação e interiorização da rede. Nota-se que as disparidades regionais presentes desde 2002, seguem visíveis em 2020. A exceção digna de nota é a Região Nordeste, que passa a apresentar uma cobertura maior do que a da Região Sudeste a partir de 2006.

As seguintes referências orientam a leitura desses dados em ambos os períodos:

- Cobertura muito boa: acima de 0,70/100 mil hab.;
- Cobertura regular a boa: entre 0,50 e 0,69/100 mil hab.;
- Cobertura regular/baixa: entre 0,35 e 0,49/100 mil hab.;
- Cobertura baixa: 0,20 a 0,34/100 mil hab.;
- Insuficiente/crítica: abaixo de 0,20/100 mil hab.

<sup>18</sup> O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS que desde 2006 pactua ações entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Tabela 7 – Indicador CAPS/100 mil habitantes – Brasil – 2002-2020

UF/Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69
<b>Centro-Oeste</b>	<b>0,14</b>	<b>0,19</b>	<b>0,23</b>	<b>0,30</b>	<b>0,35</b>	<b>0,37</b>	<b>0,43</b>	<b>0,46</b>	<b>0,49</b>
Acre	0,00	0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70
Roraima	0,00	0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50
<b>Norte</b>	<b>0,12</b>	<b>0,16</b>	<b>0,19</b>	<b>0,21</b>	<b>0,25</b>	<b>0,29</b>	<b>0,31</b>	<b>0,36</b>	<b>0,41</b>
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,32	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84
Sergipe	0,11	0,32	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02
<b>Nordeste</b>	<b>0,12</b>	<b>0,18</b>	<b>0,23</b>	<b>0,30</b>	<b>0,30</b>	<b>0,50</b>	<b>0,58</b>	<b>0,66</b>	<b>0,72</b>
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87
<b>Sul</b>	<b>0,29</b>	<b>0,32</b>	<b>0,38</b>	<b>0,45</b>	<b>0,58</b>	<b>0,69</b>	<b>0,73</b>	<b>0,79</b>	<b>0,87</b>
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56
<b>Sudeste</b>	<b>0,26</b>	<b>0,28</b>	<b>0,32</b>	<b>0,34</b>	<b>0,39</b>	<b>0,44</b>	<b>0,47</b>	<b>0,52</b>	<b>0,58</b>
<b>Brasil</b>	<b>0,21</b>	<b>0,24</b>	<b>0,29</b>	<b>0,33</b>	<b>0,43</b>	<b>0,50</b>	<b>0,55</b>	<b>0,60</b>	<b>0,66</b>

continua



Tabela 7 – Indicador CAPS/100 mil habitantes – Brasil – 2002–2020

UF/Região	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Distrito Federal	0,25	0,19	0,30	0,34	0,33	0,41	0,40	0,41	0,40	0,40
Goiás	0,50	0,38	0,38	0,43	0,45	0,46	0,47	0,47	0,48	0,50
Mato Grosso do Sul	0,69	0,46	0,45	0,45	0,54	0,60	0,68	0,67	0,68	0,71
Mato Grosso	0,69	0,39	0,39	0,39	0,39	0,38	0,39	0,37	0,38	0,38
<b>Centro-Oeste</b>	<b>0,53</b>	<b>0,36</b>	<b>0,38</b>	<b>0,41</b>	<b>0,43</b>	<b>0,46</b>	<b>0,47</b>	<b>0,47</b>	<b>0,47</b>	<b>0,49</b>
Acre	0,27	0,18	0,18	0,23	0,25	0,24	0,27	0,25	0,27	0,27
Amazonas	0,26	0,21	0,24	0,24	0,24	0,24	0,34	0,34	0,33	0,33
Amapá	0,45	0,27	0,26	0,43	0,42	0,41	0,43	0,41	0,43	0,42
Pará	0,50	0,39	0,40	0,42	0,46	0,47	0,47	0,46	0,46	0,46
Rondônia	0,74	0,45	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42	0,43	0,42	0,42
Roraima	0,33	0,43	0,90	0,89	0,87	0,86	0,92	0,83	0,79	0,76
Tocantins	0,47	0,28	0,40	0,41	0,61	0,65	0,64	0,64	0,71	0,70
<b>Norte</b>	<b>0,45</b>	<b>0,33</b>	<b>0,37</b>	<b>0,39</b>	<b>0,42</b>	<b>0,43</b>	<b>0,45</b>	<b>0,44</b>	<b>0,45</b>	<b>0,45</b>
Alagoas	0,90	0,47	0,52	0,51	0,51	0,52	0,54	0,55	0,55	0,55
Bahia	0,87	0,50	0,49	0,53	0,57	0,60	0,60	0,62	0,64	0,66
Ceará	0,95	0,61	0,68	0,72	0,74	0,76	0,77	0,76	0,78	0,79
Maranhão	0,65	0,39	0,43	0,46	0,48	0,48	0,48	0,48	0,51	0,53
Paraíba	1,27	0,91	1,01	1,06	1,22	1,24	1,30	1,32	1,32	1,36
Pernambuco	0,64	0,53	0,54	0,56	0,62	0,67	0,68	0,67	0,72	0,73
Piauí	0,91	0,58	0,61	0,65	0,74	0,79	0,79	0,78	0,78	0,78
Rio Grande do Norte	0,92	0,60	0,57	0,57	0,63	0,67	0,70	0,69	0,68	0,76
Sergipe	1,16	0,81	0,82	0,82	0,82	0,83	0,82	0,85	0,84	0,83
<b>Nordeste</b>	<b>0,87</b>	<b>0,56</b>	<b>0,59</b>	<b>0,61</b>	<b>0,66</b>	<b>0,69</b>	<b>0,70</b>	<b>0,70</b>	<b>0,72</b>	<b>0,74</b>
Paraná	0,76	0,50	0,55	0,61	0,69	0,73	0,77	0,77	0,79	0,82
Rio Grande do Sul	1,07	0,68	0,72	0,85	0,86	0,89	0,89	0,91	0,93	0,96
Santa Catarina	0,90	0,56	0,55	0,56	0,59	0,62	0,61	0,61	0,61	0,61
<b>Sul</b>	<b>0,91</b>	<b>0,59</b>	<b>0,61</b>	<b>0,69</b>	<b>0,73</b>	<b>0,77</b>	<b>0,78</b>	<b>0,79</b>	<b>0,80</b>	<b>0,82</b>
Espírito Santo	0,44	0,27	0,30	0,30	0,41	0,42	0,42	0,42	0,42	0,43
Minas Gerais	0,69	0,53	0,54	0,62	0,68	0,79	0,89	0,91	0,95	0,96
Rio de Janeiro	0,59	0,43	0,44	0,46	0,47	0,50	0,51	0,50	0,54	0,57
São Paulo	0,64	0,53	0,56	0,58	0,59	0,63	0,65	0,65	0,66	0,70
<b>Sudeste</b>	<b>0,63</b>	<b>0,50</b>	<b>0,52</b>	<b>0,55</b>	<b>0,58</b>	<b>0,64</b>	<b>0,67</b>	<b>0,67</b>	<b>0,70</b>	<b>0,73</b>
<b>Brasil</b>	<b>0,72</b>	<b>0,50</b>	<b>0,53</b>	<b>0,56</b>	<b>0,60</b>	<b>0,64</b>	<b>0,66</b>	<b>0,66</b>	<b>0,68</b>	<b>0,70</b>

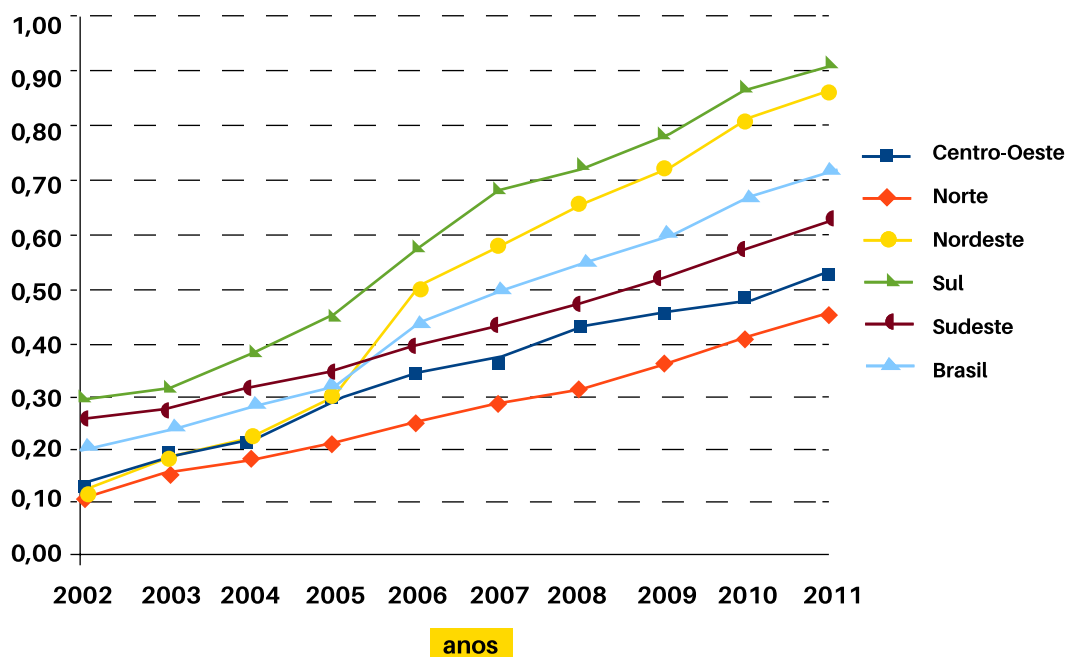
Fonte: Elaboração própria.

Nota: Há mudança na metodologia de cálculo entre 2011 e 2012.

## Rede CAPS - Evolução do Indicador CAPS/100 mil habitantes por região

Os gráficos abaixo auxiliam a visualização da evolução do indicador CAPS/100 mil habitantes por região ao longo do tempo.

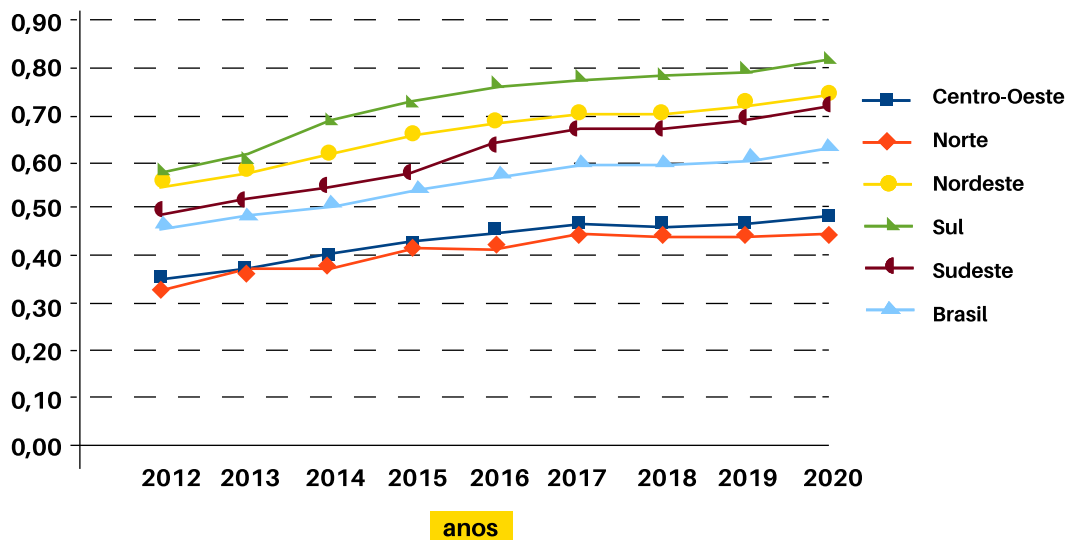
Gráfico 3 - Indicador CAPS por 100 mil habitantes por região - Brasil - 2002-2011



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Há mudança na metodologia de cálculo entre 2011 e 2012.

Gráfico 4 - Indicador CAPS por 100 mil habitantes por região - Brasil - 2012-2020



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Há mudança na metodologia de cálculo entre 2011 e 2012.

## CAPS por Faixa Populacional

Tabela 8 – Porcentagem de CAPS por faixa populacional –  
Brasil – 2002, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017 e 2020

	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2020
<b>Faixa populacional</b>							
<b>Até 5.000</b>	0	0	0,15	0,23	0,23	0,50	0,50
<b>De 5.001 a 10.000</b>	0,71	0,81	0,9	0,75	1,08	1,70	1,90
<b>De 10.001 a 20.000</b>	3,3	5,01	7,62	8,67	9,72	11,38	12,5
<b>De 20.001 a 50.000</b>	13,92	20,19	29,94	31,29	31,82	30,74	30,56
<b>De 50.001 a 100.000</b>	21,23	19,92	19,31	17,85	17,51	17,58	16,34
<b>De 100.001 a 500.000</b>	32,08	31,84	25,19	24,34	23,9	23,23	22,84
<b>A partir de 500.001</b>	28,77	22,22	16,89	16,88	15,75	14,87	15,37

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 8 informa a porcentagem de CAPS presentes em faixas populacionais específicas ao longo do tempo. Nota-se a concentração de serviços em grandes e médias cidades em 2002 (quando 60,8% dos CAPS estavam em cidades com mais de 100 mil habitantes) e o processo de interiorização dos serviços: em 2020, 45,4% dos CAPS estavam em cidades com até 50 mil habitantes, enquanto, em 2002, apenas cerca de 18% dos serviços se encontravam nessas cidades. Esse dado auxilia na interpretação do dado geral de cobertura do país (CAPS/100 mil habitantes), uma vez que uma boa cobertura não depende somente de um número alto de serviços, mas também de ampliar sua acessibilidade.

## Serviços Hospitalares de Referência por UF

Tabela 9 – Serviços Hospitalares de Referência/Leitos por UF – Brasil – 2020

UF	SHR	Leitos
Distrito Federal	7	45
Goiás	5	29
Mato Grosso do Sul	2	13
Mato Grosso	0	0
<b>Centro-Oeste</b>	<b>14</b>	<b>87</b>
Acre	1	18
Amazonas	0	0
Amapá	0	0
Pará	3	29
Rondônia	2	12
Roraima	1	11
Tocantins	2	21
<b>Norte</b>	<b>9</b>	<b>91</b>
Alagoas	4	31
Bahia	1	2
Ceará	7	82
Maranhão	0	0
Paraíba	1	20
Pernambuco	11	93
Piauí	3	23
Rio Grande do Norte	2	11
Sergipe	2	44
<b>Nordeste</b>	<b>31</b>	<b>306</b>
Paraná	5	41
Rio Grande do Sul	101	542
Santa Catarina	8	79
<b>Sul</b>	<b>114</b>	<b>662</b>
Espírito Santo	2	18
Minas Gerais	85	407
Rio de Janeiro	30	181
São Paulo	18	175
<b>Sudeste</b>	<b>135</b>	<b>781</b>
<b>Brasil</b>	<b>303</b>	<b>1.927</b>

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 9 apresenta o número de leitos em SHR habilitados no Ministério da Saúde<sup>19</sup>. Esses serviços foram regulados em 2012 e destinados à atenção às comorbidades clínicas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, especialmente as abstinências e intoxicações graves, bem como ao manejo das situações de crise em saúde mental, em articulação com os CAPS e demais pontos de atenção da RAPS. Esses leitos devem respeitar os parâmetros de cobertura e

<sup>19</sup>Regulados pelas Portarias nº 148 (BRASIL, 2012e), nº 349 (BRASIL, 2012f), nº 1.615 (BRASIL, 2012h) e a nº 953 (BRASIL, 2012g). A Portaria nº 3.588/17 altera regras para o estabelecimento desses serviços (BRASIL, 2017).

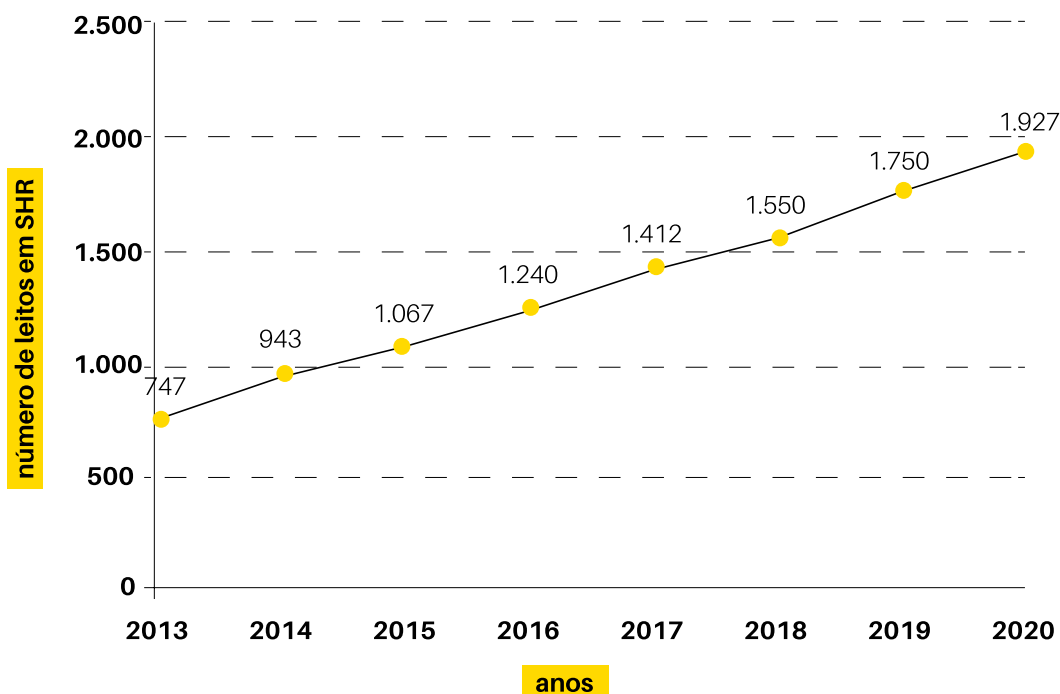
as diretrizes de funcionamento no contexto da atenção hospitalar da RAPS e, portanto, não se confundem com leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais<sup>20</sup>.

A Portaria MS 3.588/17, no entanto, mudou os parâmetros para o estabelecimento dos SHR. Se antes, desde 2012, eram admitidos leitos em clínica médica e maternidade, a partir de 2017, o Ministério da Saúde passou a admitir apenas Serviços Hospitalares de Referência especializados em hospital geral a partir de 8 leitos. A mudança inviabilizou a oferta de atenção à saúde mental na clínica médica em hospitais de pequeno porte, usualmente sediados em pequenas cidades. Muitas experiências tomavam os SHR como retaguarda para os CAPS diurnos, quando era necessário o acolhimento integral de um usuário do serviço.

## Serviços Hospitalares de Referência – série histórica do número de leitos

O gráfico abaixo apresenta a série histórica do número de leitos em SHR habilitados no Ministério da Saúde. A linha do gráfico mostra o crescimento regular dos leitos.

Gráfico 5 – Série Histórica do Número de Leitos em SHR 2013-2020 – Brasil



Fonte: Elaboração própria.

<sup>20</sup> O número de leitos em psiquiatria em Hospitais Gerais, segundo o PNASH 2002, era estimado em cerca de 2.300 leitos (BRASIL, 2006). No ano de 2014, 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, pediátricos e maternidades destinados ao SUS estavam cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2015a). Estes leitos, no entanto, não estão regulados ou referenciados necessariamente ao contexto de atenção Hospitalar na RAPS.

## Unidades de Acolhimento por UF

Tabela 10 – Unidades de Acolhimento por UF – Brasil – 2020

UF/Região	UAA	UAI
Distrito Federal	1	0
Goiás	0	1
Mato Grosso do Sul	1	0
Mato Grosso	0	0
Centro-Oeste	2	1
Acre	1	0
Amazonas	0	0
Amapá	0	0
Pará	0	0
Rondônia	0	0
Roraima	1	0
Tocantins	0	0
Norte	2	0
Alagoas	0	1
Bahia	0	1
Ceará	5	4
Maranhão	0	0
Paraíba	2	1
Pernambuco	3	0
Piauí	0	1
Rio Grande do Norte	0	0
Sergipe	3	0
Nordeste	13	8
Paraná	6	2
Rio Grande do Sul	3	3
Santa Catarina	1	0
Sul	10	5
Espírito Santo	0	0
Minas Gerais	6	7
Rio de Janeiro	0	0
São Paulo	13	5
Sudeste	19	12
<b>Brasil</b>	<b>46</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaboração própria.

As UA<sup>21</sup> são dispositivos de atenção residencial de caráter transitório para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. São serviços que devem oferecer suporte aos CAPS para ampliação dos cuidados de saúde a essa população.

Há duas modalidades de UA: adulto (UAA) ou infanto-juvenil (UAI) e o acolhimento nesses dispositivos é necessariamente voluntário. A Tabela 10 apresenta o número de Unidades habilitadas no Ministério da Saúde por UF e tipo. A Tabela 11 oferece a série histórica de incremento das UA de 2012 a 2020.

<sup>21</sup> Regulamentadas pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a).

## Unidades de Acolhimento – série histórica

Tabela 11 – Incremento das Unidades de Acolhimento por ano – Brasil – 2012-2020

	UAA	UAI	Total	Incremento por ano
<b>2012</b>	9	1	10	-
<b>2013</b>	12	2	14	4
<b>2014</b>	21	13	34	20
<b>2015</b>	28	20	48	14
<b>2016</b>	35	21	56	8
<b>2017</b>	38	22	60	4
<b>2018</b>	39	22	61	1
<b>2019</b>	42	25	67	6
<b>2020</b>	46	26	72	5

Fonte: Elaboração própria.

Em um cenário em que o crescimento das UA tem sido baixo nos últimos anos, é preocupante a crescente oferta de financiamento federal – por editais de contratação de leitos publicados pelos Ministérios da Justiça ou da Cidadania<sup>22</sup> – às Comunidades Terapêuticas, instituições que, via de regra, baseiam seus serviços em isolamento social, abstinência e institucionalização.

As UAs ofertam um serviço transitório fundamental para usuários de álcool e outras drogas que acumulam vulnerabilidades sociais, psicológicas e econômicas, como pessoas em situação de rua e vítimas de múltiplas violências – ao operarem como uma ponte entre o usuário e seu entorno. Garantem, assim, que cada usuário esteja acompanhado no processo de reinserção social, na sua mais ampla perspectiva, desde a entrada no mercado de trabalho ao restabelecimento dos vínculos familiares. Uma vez comprovado (WHO; UNODC, 2020) que o fenômeno do consumo problemático de substâncias psicoativas envolve dimensões contextuais e sociais, para além da dependência química, como a criminalização da pobreza e o esgarçamento dos vínculos familiares e sociais, serviços que abrangem a complexidade do problema relacionado ao uso com uma perspectiva comunitária e territorializada, como as UAs, são imprescindíveis para o cuidado dessa população. Afinal, quanto mais UAs implementadas e qualificadas nos territórios vulnerabilizados, maior seria o acesso e alcance dos usuários de álcool e outras drogas, moradores dessas regiões, a esses serviços.

<sup>22</sup> Edital de chamamento público nº 01/2012, Edital de Chamamento Público nº 01/2013, Edital de Chamamento Público nº 07/2014, Edital de Chamamento Público nº 01/2018, Edital de Chamamento Público nº 17/2019.



**desinstitucionalização**

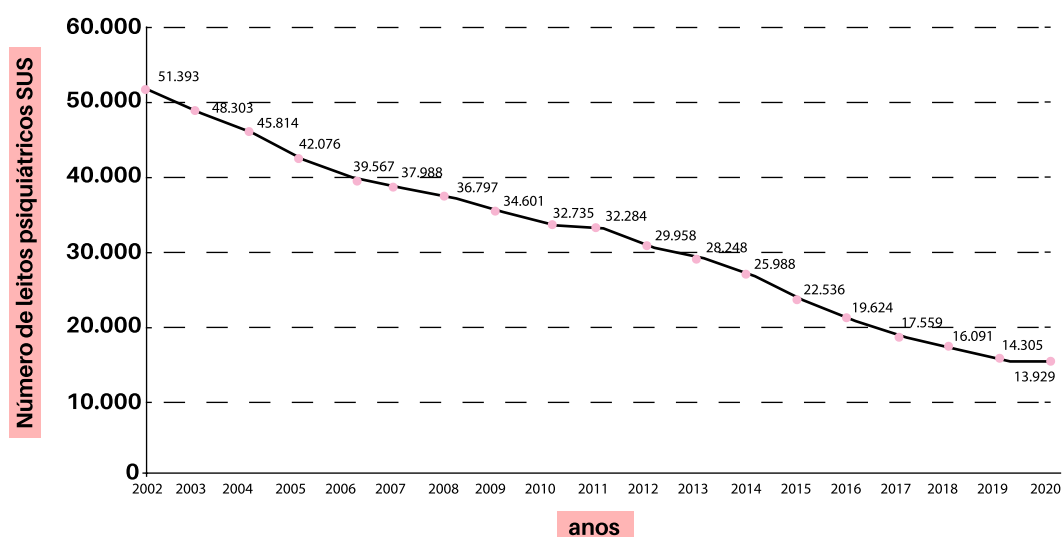




## Leitos em Hospitais Psiquiátricos – Série histórica

Uma das principais ações do governo federal para a reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil desde a Lei 10.216/01 foi a redução programada e pactuada de leitos psiquiátricos. A série histórica do Gráfico 6 mostra o processo de redução de leitos SUS de psiquiatria no país, desde 2002. Os mecanismos de indução para a redução programada do porte dos hospitais psiquiátricos foram estabelecidos pelo PRH<sup>23</sup>, que, em sintonia com o PNASH/Psiquiatria<sup>24</sup> e uma política de melhor remuneração a hospitais de pequeno porte, permitiu que, ao longo dos anos, leitos de baixa qualidade assistencial (isto é, pertencentes a hospitais com baixa pontuação no PNASH/Psiquiatria) fossem desativados, sobretudo de 2002 a 2016, a partir de macro-hospitais<sup>25</sup>. No total, de 2002 a 2020, foram reduzidos 37.464 leitos SUS em psiquiatria no país.

Gráfico 6 – Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos – Brasil – 2002–2020




Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; em 2013 e 2014: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental. A partir de 2015: CNES e Coordenação Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria

<sup>23</sup> Para maiores informações ver: as Portarias nº 52 (BRASIL, 2004), nº 2.644 (BRASIL, 2009b) e nº 404 (BRASIL, 2009a), que determinam nova classificação aos hospitais psiquiátricos.

<sup>24</sup> Para maiores informações ver: Portaria nº 251 (BRASIL, 2002).

<sup>25</sup> Hospitais com mais de 160 leitos.



Ao contrário do que uma leitura apressada possa indicar, o fechamento de hospitais psiquiátricos no Brasil não representa desassistência às pessoas com transtornos mentais. Ao contrário disso, retrata a substituição de instituições anacrônicas e violadoras de direitos, por serviços integrados e comunitários, a exemplo de leitos em hospitais gerais e em CAPS III, cuja base de funcionamento tem como premissa a intervenção terapêutica associada à produção de cidadania das pessoas, o que evita que elas se institucionalizem. Destaca-se, por fim, que, no cenário atual, ante a Emenda Constitucional 95/2016, que prevê o congelamento de gastos na saúde pública por 20 anos, é incompatível o investimento híbrido em hospitais psiquiátricos e outros dispositivos da RAPS.

## PNASH/Psiquiatria – Hospitais indicados para descredenciamento

Quadro 1 – Hospitais indicados para descredenciamento com base no PNASH/Psiquiatria, já fechados ou sem leitos SUS

UF	Município	Hospitais Indicados para descredenciamento com base no PNASH/Psiquiatria, já fechados ou sem leitos SUS	Ano indicação descredenciamento
SP	Ribeirão Preto	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	2002
GO	Goiânia	Clínica Espírita de Repouso	2002
MG	Barbacena	Sanatório Barbacena Ltda	2002
PB	Campina Grande	Inst. De Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional	2002
RJ	Carmo	Hospital Estadual Teixeira Brandão	2002
RN	Caicó	Casa de Saúde Milton Marinho / Hospital do Seridó	2002
MG	Montes Claros	Hospital Prontamente	2002
RJ	Paracambi	Casa de Saúde Dr. Eiras / Filial Paracambi	2002
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Santa Cecília	2004
PE	Camaragibe	Hospital José Alberto Maia	2004
BA	Feira de Santana	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	2004
BA	Salvador	Sanatório São Paulo	2004
BA	Juazeiro	Sanatório Nª Senhora de Fátima	2004
MG	Alfenas	Clínica Neuropsiquiátrica de Alfenas	2007
MG	Juiz de Fora	Hospital São Marcos	2007
MG	Juiz de Fora	Clínica Psiquiátrica Pinho Masini	2007
RJ	Engenheiro Paulo de Frontin	Clínica Engenheiro Paulo de Frontin	2007
RJ	Rio de Janeiro	Clínica de Repouso Valência	2007
RJ	Rio Bonito	Hospital Colônia Rio Bonito	2007
RJ	Bom Jesus do Itabapoana	Clínica de Repouso Itabapoana	2007
SP	São José dos Campos	Associação Instituto Chui de Psiquiatria	2007
SP	São Paulo	Associação dos Amigos de Charcot	2007
SP	Nova Granada	Irmadade Stª Casa de Misericórdia Nova Granada	2007
BA	Itabuna	CLUPI - Clínica Psiquiátrica de Itabuna Ltda	2010
CE	Fortaleza	Irmadade Ben da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	2010
PB	João Pessoa	Instituto de Psiquiatria da Paraíba Ltda	2010
RN	Natal	Clínica Santa Maria Ltda	2010
SE	Aracaju	Casa de Saúde Santa Maria Ltda	2010
PE	Recife	Instituto de Psiquiatria do Recife	2010
PE	Recife	Hospital Psiquiátrico de Pernambuco	2010
AL	Maceió	Clínica de Repouso Dr José Lopes de Mendonça	2016
BA	Salvador	Hospital Juliano Moreira	2016
BA	Salvador	Hospital Especializado Mario Leal	2016
BA	Vitória da Conquista	Hospital Especializado Afrânio Peixoto	2016
CE	Crato	Casa de Saúde Santa Tereza	2016
ES	Cachoeiro do Itapemirim	Clínica de Repouso Santa Izabel Ltda	2016
GO	Jataí	Centro de Saúde Mental Clodoveu de Carvalho	2016
GO	Rio Verde	Clínica Psiquiátrica Marat de Souza	2016
PA	Benevides	Unidade de Reabilitação Psiquico Social	2016
PE	Barreiros	Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos	2016
PE	Camaragibe	Comunidade Psicoterapêutica Nossa Senhora das Graças	2016
SP	Garça	Anexo Psiquiátrico Irmã Valentina	2016

continua

Quadro 1 – Hospitais indicados para descredenciamento com base no PNASH/Psiquiatria, já fechados ou sem leitos SUS.

UF	Município	Hospitais Indicados para descredenciamento com base no PNASH/Psiquiatria, já fechados ou sem leitos SUS	Ano indicação descredenciamento
SP	Osasco	Lar Bussocaba Assistência Vicentina	2016
SP	Presidente Prudente	Hospital São João Presidente Prudente	2016
SP	Salto de Pirapora	Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora	2016
SP	Sorocaba	Hospital Psiquiátrico Vera Cruz Sorocaba	2016
SP	Tupã	Instituto de Psiquiatria Tupã	2016
SP	Tupã	Clínica de Repouso Dom Bosco	2016

Fonte: Elaboração própria.

Desde 2002, 48 hospitais psiquiátricos foram fechados ou tiveram seus leitos SUS descredenciados, com base nos resultados do PNASH/Psiquiatria de 2002, 2003-2004, 2005-2006 (realizado apenas em São Paulo), 2007-2009 e 2012-2014 (Quadro 1). Nove hospitais com leitos SUS (Quadro 2), apesar de indicados para descredenciamento no ano de 2016<sup>26</sup>, seguem abertos.

Quadro 2 – Hospitais indicados para descredenciamento com base no PNASH/Psiquiatria em 2016, ainda com leitos SUS

UF	Município	Hospitais Indicados para descredenciamento com base no PNASH/Psiquiatria em 2016 ainda com leitos SUS	Leitos SUS em fev 2021
GO	Anápolis	Hospital Espírita de Psiquiatria Anápolis	100
MA	São Luis	Clínica São Francisco	240
MA	São Luis	Hospital Nina Rodrigues	103
MA	São Luis	Clínica La Ravardiere Ltda	240
MG	São Sebastião do Paraíso	Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira	160
MT	Cuiabá	CIAPS Hospital Aduino Botelho	120
RS	Caxias do Sul	Clínica Professor Paulo Guedes Ltda	160
SP	Araras	Clínica Sayão Araras	38
SP	São Paulo	CAISM Santa Casa de São Paulo	27

Fonte: Elaboração própria.

A última versão do PNASH/Psiquiatria, foi realizada entre os anos de 2012 e 2014<sup>27</sup>. Desde então, o PNASH/Psiquiatria encontra-se inoperante. O PNASH/Psiquiatria é um programa de avaliação de estrutura, processo e resultado, que inclui a avaliação do hospital psiquiátrico por parte dos pacientes e apresenta um diagnóstico da qualidade da assistência das instituições. O PNASH/Psiquiatria também estabelece critérios para a assistência psiquiátrica hospitalar no SUS, podendo recomendar o descredenciamento de hospitais com leitos de baixa qualidade assistencial. Observa-se que, mesmo num cenário de inoperância do PNASH/Psiquiatria – ou seja, de suspensão dos mecanismos de avaliação dos hospitais psiquiátricos –, o Ministério da Saúde aumentou no ano de 2017, cerca de 60%, o financiamento público destinado às diárias em psiquiatria (Portaria MS 3.588/17).

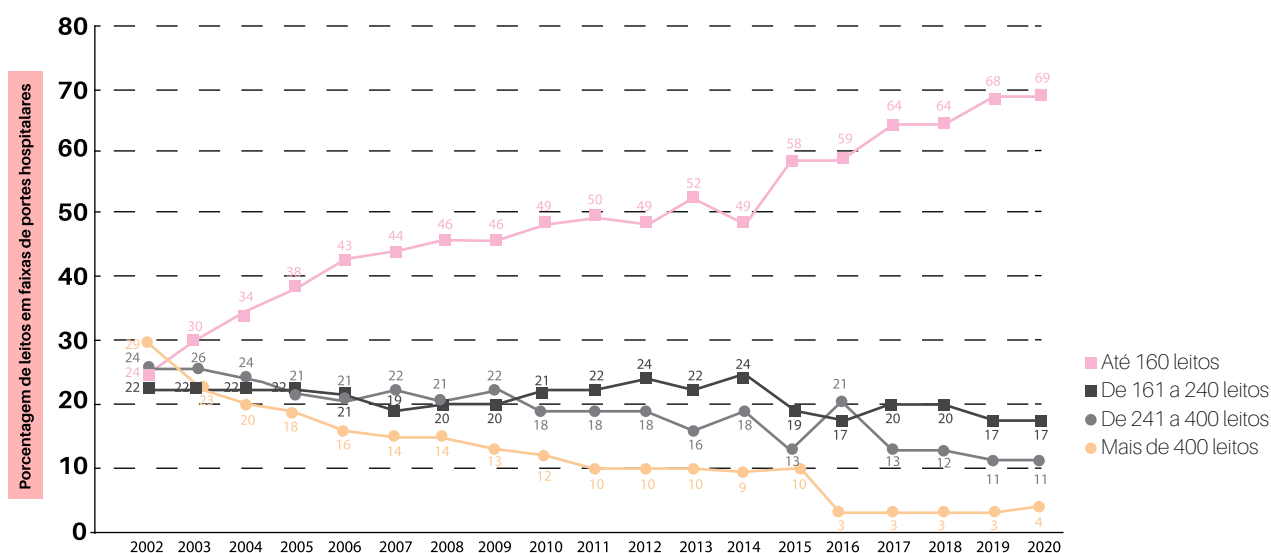
<sup>26</sup> Portaria de indicação de descredenciamento nº 1.727 (BRASIL, 2016b).

<sup>27</sup> Quatro processos do PNASH/Psiquiatria foram realizados - nos anos de 2002, 2003-2004, 2007-2009 e 2012- 2014 (em 2004-2006, o processo foi realizado apenas em São Paulo).

## Leitos em Hospitais Psiquiátricos – mudança do perfil dos hospitais

A mudança do perfil dos Hospitais Psiquiátricos ao longo dos anos é consequência direta da redução programada de leitos no Brasil. O gráfico abaixo apresenta este processo de migração de leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte. Ao fim de 2020, 69% dos leitos SUS de psiquiatria estão localizados em hospitais com até 160 leitos. Em 2002, esse percentual era de 24%. Nota-se, no entanto, a estabilização, desde 2016, da quantidade de leitos públicos em hospitais psiquiátricos considerados de grande porte (com mais de 400 leitos) no país. Essa última faixa de leitos (400+), desde 2016, é representada por um único hospital: o Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, em Itapira, São Paulo<sup>28</sup>.

Gráfico 7 – Distribuição dos leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por UF – Brasil – out. 2020



Fonte: Elaboração própria.

<sup>28</sup> Para informações mais analíticas sobre os Hospitais Psiquiátricos no Brasil, ver: Conselho..., Mecanismo... e Procuradoria... (2018) e Conselho Federal de Psicologia (2019).

## Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF

Tabela 12 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF – Brasil – out. 2020

UF/Região	Hospitais Psiquiátricos	Leitos SUS
Distrito Federal	1	83
Goiás	6	564
Mato Grosso do Sul	2	96
Mato Grosso	2	202
Centro-Oeste	11	945
Acre	1	53
Amazonas	1	28
Amapá	0	0
Pará	0	0
Rondônia	0	0
Roraima	0	0
Tocantins	0	0
Norte	2	81
Alagoas	4	584
Bahia	4	341
Ceará	3	470
Maranhão	3	583
Paraíba	2	215
Pernambuco	4	406
Piauí	1	160
Rio Grande do Norte	3	361
Sergipe	1	80
Nordeste	25	3.200
Paraná	11	1.652
Rio Grande do Sul	8	892
Santa Catarina	3	400
Sul	22	2.944
Espírito Santo	2	95
Minas Gerais	6	566
Rio de Janeiro	15	1.682
São Paulo	29	4.416
Sudeste	52	6.759
<b>Brasil</b>	<b>112</b>	<b>13.929</b>

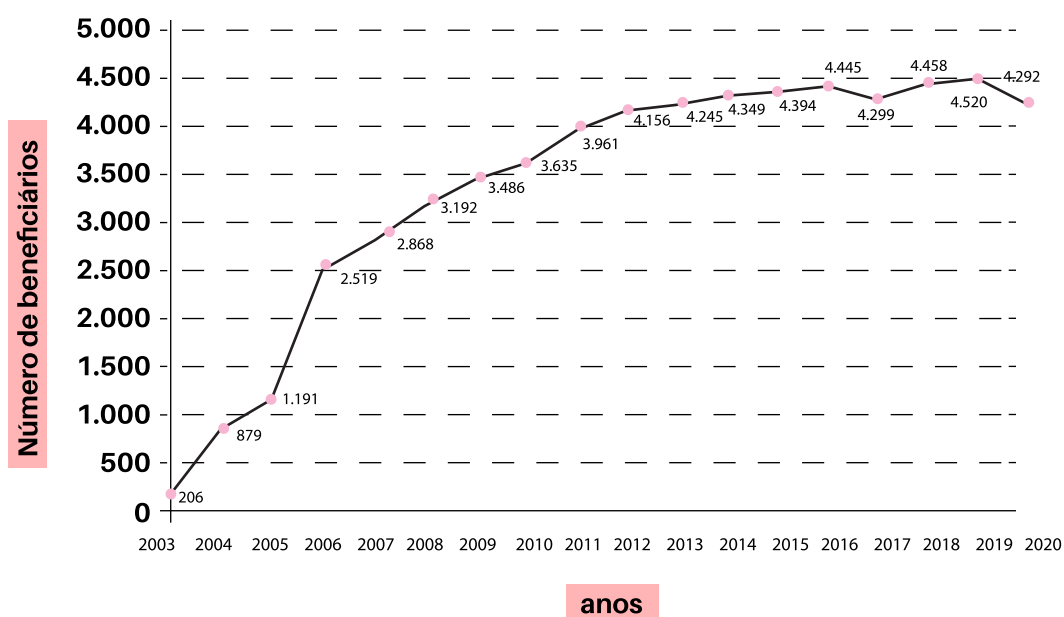
Fonte: CNES e Coordenação Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

A Tabela 12 apresenta o número de hospitais psiquiátricos e leitos SUS em cada Unidade Federativa brasileira ao fim do ano de 2020. Não são considerados aqui os hospitais habilitados como hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

## Programa de Volta Para Casa

Gráfico 8 – Número de beneficiários (as) participantes do Programa De Volta para Casa Brasil – 2003–2020



Fonte: De 2003 a 2014: Saúde Mental em Dados. A partir de 2015: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPES/MS (BRASIL, 2020).  
Nota: Elaboração própria.

O Programa De Volta Para Casa (PVC) foi instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e integra a RAPS.

O Gráfico 8 mostra a curva de crescimento do número de beneficiários desde o início do programa. De 2003 a 2014, o número de pessoas recebendo o PVC aumentou mais de 21 vezes, em compasso com o impulso de investimentos e esforços públicos voltados aos processos de desinstitucionalização de pacientes longamente internados naquele mesmo período.

Observa-se, no entanto, que, a partir de 2014, há diminuição do ritmo de novos cadastros de beneficiários (as), assim como suspensões e cancelamentos de benefícios<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> Os benefícios são cancelados após o envio, para o Ministério da Saúde, da certidão de óbito do beneficiário. A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/MS informa que os benefícios também podem ser suspensos por paradeiro desconhecido do beneficiário, por exemplo.

## Programa de Volta para Casa – beneficiários por estado

Tabela 13 – Número de beneficiários do Programa de Volta para Casa por UF - Brasil – 2019

UF/Região	2019
Distrito Federal	114
Goiás	60
Mato Grosso do Sul	0
Mato Grosso	37
Centro-Oeste	211
Acre	0
Amazonas	27
Amapá	0
Pará	30
Rondônia	0
Roraima	0
Tocantins	2
Norte	59
Alagoas	12
Bahia	117
Ceará	20
Maranhão	77
Paraíba	63
Pernambuco	395
Piauí	31
Rio Grande do Norte	6
Sergipe	73
Nordeste	794
Paraná	128
Rio Grande do Sul	277
Santa Catarina	31
Sul	436
Espírito Santo	9
Minas Gerais	683
Rio de Janeiro	835
São Paulo	1.493
Sudeste	3.020
<b>Brasil</b>	<b>4.520</b>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

A Tabela 13 apresenta o retrato do número de beneficiários do PVC por estado, em 2019. Destaca-se que, em regiões com hospitais psiquiátricos em processo de fechamento (ou já fechados) há um grande contingente de pessoas cadastradas no PVC, como acontece em Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.



## Programa de Volta para Casa – Gastos e reajustes do benefício

Tabela 14 – Gastos federais em reais do Programa de Volta para Casa – Brasil – 2003–2019

Anos	Gastos em reais Programa de Volta para Casa
2003	49.440,00
2004	1.584.237,41
2005	4.035.512,20
2006	6.598.836,70
2007	7.759.433,64
2008	9.295.403,00
2009	13.210.000,00
2010	14.031.098,00
2011	16.472.495,00
2012	18.522.704,00
2013	19.530.000,00
2014	21.416.661,00
2015	21.790.484,00
2016	23.287.408,00
2017	25.000.000,00
2018	20.599.060,00
2019	24.047.762,00

Fonte: Painel do Orçamento Federal, Ação 10.303.1214.20AI.0001 - Auxílio Reabilitação Psicossocial aos Egressos Programa De Volta Para Casa (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

O PVC é financiado por uma ação programática específica do governo federal desde 2003 (Tabela 14). O Programa prevê um auxílio para reabilitação psicossocial por meio de um recurso financeiro mensal, até recentemente fixado em R\$ 412,00. Historicamente, o valor do benefício do Programa teve alguns reajustes: no ano de 2008, quando passou de R\$ 240,00 para R\$ 320,00, e em 2013, quando o valor do benefício foi fixado em R\$ 412,00<sup>30</sup>. Os dois reajustes foram calculados com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, o IPCA.

Em maio de 2021, o Ministério da Saúde fez um reajuste de 21% no benefício, que passou a ser de R\$ 500,00 (BRASIL, 2021). É importante observar que, considerada a inflação do período, para ter o mesmo valor de compra que tinha em 2013, o benefício teria que ser de, no mínimo, R\$ 600,54.

<sup>30</sup> O Programa de Volta para Casa teve o valor do benefício reajustado pelas Portarias nº 1.954/08 e 1.511/13 (BRASIL, 2008, 2013).

## Serviço Residencial Terapêutico por UF

Tabela 15 – SRTs por UF – Brasil – 2020

UF/Região	SRT tipo I	SRT tipo II
Distrito Federal	0	0
Goiás	3	18
Mato Grosso do Sul	0	2
Mato Grosso	0	0
Centro-Oeste	3	20
Acre	0	0
Amazonas	1	7
Amapá	0	0
Pará	0	1
Rondônia	0	0
Roraima	0	0
Tocantins	1	0
Norte	2	8
Alagoas	0	7
Bahia	5	9
Ceará	3	1
Maranhão	3	2
Paraíba	9	2
Pernambuco	75	15
Piauí	5	1
Rio Grande do Norte	0	3
Sergipe	3	8
Nordeste	103	48
Paraná	11	6
Rio Grande do Sul	11	19
Santa Catarina	1	3
Sul	23	28
Espírito Santo	1	0
Minas Gerais	36	90
Rio de Janeiro	69	117
São Paulo	53	182
Sudeste	159	389
<b>Brasil</b>	<b>290</b>	<b>493</b>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), também conhecidos como residências terapêuticas, são dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização. Caracterizados como moradias ou casas inseridas na comunidade, são destinados a acolher pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência (dois anos ininterruptos ou mais). A tabela anterior apresenta a distribuição por UF dos 783 SRTs habilitados como tipo I ou II no país, até dezembro de 2020.

Os SRTs tipo I são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social de pessoas que não necessitem de cuidados intensivos do ponto de vista da saúde em geral. Já os SRTs tipo II também são moradias comprometidas com o apoio à autonomia dos sujeitos, mas voltados a usuários que necessitam de cuidados intensivos e específicos, do ponto de vista da saúde em geral, e que demandam ações mais diretas, com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Os serviços residenciais também são importantes porque muitos usuários destes dispositivos apresentam um acúmulo de vulnerabilidades sociais, incluindo a falta de moradia, pelo abandono familiar.

## Serviço Residencial Terapêutico – série histórica

Tabela 16 – Incremento de SRTs por ano – Brasil – 2013–2020

	SRT tipo I	SRT tipo II	Total	Incremento por ano
<b>2013</b>	149	118	267	-
<b>2014</b>	160	129	289	22
<b>2015</b>	197	163	360	71
<b>2016</b>	242	241	483	123
<b>2017</b>	259	308	567	84
<b>2018</b>	263	346	609	42
<b>2019</b>	276	401	677	68
<b>2020</b>	290	493	783	106

Fonte: Elaboração própria.

Ao fim de 2011, a partir da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro, uma nova proposta de financiamento foi estabelecida para os SRTs – anteriormente custeados sobretudo com recursos realocados das AIHs (Tabela 16). A partir desta portaria, passaram a ser repassados aos SRTs habilitados recursos federais de custeio mensal e também de implantação, o que tornou indispensável a habilitação de todos os serviços existentes até então. Ainda que fundamental, esse processo foi lento. Em 2014, dos 610 SRTs existentes, apenas 289 serviços estavam habilitados (para saber mais sobre esse momento inicial de habilitação, ver SMD 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015). Até 2020, havia 783 serviços habilitados no país. Não existem dados atualizados disponíveis informando a diferença entre serviços em funcionamento nos estados (ou seja, que não estão habilitados) e os serviços habilitados no Ministério da Saúde.

# finanziamento

--	--

--

--	--

--

--	--

--

--	--

--

## Gastos do FNS com a Política de Saúde Mental

Tabela 17 – Gastos Federais<sup>a</sup> (Fundo Nacional de Saúde) com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – Brasil – 2010–2019

Tipo de gasto		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Extra-hospitalar	em reais	1.277,49	1.291,09	1.691,32	1.822,44	1.927,85	2.107,82	2.018,02	2.126,13	2.211,13	2.294,79
	em reais de 2019	2.159,49	2.060,68	2.534,73	2.580,53	2.577,47	2.648,32	2.291,04	2.270,93	2.294,05	2.294,79
Hospitalar	em reais	537,96	525,17	496,14	472,99	406,69	362,40	320,17	289,94	306,17	321,00
	em reais de 2019	909,38	838,21	743,55	669,74	543,72	455,33	363,48	309,69	317,65	321,00

Fonte: Weber (2021).

Nota: <sup>a</sup> em milhões.

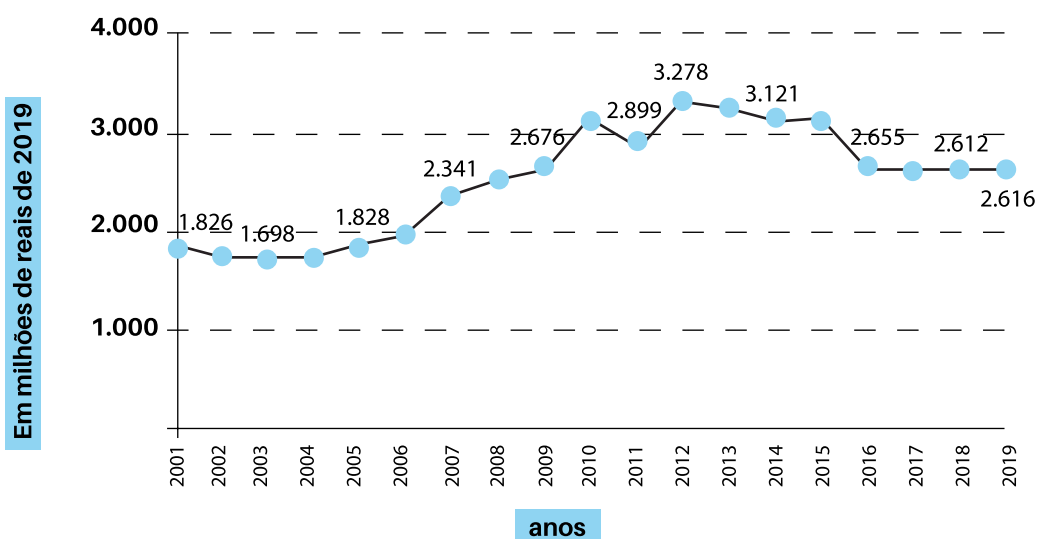
A Tabela 17 apresenta estimativas para os gastos do FNS com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, entre os anos de 2010 a 2019<sup>31</sup>.

Os gastos foram desagregados em gastos extra-hospitalares – identificados, via de regra, como todos os serviços e ações associados à lógica do cuidado de base comunitária – e gastos hospitalares, – com procedimentos hospitalares. Os valores foram expressos em reais de cada ano referenciado e em reais de 2019. Os gastos em reais de 2019 foram obtidos por meio da aplicação do IPCA, com o objetivo de corrigir os valores da tabela pela inflação e, assim, ser possível comparar as quantias por ano e dizer com maior segurança se os recursos aplicados no campo cresceram, diminuíram ou ficaram estáveis no período analisado. No geral, é possível ter acesso aos números estabilizados de financiamento, disponíveis nas bases de dados governamentais, a partir do segundo semestre do ano seguinte ao ano estudado. Dados sobre os gastos de 2020, por exemplo, passam a se estabilizar a partir de julho de 2021. Por essa razão, apresentamos acima – num esforço de complementação dos dados historicamente apresentados pelo SMD – uma série que vai apenas até o ano de 2019.

O Gráfico 9 possibilita uma melhor visualização do cenário de financiamento. Aqui, é apresentada a curva formada pelas estimativas dos Gastos Federais totais do FNS (hospitalares e extra-hospitalares) com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, de 2001 a 2019, já corrigidas pela inflação (expressas em reais de 2019).

<sup>31</sup> A metodologia para a obtenção deste dado é extensa e está descrita em Weber (2021). Os dados de 2001 a 2009 foram colhidos na publicação *Saúde Mental em Dados*. Para os anos de 2010 a 2019, foram colhidos dados de seis ações funcionais programáticas do FNS que estão relacionadas hoje a ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde: a) ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, que, dividida em dois Planos Orçamentários, financia o custeio mensal dos CAPS, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as recentes Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (PO 000F), além de financiar o incentivo de custeio específico para CAPSad III, UA e incentivo de custeio de implantação de Serviços Hospitalares de Referência - SHR (PO 0002); b) a ação 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, que financia incentivos de construção de CAPS e Unidades de Acolhimento e incentivos de implantação de SHR; c) a ação 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, usada para convênios e eventos; d) a ação 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental, que financia os incentivos de implantação de SRT, CAPSad III, Unidades de Acolhimento, e Incentivo de Reabilitação

Gráfico 9 – Estimativa dos Gastos federais do FNS com a Política Nacional de Saúde Mental Brasil – 2001–2019



Fonte: Weber (2021).  
Nota: Elaboração própria.

Nota-se que de 2001 – ano da promulgação da Lei 10.216/01 – até 2012, os gastos federais crescem expressivamente, chegando a mais de R\$ 3,2 bilhões (em valores de 2019) no ano de 2012. Apesar de uma queda visível ser observada em 2011, o ano apresentou uma das inflações mais altas do período estudado, o que gerou distorções. De 2015 para 2016, por sua vez, também houve uma queda relevante de gastos, mas que não pode ser explicada apenas pela inflação, já que foi seguida de estabilidade por quatro anos (de 2016 a 2019), num patamar compatível com os gastos do ano de 2009. Com isso, os repasses federais totais à Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas caíram 15%, de 2015 a 2016, e se mantiveram estáveis (crescendo apenas o suficiente para vencer a inflação) de 2016 a 2019.

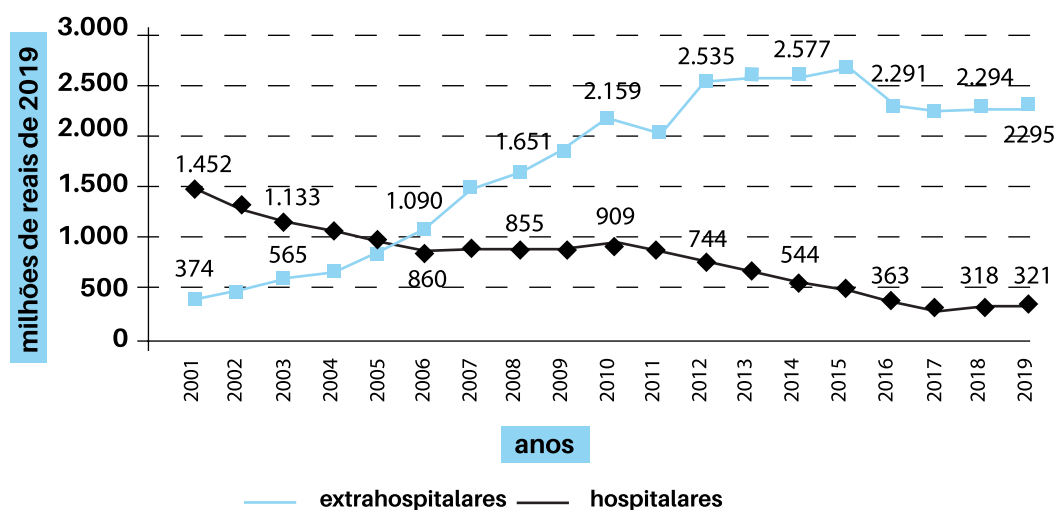
*Psicossocial; e) a ação 20AI - Auxílio reabilitação psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas, que financia o Programa de Volta para Casa; e f) a ação 20AD, que desde 2013 financia o Consultório na Rua. Os valores empenhados em todas essas ações foram colhidos para os anos entre 2014 e 2019 no Painel do Orçamento Federal, com algumas exceções. Também foram colhidos os dados referentes a recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (segundo componente do Bloco de MAC), os quais são transferidos aos fundos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, mediante comprovação da execução de procedimentos selecionados. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares do FAEC, retirados do Sistema de Informações em Saúde TABNET/DATASUS, foram selecionados por estarem associados, de diversas formas, ao campo da saúde mental. Gastos com medicamentos em Saúde Mental (Bloco Assistência Farmacêutica) também foram coletados. Todos os valores foram transformados para reais de 2019, com base no IPCA. Aqui não estão considerados gastos federais com Comunidades Terapêuticas - estes gastos estão sendo realizados historicamente pelo campo da justiça/segurança pública, com base no FUNAD.*

## Gastos hospitalares x Gastos extra-hospitalares

O Gráfico 10, que apresenta o comparativo entre as curvas dos gastos hospitalares e extra-hospitalares no período 2001-2019, facilita a visualização da estabilização dos gastos nos últimos anos e nos permite compreender a direção da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Para onde foram e vão os recursos? Quais as prioridades de investimento? Observa-se aqui uma semelhança entre a curva dos gastos extra-hospitalares deste gráfico com a curva do gráfico anterior – por ter recebido, nos últimos anos, a maior parte dos recursos federais destinados à Política, os serviços extra-hospitalares são os que ditam a tendência de gastos apresentada no Gráfico 9. Há, no entanto, de 2017 a 2019, uma estabilização, tanto dos gastos extra-hospitalares quanto dos gastos hospitalares (esses últimos com discreta queda de 2016 para 2017).

A OMS – que recomenda expressamente o desenvolvimento de uma política de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas baseada na comunidade – alerta os países membros para o perigo da perda de recursos da política durante a transição entre um cuidado centrado na atenção hospitalar para o cuidado comunitário. Nesse contexto, nota-se que o Brasil encerrou 2016 com perda de recursos e, sem incentivo firme da política desde então, o financiamento seguiu apenas estável até 2019.

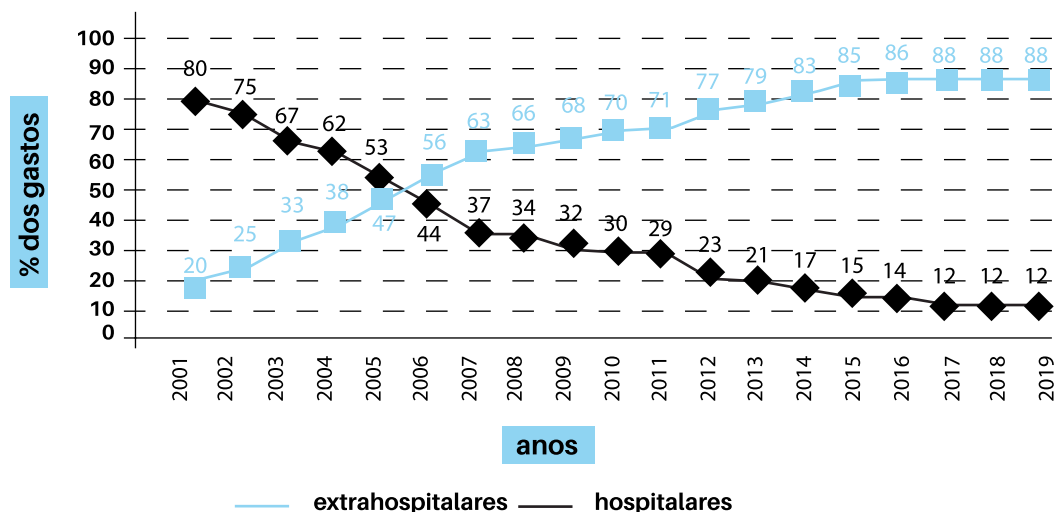
Gráfico 10 – Estimativa dos Gastos federais (hospitalares e extra-hospitalares) do FNS com a Política de Saúde Mental – Brasil – 2001-2019



Fonte: Weber (2021).  
Nota: Elaboração própria.

Ao transformarmos os valores do Gráfico 10 em proporções percentuais, fica clara a tendência de paralelismo entre as curvas, a partir do ano de 2017 (Gráfico 11). Assim, a “inversão” dos gastos na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – um marco dos avanços alcançados pelo esforço de reorientação do modelo de cuidado em saúde mental no Brasil, que tomou corpo a partir de 2006 – se encontra estagnada nos últimos anos.

Gráfico 11 – Estimativa dos gastos federais (hospitalares e extra-hospitalares, em percentagem) do FNS com a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – Brasil – 2001–2019



Fonte: Weber (2021).  
Nota: Elaboração própria.

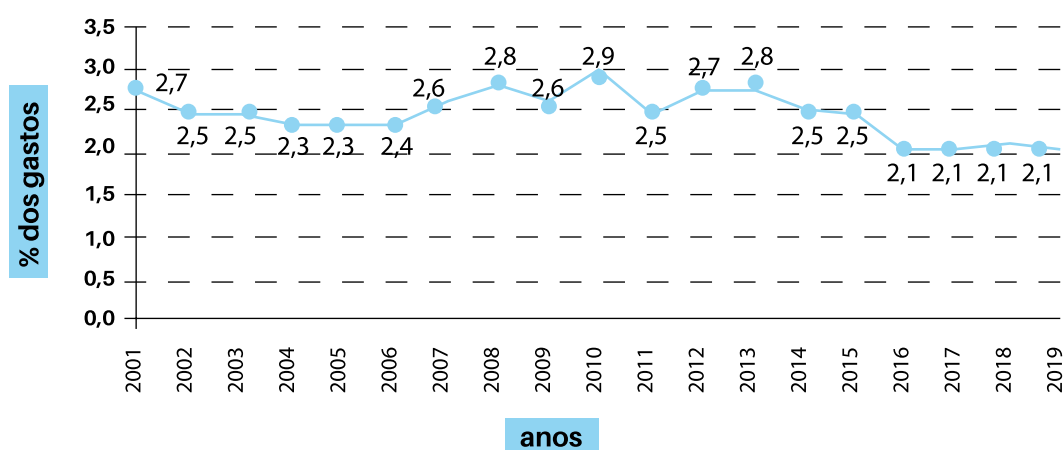


## Gastos Saúde Mental x Gastos do FNS com ASPS

Para melhor compreendermos o complexo cenário de financiamento federal voltado às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, é preciso analisar a relação entre o quanto é gasto com saúde mental, álcool e outras drogas, a partir do FNS, em relação aos gastos gerais do Fundo com saúde. O Gráfico 12 apresenta a proporção entre os gastos do FNS com ações e programas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os gastos com as chamadas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), em série histórica de 19 anos. Nota-se que os gastos com a Política de Saúde Mental já chegaram a representar 2,9% dos gastos do FNS com ASPS, no contexto de “inversão de gastos”; ou seja, no período em que os recursos da pasta já eram majoritariamente investidos em ações extra-hospitalares (2010). Destaca-se que, em 2001, a verba da pasta representava 2,7% das ASPS, mas, naquele período, 80% dos recursos eram investidos em ações hospitalares (ver Gráfico 11). Já no ano de 2016, observa-se o momento da série histórica em que a pasta passa a receber a menor parte das ASPS. Esse estado de coisas permanece até, pelo menos, o ano de 2019.

Dados da OMS revelam que muitos países considerados de baixa ou média renda, como é o caso do Brasil, alocam menos de 2% do seu orçamento de saúde em políticas de saúde mental, enquanto países de alta renda alocam cerca de 5%. Este investimento de 2% é considerado baixo pela OMS e desproporcional em relação ao impacto do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais e comportamentais nos indivíduos, famílias e comunidades<sup>32</sup>.

Gráfico 12 – Proporção Gastos Federais SM - Gastos ASPS Ministério da Saúde – Brasil – 2001–2019



Fonte: Elaboração própria.

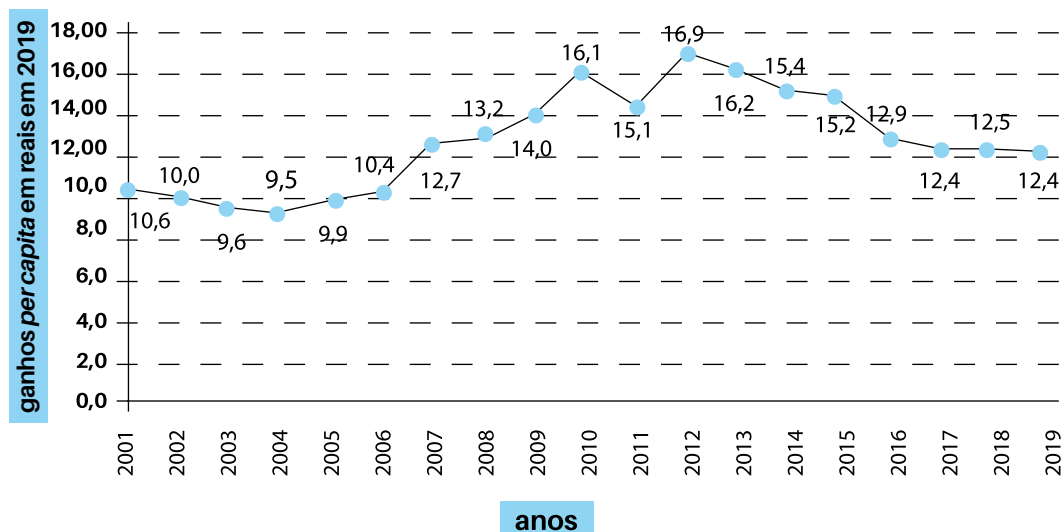
<sup>32</sup> Para mais, ver: WHO (2013).

## Gastos per capita

Finalmente, na análise sobre o financiamento federal das Ações e Programas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, há um fator importante a ser considerado e ainda não mencionado até aqui: o aumento da população brasileira no período estudado. O cálculo *per capita*, considerada a inflação do período, nos dá uma perspectiva mais completa do cenário do financiamento. O Gráfico 13 apresenta os gastos *per capita* do FNS, em reais de 2019, destinados à Política de Saúde Mental. Mais uma vez, os anos a partir de 2017 mostram estabilização do *per capita*.

Rigorosamente, só podemos considerar que existiu aumento efetivo do financiamento federal da Política Nacional de Saúde Mental quando ele supera as variações da inflação e da população. Assim, observa-se que o período de 2006 a 2012 (com exceção do ano de 2011, que perde para a inflação) é de franco aumento dos gastos federais com a pasta. Já no ano de 2013, inicia-se um movimento de declínio, que é muito agravado em 2016. A partir de 2017, há estagnação dos investimentos. A vigorosa mudança de direção na aplicação de recursos, iniciada em 2006, também encontra estabilização a partir do ano de 2017.

Gráfico 13 – Gastos federais da Política Nacional de Saúde Mental *per capita*, em reais de 2019 – Brasil – 2001–2019



Fonte: Elaboração própria.

## Gastos com os Centros de Atenção Psicossocial

O Gráfico 14 apresenta, em milhões de reais de 2019 (ou seja, já considerada a inflação do período), a curva desenhada pela série histórica do custeio federal da rede CAPS. As variações dos gastos dependem da expansão do número de serviços, do aumento ou diminuição do valor do financiamento e da variação da inflação. Para a leitura desses dados, propomos a divisão da série em dois períodos: A) de 2002 a 2014; e B) de 2015 a 2019.

São muitas as metodologias possíveis para estimar os gastos federais do SUS com os CAPS, e todas dependem de escolhas que permitam a utilização das melhores informações disponíveis para cada objetivo analítico. Uma longa série histórica de dados como essa depende, essencialmente, da disponibilidade dos mesmos tipos de dados para todo o período que se pretendeu analisar. Como lidamos com registros públicos administrativos – isto é, dados que são produzidos e organizados de forma particular por cada gestão para fins de administração do SUS, e não para pesquisas – é grande a chance de que um mesmo dado, presente nas bases do SUS em alguns anos, não esteja mais disponível para outros. Isso acontece no caso dos CAPS. A metodologia utilizada no período A) de 2002 a 2014 é a desenvolvida pelo SMD. Para os anos do período B) de 2015 a 2019, outra metodologia – compatível a, mas diferente da primeira – teve que ser desenvolvida<sup>33</sup>. Por essa razão, deve-se considerar esses períodos separadamente.

A) de 2002 a 2014: Até 2008, os recursos de custeio dos CAPS vinham do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que se destinava ao pagamento de ações e serviços de programas de alta complexidade que fossem prioritários para o Ministério da Saúde. Tratava-se de recursos adicionais aos programados inicialmente para determinadas unidades da federação. Uma complementação que induziu fortemente a ampliação do número de CAPS no país – fato observável na curva crescente do gráfico a seguir. A partir de 2008, no entanto, os serviços prestados pelos CAPS deixaram de receber financiamento adicional e passaram a “disputar” recursos com outros procedimentos de média e alta complexidade (MAC) da mesma UF. Em contrapartida, o reajuste regulamentado pela Portaria GM/MS Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011<sup>34</sup>, possibilitou um importante salto no financiamento dos serviços. Em 2013, o aumento no valor de financiamento dos CAPS III e CAPSad III, por meio da Portaria GM/MS Nº 1.966, de 11 de setembro de 2013, também favoreceu o crescimento de recursos federais investidos em CAPS. Com isso, o período registrou um crescimento real de recursos federais para os serviços tipo CAPS.

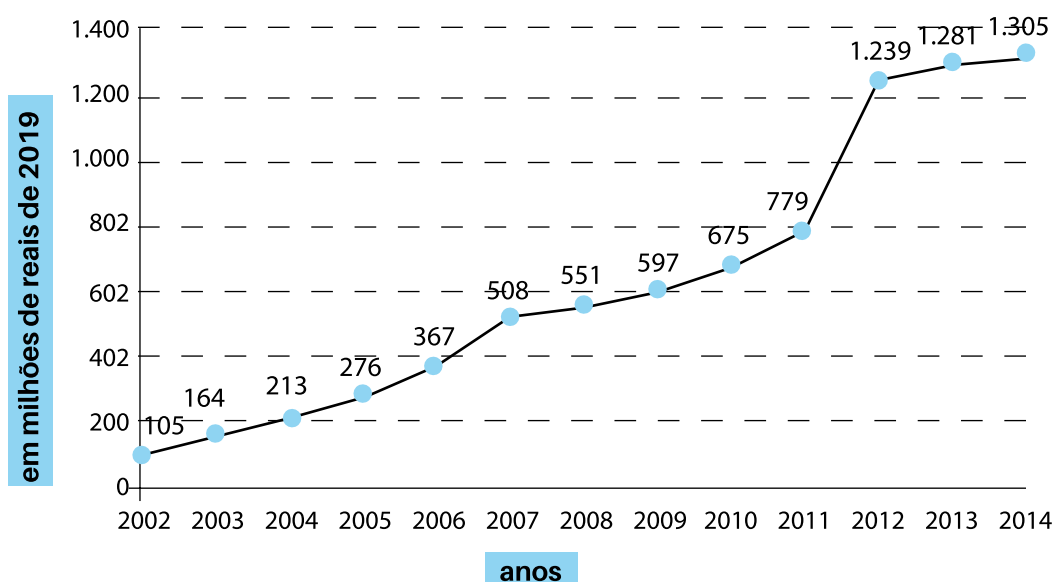
<sup>33</sup> Toda a metodologia está publicada em Weber (2021).

<sup>34</sup> Reajuste que foi regulamentado e repassado aos blocos de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (teto MAC) estaduais e municipais pela Portaria nº 3.099 (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que, de 2014 para 2015, há um salto no gráfico que não pode ser atribuído a um crescimento real do financiamento destinado aos CAPS, nem a uma variação da inflação digna de nota (Gráfico 15). O que há ali é, sobretudo, um reflexo importante da mudança na metodologia para a busca de dados: por força da ação orçamentária 8.585<sup>35</sup>, os gastos para custeio dos CAPS passam a se misturar aos gastos de custeio das Residências Terapêuticas.

B) de 2015 a 2019: No período, vemos uma importante redução de recursos, de 2015 a 2016, seguida de lenta queda no investimento aos CAPS. A diminuição do ritmo de implantação de serviços e o desfinanciamento temporário de parte da rede<sup>36</sup> estão relacionados a esse evento.

Gráfico 14 – Série histórica – Estimativa dos gastos federais com o custeio de Centros de Atenção Psicossocial (em reais de 2019) – Brasil – 2002-2014



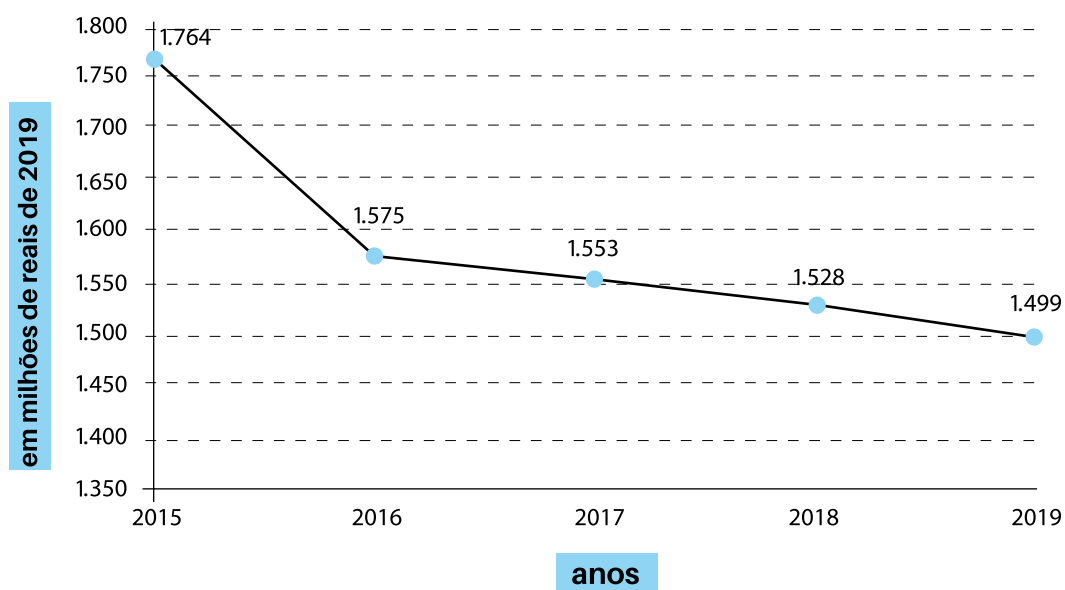
Fonte: Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2020).

Nota: Elaboração própria.

<sup>35</sup> Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, 000F - Rede de Atenção Psicossocial - RAPS/Crack (SIOP).

<sup>36</sup> No ano de 2018, a Portaria nº 3.659, de 14 de novembro (BRASIL, 2018a), suspendeu o financiamento de custeio de 72 CAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. A Portaria nº 3.718, publicada em 22 de novembro (BRASIL, 2018b), exigia, por sua vez, devolução de recursos por parte das prefeituras, sedes dos serviços. Em setembro de 2019, 10 meses depois, as duas portarias de suspensão de repasses foram revogadas por outro documento, a Portaria nº 2.387 (BRASIL, 2019).

Gráfico 15 – Série histórica – Estimativa dos gastos federais com o custeio de Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos (em reais de 2019) – Brasil – 2015–2019



Fonte: Elaboração própria.



# **retrocessos e desafios**



## Breve contexto histórico

Por mais de 200 anos, políticas públicas brasileiras no campo da saúde mental foram pautadas e executadas sob a lógica da internação e exclusão de pessoas rotuladas como loucas e diagnosticadas com base em quadros de sofrimento psíquico. Em muitos casos, entre os internados estavam usuários de álcool e outras drogas, pessoas com deficiência, em situação de rua e vulnerabilidade político-social – até o século passado, conhecidos como “alienados” e “improdutivos” da sociedade.

Enquanto o modelo de internação forçada era amplamente defendido como uma prática eficaz de tratamento por grupos de interesses particulares com ingerência política e econômica no Estado brasileiro, o atendimento prestado em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais resultava em maus-tratos, abandono, castigos, medicalização excessiva, ruptura de laços sociais e, em muitos casos, na morte e desaparecimento de pacientes.

Há mais de 30 anos, porém, a política nacional de saúde mental passou por transformações guiadas por um processo de reforma psiquiátrica iniciado no fim dos anos 1970, com o surgimento de movimentos sociais formados majoritariamente por trabalhadores da saúde, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Nas décadas seguintes, em compasso com a redemocratização do país e a criação do SUS, pela Constituição de 1988, surgiram as primeiras demonstrações práticas e efetivas do que propunham os defensores da reforma psiquiátrica. Naquele período, foram implementados, nos municípios de São Paulo e Santos, os primeiros Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), que possibilitaram a transferência de egressos do sistema manicomial hospitalar para serviços sociais integrados voltados à promoção do cuidado em liberdade e à reinserção social de seus usuários.

As primeiras experiências regionais bem-sucedidas de atendimento psicossocial de base comunitária inspiraram, ainda no fim dos anos 1980, a formulação – e posterior aprovação – da Lei 10.216/01. Promulgada em 2001, a legislação estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, orientadas pelo respeito à cidadania e aos direitos da pessoa com transtorno mental.

Com a aprovação da lei, previa-se a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, a serem substituídos ao longo dos anos seguintes por uma rede complexa de serviços comunitários, nos quais se compreende o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico. Dessa forma, estabeleceu-se, entre outras garantias, que a pessoa com transtorno mental, “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e gravidade ou tempo de evolução de seu

transtorno (...)", deve ser "tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2o, § II]".

Nas últimas décadas, portanto, a pressão popular de movimentos antimanicomiais, somada ao monitoramento de órgãos de controle nacionais e internacionais, contribuiu para o fortalecimento e a ampliação de leis, políticas e serviços públicos comunitários de atenção psicossocial no Brasil. Um processo recente que resultou no fechamento de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos pelo Brasil – de 2002 a 2020, foram reduzidos 37.464 leitos SUS em psiquiatria no país.

Apesar das significativas conquistas alcançadas com a implementação do SUS e o processo gradativo de reforma psiquiátrica no Brasil, políticas e serviços públicos de atenção psicossocial têm sido objeto de negociações desde 2016, e diversas medidas vêm sendo tomadas com vistas ao seu desmonte, em benefício de instituições de modelo asilar e com apoio de recursos públicos. Neste cenário de mudanças, o debate público sobre o tema e a tomada de decisões baseadas em evidências tornam-se indispensáveis, especialmente no atual cenário de escassez de monitoramento e transparência sobre o desenvolvimento das políticas de saúde mental no país.

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública<sup>37</sup>.

A despeito da Lei 10.216/01, que proíbe a "internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares", comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos brasileiros seguem recebendo grandes investimentos públicos e funcionando como locais de privação de liberdade e graves violações de direitos humanos, como revelam os relatórios das últimas inspeções nacionais em Comunidades Terapêuticas (CONSELHO...; MECANISMO...; PROCURADORIA..., 2018) e Hospitais Psiquiátricos (CONSELHO..., 2019).

Sob a coordenação de órgãos e conselhos públicos como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Nacional do Ministério Público, as inspeções brasileiras alertam, desde 2015, para a situação alarmante de desassistência na atenção à saúde em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas pelo país, onde foram verificadas graves e múltiplas violações cotidianas de direitos humanos contra pessoas em sofrimento ou com transtorno mental, que incluem aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Entre as ilegalidades, foram constatadas condições sanitárias

<sup>37</sup> Leia mais sobre o histórico da Política Nacional de Saúde Mental em: <https://desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/>.



degradantes, falta de infraestrutura e equipe técnica, práticas de tortura, medicalização excessiva, trabalho forçado e crimes de cárcere privado, que remontam ao passado de violações em instituições psiquiátricas brasileiras.

## Retrocessos

### O surgimento de equipamentos desvinculados aos territórios

Equipamentos públicos desvinculados da lógica da atenção psicossocial – incorporada ao SUS e pautada fundamentalmente pelo cuidado comunitário e em liberdade – passam a surgir nas normativas do Ministério da Saúde a partir do ano de 2017, num movimento de retorno ao paradigma vigente até o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como de afronta às diretrizes da Lei 10.216/01 e das Conferências Nacionais de Saúde Mental<sup>38</sup>. Guiadas por interesses particulares que recolocam o modelo asilar no centro da RAPS, a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de dezembro de 2017, e a Portaria MS 3.588, de 21/12/2017<sup>39</sup>, são a base de uma mudança de paradigma da Política Nacional de Saúde Mental.

Essa contextualização é fundamental para avaliarmos os dados recentes apresentados neste *Painel*. Em primeiro lugar, é preciso destacar que as alterações na Política, feitas a partir de 2017, foram realizadas de maneira vertical, impositiva, sem qualquer debate amplo e público com segmentos da sociedade civil, movimentos sociais, trabalhadores e trabalhadoras da RAPS, usuários e familiares de pessoas que acessam os serviços de saúde mental do SUS. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) – instância máxima do controle social no campo da saúde pública – também foi desconsiderado nesse processo.

Em segundo lugar, quando o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, impõe à RAPS, de maneira unilateral, sem qualquer diálogo público, a figura do hospital psiquiátrico como o centro da política de saúde mental brasileira, ocorre não só uma mudança de paradigma vigorosa, como também traz riscos importantes aos direitos adquiridos a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A eleição da figura do hospital psiquiátrico como o centro da política pública de saúde mental – acompanhada pelo aumento significativo de recursos públicos destinados a estas instituições, por meio do aumento do valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos –, desconsidera qualquer instrumento de inspeção e avaliação destes hospitais, uma vez que o PNASH/Psiquiatria não é realizado desde o ano de 2015 pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, torna-se importante questionar os motivos implícitos nessas mudanças ocorridas. Uma delas é se o Ministério da Saúde parece atender

<sup>38</sup> Para mais, ver: Onocko-Campos (2019) e Cruz, Gonçalves e Delgado (2020).

<sup>39</sup> Para mais informações sobre a Portaria nº 3.588, ver páginas 9 e 44.

a interesses particulares do setor privado do ramo manicomial, e não ao interesse exclusivo que deve pautar o SUS, que é o da saúde pública e coletiva.

Um terceiro ponto de mudança da política é o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV - CAPSad IV, instituído pela Portaria MS 3.588/17. Vale lembrar que a RAPS já dispõe de três dispositivos destinados ao cuidado de usuários (as) de álcool e outras drogas em situação de crise e vulnerabilidade social – o CAPSad III, as UA e os Consultórios na Rua – que atuam sob uma perspectiva de baixa exigência no território das cenas de uso abertas. Apesar de estratégicos, esses dispositivos encontram-se hoje fora das prioridades do Ministério da Saúde, que, indo para outra direção, propõe a alocação de investimentos ao chamado CAPSad IV.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV<sup>40</sup> nascem em pleno processo de desmonte do Programa de Braços Abertos, em São Paulo, que tomava a redução de danos e a reinserção social – pela oferta de moradia e emprego – como eixos centrais do cuidado em saúde. Com característica hospitalar, atenção médica 24h e com enfermarias de até 30 leitos, o CAPSad IV é criado com o intuito de prestar “assistência a urgências e emergências”, em cenas abertas de uso, em detrimento da atenção à crise articulada com outros dispositivos públicos da rede e pautada no cuidado em liberdade e comunitário, como ocorre nos Consultórios na Rua. Por serem itinerantes e trabalharem com tecnologias leves<sup>41</sup>, os Consultórios possuem estratégias para atuar com os usuários nas cenas abertas de uso, sem necessidade de coerção, de forma que amplie o acesso ao tratamento de pessoas que não têm como demanda inicial a mudança no padrão de consumo. Com base nisso, tornam-se necessários os seguintes questionamentos: *Qual é, afinal, a função do CAPSad IV na rede, se outros dispositivos existentes já executam a função de cuidado em saúde no mesmo território? Qual a necessidade de criação de outro dispositivo, quando ainda há uma demanda urgente de aprimoramento dos serviços anteriores? Será o CAPSad IV uma espécie de mediação das internações em instituições asilares?*

É também neste recente momento político que o Ministério da Saúde passa a financiar, com o SUS, as chamadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM). Em 2019, a pasta cadastrou 28 dessas Equipes<sup>42</sup>. Entre elas, nove foram habilitadas apenas no município de Porto Alegre (RS). Já em 2020, o número de EMAESM mais que dobrou – foram habilitadas 32 novas equipes<sup>43</sup>. Constituídas a partir da Resolução 32 da CIT de dezembro de 2017, essas equipes nascem sem estrutura própria, sem parâmetros populacionais de referência e, no caso das maiores, com o custeio mensal maior do que um CAPS I. No ano de 2021, as EMAESM tendem a crescer ainda mais, como uma grande aposta do governo federal.

<sup>40</sup> O levantamento do Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01 indica que, até o fim de 2020, três CAPSad IV foram habilitados no Ministério da Saúde, nas cidades de Porto Alegre (RS), Belo Horizonte (MG) e Campo Grande (MS).

<sup>41</sup> No SUS e no campo da saúde mental, entende-se como “tecnologias leves” práticas de cuidado que pautam suas ações por meio de serviços articulados com atores já presentes no território, bem como com outros dispositivos da rede pública, que demandam uma baixa exigência ao usuário e operam de forma integral e humanizada. Exemplos de tecnologias leves no SUS incluem o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e o cuidado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

<sup>42</sup> Quatro equipes do tipo 1, duas do tipo 2 e vinte e duas do tipo 3.

<sup>43</sup> Doze do tipo 1, cinco do tipo 2 e quinze do tipo 3.

Ressalta-se que tal proposta nasce num momento de desqualificação dos CAPS, de congelamento do seu financiamento e de mudanças quanto ao financiamento da Atenção Básica, com baixa indução para implantação dos NASFs e dos Consultórios na Rua nos municípios. As EMAESM não se localizam no âmbito da RAPS como serviços comunitários e trazem na sua base os resquícios de uma configuração ambulatorial que, historicamente, provou-se de baixa resolutividade. Essas equipes atuam em dispositivos diversos, tais como hospitais, UBS e policlínicas, numa dinâmica de atendimento ambulatorial e desterritorializado. Ou seja, caminham na contramão da perspectiva do trabalho comunitário e territorial.

Vale lembrar que, para além da definição de um recorte geográfico, o conceito de território requer que o trabalho desenvolvido pelo dispositivo de saúde – a exemplo de como funcionam os CAPS – leve em consideração a dimensão cultural, social e econômica de um determinado lugar. É com base nessa compreensão sobre o contexto em que cada pessoa atendida está inserida que se torna possível a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), de modo que o cuidado esteja associado à inserção do sujeito na comunidade, pelo fortalecimento de vínculos familiares e sociais.

A opção do Ministério da Saúde em criar e investir recursos nas EMAESM, em detrimento dos CAPS, não encontra respaldo técnico, restando, ao que parece, tratar-se de uma decisão política de cunho ideológico.

Finalmente, a partir de 2019, o equipamento para eletroconvulsoterapia passa a constar na lista da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS. Na prática, Hospitais Gerais e Hospitais Especializados poderiam obtê-lo pelo financiamento do SUS. Até o momento de sua publicação, porém, o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* não encontrou qualquer indício de que este financiamento tenha, de fato, ocorrido. O fato da nova Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, nomeada em fevereiro de 2021, estar ligada diretamente à defesa da eletroconvulsoterapia, deve alterar este estado de coisas (LIMA, 2021).

## O aprofundamento do financiamento federal de Comunidades Terapêuticas via setor de Justiça

Desde 2010, as Comunidades Terapêuticas recebem financiamento federal do setor de Justiça, pelo FUNAD, para o tratamento de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Esse financiamento ocorre, principalmente, por meio da contratação de vagas via editais públicos. Na ponta, nos estados e municípios brasileiros, o financiamento de vagas em CTs com recursos estaduais e municipais, vindo do setor de Justiça ou não, já é prática comum<sup>44</sup>. Federalmente, é a partir da implementação do “Plano Crack: É possível vencer”<sup>45</sup>, coordenado pelo Gabinete Institucional da Presidência da República e pelo Ministério da Justiça, que os editais para contratação de vagas em CTs passam a ser publicados com frequência. Ao mesmo tempo que são financiadas com recursos federais de fora do setor saúde, há pressão política para a viabilização das Comunidades Terapêuticas como equipamentos do SUS e grandes passos nesse sentido são dados no campo normativo<sup>46</sup>. Isso ocorre num momento histórico de desfinanciamento do SUS.

Abaixo, a Tabela 18 apresenta uma estimativa do montante do financiamento público federal das Comunidades Terapêuticas – em reais de 2019, isto é, já considerada a inflação – entre 2010 e 2019<sup>47</sup>.

Tabela 18 – Gastos Federais<sup>a</sup> (Fundo Nacional Antidrogas) com Comunidades Terapêuticas Brasil – 2010–2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
em reais	7,61	14,27	15,61	82,76	104,79	95,09	71,55	68,47	119,58	70,41
em reais de 2019	12,86	22,78	23,40	117,19	140,10	119,48	81,24	73,13	124,06	70,41
em dólar	4,57	7,61	7,64	35,33	39,45	24,35	21,96	20,70	30,86	17,47

Fonte: Weber (2021).

Nota: <sup>a</sup> em milhões.

Nota-se que os gastos federais do FUNAD com as CTs variam sobretudo de acordo com a presença ou a ausência de um edital de chamamento público de financiamento publicado no ano estudado. O repasse de recursos depende diretamente da ação do gestor federal do Fundo (para a publicação dos editais) e dos critérios estabelecidos por ele para o repasse.

<sup>44</sup>Survey realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada sobre as Comunidades Terapêuticas, informou sobreposição no financiamento público das CTs: 8% das CTs que responderam às questões sobre financiamento informaram receber financiamento dos governos federal, estadual e municipal. Cerca de 56% informaram receber financiamento de ao menos duas esferas de governo. O mais comum é a sobreposição de financiamentos municipais <sup>45</sup> e estaduais (35%). Decreto nº 7.179/2010 “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências” (BRASIL, 2010).

<sup>46</sup> Em 2011, as Comunidades Terapêuticas aparecem na Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a) como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial; em 2012, a Portaria nº 131/2012 (BRASIL, 2012d) institui incentivos financeiros para apoio aos serviços em Regime Residencial (incluindo comunidades terapêuticas); em 2016, a Portaria nº 1.482/2016 (BRASIL, 2016a) inclui as Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, embora nenhuma tenha sido cadastrada e efetivamente financiada.

<sup>47</sup> Retirada do estudo de Weber (2021).

Frequentemente denunciadas por violar direitos humanos e por ter o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido, comunidades terapêuticas vêm recebendo recursos públicos milionários, incluindo federais (pelo FUNAD), num cenário em que há grande contingenciamento de gastos para a área da Saúde<sup>48</sup>. O governo federal informa ter reservado, via FUNAD, R\$ 153,7 milhões, em 2019, e R\$ 300 milhões, em 2020, para o financiamento de CTs por meio de editais (MINISTÉRIO..., 2019).

O fenômeno do uso prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente quando se trata de drogas ilegais, ainda é compreendido com muitas distorções pela sociedade brasileira. De forma geral, concepções moralistas acerca dos atributos e comportamentos dos usuários de SPA – seja no entendimento de que são criminosos e delinquentes, seja na compreensão de que são pessoas doentes e destituídas do poder de escolha acerca dos seus atos – ainda vigoram na sociedade e entre atores do campo psicossocial. Nesse cenário, é imprescindível que a implementação de políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas seja pautada em evidências, respeitando os direitos humanos dos usuários e garantindo um cuidado qualificado, plural, humanizado, que respeite as diversidades existentes e confira um protagonismo a estas pessoas, garantindo a promoção de autonomia e dignidade.

---

<sup>48</sup> Dados gerais de localização e contratação de vagas das Comunidades Terapêuticas estão disponíveis em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao\\_equipamentos\\_tipo.php?tipo=comunidades\\_terapeuticas&rcr=1](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao_equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rcr=1).

## Apagão de dados

A publicação eletrônica *SMD*, divulgada pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde durante 10 anos consecutivos, teve sua última edição em 2015 (com dados de 2013/2014). Desde então, o MS não disponibiliza dados organizados e detalhados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas<sup>49</sup>. A formulação de políticas públicas exige que informações sobre o campo – incluindo dados de execução de recursos – sejam publicadas regularmente, em meios acessíveis a todas as pessoas interessadas. A última informação referente ao campo da Saúde Mental publicada pelo Ministério foi disponibilizada em seu Relatório de Gestão de 2019, onde estão compilados, em uma página, dados genéricos sobre a Política.

## Abandono de políticas, programas e prioridades definidas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental

No *Relatório Anual de Avaliação do Plano Plurianual 2016-2019* (BRASIL, 2020), leem-se as seguintes justificativas quando as metas não são alcançadas em ações relativas à saúde mental, álcool e outras drogas: 1: “Descontinuidade da estratégia da política pública durante o período do PPA 2016-2019, incluindo alterações nas prioridades de governo”; e 2: “Ausência ou insuficiência na articulação de atores para a implementação da meta”. Entre as não alcançadas, estão, por exemplo: “incentivar a implantação de 480 CAPS” (foi cumprida apenas 60% da meta, num cenário em que Coordenadores Estaduais informam represamento no processo de habilitação de serviços), e “ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa - PVC, passando de 4.364 para 6.764 beneficiários” (ao fim de 2019, havia apenas 4.520 beneficiários). É explícito, portanto, o afastamento do governo federal de metas pactuadas por diretrizes emanadas das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Ao mesmo tempo, é também notório o aumento de investimento da gestão em Comunidades Terapêuticas – ação repudiada pelas Conferências. Na mesma direção, o PPA 2020-2023 traz a seguinte meta: “ampliar em 172,73% o número de atendimentos em Comunidades Terapêuticas, compreendendo cuidados, prevenção e reinserção social de dependentes químicos”<sup>50</sup>. Enquanto há, no PPA 2020-2023, uma meta que amplia ainda mais o número de atendimentos em CTs, pela primeira vez, desde o PPA 2012-2015, o documento não traz metas específicas para CAPS. Este fato impacta negativamente a progressão da expansão e fortalecimento da rede CAPS, podendo ocasionar o desinvestimento

<sup>49</sup> O *Relatório de Gestão 2011-2015* também é uma importante fonte de dados do período (BRASIL, 2016c).

<sup>50</sup> No PPA 2016-2019, era uma das metas do Ministério da Cidadania o “... Financiamento de, no mínimo, 4.000 (quatro mil) vagas, ao ano, em entidades prestadoras de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, ou seja, Comunidades Terapêuticas.

e possível sucateamento destes dispositivos. Para além disso, o PPA 2020-2013 apresenta apenas metas generalistas no campo do controle social, sem maiores detalhamentos, impossibilitando um estudo aprofundado pelo campo da saúde mental, no quadriênio. O PPA 2020-2023, com os seus quatro anexos, tem um total de 105 páginas. Vale ressaltar que o PPA 2016-2019 tinha 340 páginas e o PPA 2012-2015, por sua vez, 276 páginas.

Outros programas públicos, como as Escolas de Redução de Danos, as Escolas de Supervisores e Projetos de Supervisão Clínico-institucional da Rede de Atenção Psicossocial – induzidos pelo Ministério da Saúde por meio de editais –, e o PNASH/Psiquiatria, estão inoperantes. Além disso, a última edição da Reunião do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental aconteceu em dezembro de 2015 (XVIII Reunião).

A ausência desses programas denota uma nítida falta de investimento do governo federal no aprimoramento dos equipamentos de saúde existentes. É sabido que políticas que incentivam a qualificação, capacitação e aprimoramento permanentes dos profissionais que compõem a RAPS não só aumentam a qualidade do trabalho ofertado por eles, como contribuem para a criação de vínculo desses trabalhadores com os serviços. Nesse sentido, torna-se imprescindível o retorno ao investimento nesses e outros tipos de programas que qualifiquem o trabalho executado nos serviços de saúde.

### **Diminuição dos recursos federais para a Política de Saúde Mental**

Há perda importante de recursos federais no Fundo Nacional de Saúde para a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas a partir do ano de 2016. Desde 2017, há estagnação: se existe aumento em valores absolutos a partir deste ano, este aumento apenas atualiza o valor de compra retirado pela inflação no período. Os últimos dados disponíveis (de dezembro de 2019) demonstram que os recursos federais destinados à Política representam apenas 2,1% do orçamento do FNS. Este orçamento já representou 2,8% do FNS, em 2013<sup>51</sup>.

<sup>51</sup> Dados da OMS revelam que países de alta renda alocam cerca de 5% de seu orçamento em saúde nas políticas de saúde mental.

## Desafios

Sustentada na perspectiva de garantia de direitos humanos e tendo como princípio o cuidado em liberdade como ponto de partida para qualquer estratégia terapêutica, a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou no governo federal, até 2015, canais de diálogo consistentes e permanentes, que possibilitaram uma interlocução entre diversos atores do campo para que a Política Nacional de Saúde Mental pudesse ser construída no Brasil de maneira plural. Afinal, o tear da política pública não se consolida sem escuta e envolvimento de usuários dos serviços, seus familiares, trabalhadores e trabalhadoras, e gestores estaduais e municipais. A partir de dezembro de 2015, porém, os canais de interlocução com o governo federal foram fechados e as decisões sobre as principais mudanças na política pública passaram a ocorrer de maneira unilateral, à revelia dos fatos, de dados que sustentassem as alterações, das deliberações consolidadas por conferências temáticas e, mesmo, do controle social, a exemplo do CNS.

Nesse contexto, é que os desafios devem ser analisados e, para isso, a mobilização e pressão no governo federal por parte dos movimentos sociais antimanicomiais, de trabalhadoras e trabalhadores, e gestores estaduais e municipais da Saúde, têm sido fundamental. Nesse sentido, o campo da atenção psicossocial no Brasil tem resistido às mudanças impostas à Política Nacional de Saúde Mental nos últimos anos. É notório, por exemplo, o movimento desses atores para impedir o financiamento federal das Comunidades Terapêuticas pelo SUS. Além disso, já em 2020, após noticiada a ameaça de revogação em bloco de portarias ministeriais<sup>52</sup>, o campo rapidamente se articulou para barrar sua consolidação. Desde então, são reivindicações constantes do campo pautas relacionadas ao financiamento federal de equipamentos de eletroconvulsoterapia e ações que garantam as pactuações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Apesar das recentes conquistas alcançadas pelos movimentos, com o apoio de trabalhadores (as), gestores públicos e membros da sociedade civil, o cenário atual é mais do que desafiador. Isso porque se consolida no Ministério da Saúde uma Coordenação de Saúde Mental desvinculada da saúde pública, que pensa a problemática do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais pela lógica privatista. Essa mudança de paradigma se instaurou no contexto de fragilidade institucional em que vive o Brasil desde 2016. No plano macro, é também o SUS que está em risco, especialmente no atual momento pandêmico, que ganha dimensões inimagináveis como consequência direta da ação de um Ministério da Saúde inoperante<sup>53</sup>. Além disso, o sofrimento mental de parcelas mais vulnerabilizadas da população, como consequência do isolamento social e da intensificação das desigualdades sociais durante a pandemia da Covid-19, deve aumentar ainda mais no Brasil.

<sup>52</sup> Ver matéria com mais informações em: Netto (2020).

<sup>53</sup> De março a junho de 2021, o Brasil liderou o número de mortes diárias por Covid-19 registradas no mundo (disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>).



Os dados apresentados pelo *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* revelam, portanto, que o governo brasileiro provocou fissuras importantes nos processos de reforma psiquiátrica e fortalecimento do SUS, intensificados no país nas últimas décadas. A política de saúde mental vigente afasta-se da preservação dos direitos humanos e do cuidado em liberdade como principais balizas éticas do campo. Nesse sentido, adota posicionamentos em relação às políticas públicas de saúde mental e drogas que contrariam as principais diretrizes de agências internacionais, como a OMS, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), a Corte Interamericana de Direitos Humanos, e a Convenção Internacional de Direitos Humanos. Além disso, o desinvestimento nos equipamentos públicos de cuidado territorial e comunitário e a morosidade com a qual os dispositivos de atenção psicossocial são habilitados pelo governo federal produzem impactos graves e diretos na qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

A Reforma Psiquiátrica brasileira pavimentou conquistas importantes com a consolidação dos serviços comunitários, mas não só: consolidou no Brasil um arranjo jurídico que oferta proteção legal às conquistas alcançadas. Nesse caminho, a Lei 10.216/01 inaugurou, no Parlamento, a criação de outras normativas que dão robustez ao processo da Reforma, a exemplo da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU, aprovada no ano de 2009, com *status* de Emenda Constitucional, e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), instituída em 2015. Essas legislações são instrumentos imprescindíveis para a superação dos desafios apresentados.

A Política Nacional de Saúde Mental não deve ser entendida como uma política pública de governo, mas de Estado. Nesse sentido, algumas pautas se impõem em benefício das pessoas em sofrimento psíquico. Com isso, o Desinstitute entende que é dever do Estado brasileiro garantir:

**1.** A retomada da transparência na política pública de saúde mental: é imperativo que as instituições públicas garantam transparência na gestão. Faz-se urgente que o Ministério da Saúde retome a publicação sistemática do documento *Saúde Mental em Dados*, ainda para o ano de 2021, ou apresente outro documento oficial que detalhe a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;

**2.** A fiscalização de hospitais psiquiátricos: o governo federal tem financiado hospitais psiquiátricos no Brasil à revelia de qualquer inspeção ou avaliação dessas instituições que, sistematicamente, são denunciadas por violar direitos humanos. É urgente que o Ministério da Saúde, ainda em 2021, realize a avaliação dessas instituições por meio do PNASH/Psiquiatria, orientando-se pelos princípios da Lei 10.216/01, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI). Dessa forma, torna-se fundamental a retomada do PNASH como estratégia potente para a manutenção dos processos regulatórios dos hospitais psiquiátricos ainda existentes;

**3.** A realização de um censo de hospitais psiquiátricos: não há qualquer documento nacional que trace ou analise o perfil das pessoas internadas em leitos de psiquiatria no Brasil. A ausência de um censo sobre o perfil dessa população oculta do conhecimento público quem são e quais são as necessidades e razões pelas quais essas pessoas estão privadas de liberdade nessas instituições psiquiátricas. Por consequência, a falta desse mapeamento obstrui a construção de processos de desinstitucionalização dessa população, para mantê-las por parte da vida (se não a vida toda) trancadas em hospitais psiquiátricos – o que contraria, centralmente, a Lei 10.216/01, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência;

**4.** A análise sobre mortes em hospitais psiquiátricos: da mesma forma que não há um censo que trace o perfil da população institucionalizada em hospitais psiquiátricos no Brasil, tampouco há documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde que dê transparência à quantidade e à identificação de causas morte de pessoas institucionalizadas no país. Sabe-se, contudo, que muitas pessoas morrem por desassistência e violência institucional nessas instituições<sup>54</sup>. Nesse sentido, é imprescindível que o Ministério da Saúde produza anualmente uma pesquisa nacional, por meio dos bancos de dados públicos do SUS, sobre o índice de mortalidade de internos em hospitais psiquiátricos, que leve em consideração informações sobre a causa morte dessas pessoas e trace um perfil sobre a expectativa de vida dessa população;

**5.** Mais celeridade nos processos de desinstitucionalização: com fechamento dos hospitais indicados para descredenciamento do SUS, com desinstitucionalização de todas as pessoas em internação de longa permanência, mediante a ampliação dos SRTs e PVC;

**6.** Reajuste do auxílio reabilitação psicossocial do PVC, para pelo menos R\$ 600,00 – valor calculado com base no IPCA;

**7.** Cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial de 2010.

<sup>54</sup>O estudo “A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos” apresenta dados sobre as taxas de mortalidade em hospitais psiquiátricos do município de Sorocaba, entre 2004 e 2011 (GARCIA, 2012).

## Referências

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2.309-2.319, nov. 2009. DOI 10.1590/S0102-311X2009001100002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 abr. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm). Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. *Plano Plurianual 2016-2019*. Relatório Anual de Avaliação – 2019. Brasília, DF: Ministério da Economia, [2020].

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo\\_legislacao\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo_legislacao_saude_mental.pdf). Acesso em: 3 dez. 2020.

BRASIL. *Ministério da Saúde* [site]. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 3 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004*. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html). Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.954, de 18 de setembro de 2008*. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1954\\_18\\_09\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1954_18_09_2008.html). Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 404, de 19 de novembro de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0404\\_19\\_11\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0404_19_11_2009.html). Acesso em: 12 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009*. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644\\_28\\_10\\_2009.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.644%2C%20DE%2028%20DE%20OUTUBRO%20DE,DA%20SA%C3%9ADE%2C%20no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%2C%20e](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.644%2C%20DE%2028%20DE%20OUTUBRO%20DE,DA%20SA%C3%9ADE%2C%20no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%2C%20e). Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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 (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099\\_23\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.html). Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20121%2C%20DE%2025%20DE%20JANEIRO%20DD,de%20car%C3%A1ter%20transit%C3%B3rio%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20121%2C%20DE%2025%20DE%20JANEIRO%20DD,de%20car%C3%A1ter%20transit%C3%B3rio%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial). Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012*. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório de Rua (eQR), por município. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html). Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012*. Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/portarias-cib/579-portaria-n-349-de-29-de-fevereiro-de-2012/file.html>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012g. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0953\\_12\\_09\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0953_12_09_2012.html). Acesso em: 2 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012*. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012h. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1615\\_26\\_07\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1615_26_07_2012.html). Acesso em: 27 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012i. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013*. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511\\_24\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511_24_07_2013.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014*. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório naRua nas diferentes modalidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1238\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1238_06_06_2014.html). Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016*. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html). Acesso em: 3 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016*. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1727\\_24\\_11\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1727_24_11_2016.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018*. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n). Acesso em: 5 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018*. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040). Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.387, de 13 de setembro de 2019*. Revoga a Portaria nº 3.659/2018/GM/MS e a Portaria nº 3.718/2018/GM/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/09/portaria2387.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.108, de 31 de maio de 2021*. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-1-108/>. Acesso em: 21 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 3. Ano I, nº 3*. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2006. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2006\\_SMD\\_03.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2006_SMD_03.pdf). Acesso em: 10 dez. 2020. ,



BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 5*. Ano III, nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2008. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_05.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf). Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 7*: edição especial. Ano V, n. 7. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 12*. Ano 10, nº 12. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2015a. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2006\\_SMD\\_03.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2006_SMD_03.pdf). Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial*. Relatório de Gestão 2011–2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, maio 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_estrategico\\_cuidado\\_pessoas\\_necessidanec.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidanec.pdf). Acesso em: 26 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Hospitais psiquiátricos no Brasil*: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3\\_ly\\_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final\\_v2Web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf). Acesso em: 29 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO / MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas* – 2017. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em : [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf). Acesso em: 16 dez. 2020.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 1-20, 2020. DOI 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFz6hgQqBH/?format=pdf>. Acesso em: 28 jan. 2021.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2021.

LIMA, Bruna. Defensor de eletrochoque é nomeado para coordenar saúde mental do ministério. *Correio Braziliense*, Brasília, DF, 18 fev. 2021. Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/brasil/2021/02/4907308-defensor-de-eletrochoque-e-nomeado-para-coordenar-saude-mental-do-ministerio.html>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MINISTÉRIO da Cidadania lança edital para seleção de comunidades terapêuticas. *Gov.br*, Brasília, DF, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2019/12/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-selecao-de-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 20 nov. 2020.

NETTO, Paulo Roberto. Mais de 120 organizações pedem inquérito contra ‘revogação’ da saúde mental em discussão no governo Bolsonaro. *Estadão*, São Paulo, 12 dez. 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/mais-de-120-organizacoes-pedem-inquerito-contrarevogacao-da-saude-mental-em-discussao-no-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

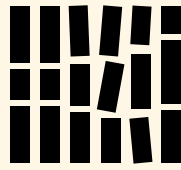
ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, nov. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00156119. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/907/saude-mental-no-brasil-avancos-retrocessos-e-desafios/autores>. Acesso em: 21 nov. 2021.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

WEBER, Renata. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (ed.). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council, jun. 2021. p. 29-44. DOI 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Disponível em: <https://www.ssrc.org/publications/view/working-paper-series-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>. Acesso em: 2 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Investing in mental health: evidence for action*. Switzerland: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>. Acesso em: 3 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATION ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Switzerland: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020.



**desinstitute**

ISBN: 978-65-996043-0-0

**CDL**



9 786599 604300