

3

MAIS SUS EM EVIDÊNCIAS

Saúde Mental

Ficha Técnica

O que é a Agenda Mais SUS?

A Agenda Mais SUS é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umame que tem o objetivo de contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal a partir de propostas concretas para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Agenda se destina também a gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e à toda a sociedade.

Realização: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umame

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Miguel Lago - *Diretor Executivo*
Rudi Rocha - *Diretor de Pesquisa*
Arthur Aguillar - *Diretor de Políticas Públicas*

Umame

Thaís Junqueira - *Superintendente Geral*
Evelyn Santos - *Coordenadora de Projetos*

Apoio temático (Saúde Mental): Instituto Cactus

Maria Fernanda Quartiero - *Diretora Presidente*
Luciana Barrancos - *Gerente Geral Executiva*

Coordenação-Geral do Projeto

Rebeca Freitas - *Coordenadora de Advocacy e Relações Governamentais*

Autores: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Dayana Rosa - *Analista de Políticas Públicas*

Comunicação e Design

Danilo Castro - *Consultor de Comunicação*
Estúdio Massa - *Diagramação*

Apoio Técnico: Instituto Veredas

Laura Boeira - *Diretora Executiva*
Carol Beidacki - *Pesquisadora*
Renata Penalva - *Pesquisadora*
Bruno Graebin - *Pesquisador*
Viktória Menin - *Pesquisadora*

Organizações apoiadoras da Agenda Mais SUS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA/USP)
Impulso Gov
República.Org
Instituto Veredas
Rede de Ação Política pela Sustentabilidade (RAPS)
Vital Strategies

Revisão:

Agatha Eleone - *IEPS*
Danilo Castro - *IEPS*
Dayana Rosa - *IEPS*
Fernanda Leal - *IEPS*
Helena Ciorra - *IEPS*
Luciana Barrancos - *Instituto Cactus*
Manuel Faria - *IEPS*
Matías Mrejen - *IEPS*
Raquel Taffari - *Instituto Cactus*
Rudi Rocha - *IEPS*
Victor Nobre - *IEPS*

Agradecimentos

Agradecemos aos(as) especialistas e organizações que participaram do processo de elaboração da Agenda Mais SUS e que foram imprescindíveis para que o projeto ganhasse vida. Agradecemos também, em especial, à toda equipe IEPS e aos comentários de Miguel Lago, Rudi Rocha, Fernando Aith, Evelyn Santos e Luciana Barrancos.

Observação: Estão listados apenas os(as) especialistas e organizações que autorizaram serem mencionados. O apoio das organizações e contribuição técnica dos especialistas não implica endosso à Agenda Mais SUS em sua totalidade de propostas e mensagens. O IEPS é integralmente responsável pelo conteúdo do documento.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrados os documentos originais:

www.agendamais.org.br

www.ieps.org.br

Informações:

contato@ieps.org.br

+55 (11) 4550-2556

Realização:



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

Apoio Temático (Saúde Mental):



CACTUS
INSTITUTO

Apoio Técnico:



**INSTITUTO
VEREDAS**
caminhos em políticas públicas

Lista de Abreviaturas

ACNUR - Agência da ONU para Refugiados

AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CECO - Centro de Convivência e Cultura

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CIAVA - Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

COFI-RAPS - Cofinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial

CONAD - Conselho Nacional sobre Políticas de Álcool e outras Drogas

CT - Comunidades Terapêuticas

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF - Núcleos Ampliados de Saúde da Família

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSC - Organização da Sociedade Civil

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PCP - Primeiros Cuidados Psicológicos

PNAD - Política Nacional para Álcool e outras Drogas

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PVC - Programa de Volta para Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TMC - Transtorno Mental Comum

UA - Unidade de Acolhimento

Índice

5	Sumário Executivo	42	Parte 4: Condições de vida e populações-chave
6	Objetivo e Metodologia	45	Negras e negros
7	Parte 1: Entendendo as políticas de saúde mental no Brasil	47	Crianças e adolescentes
8	A Reforma Psiquiátrica brasileira	50	Mulheres
12	A Reconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial	52	— Box: LGBTQIA+
16	Principais desafios para as Políticas de Saúde Mental	54	Parte 5: Saúde mental, epidemiologia e resiliência a desastres
18	— Box: Políticas de Saúde Mental entre os Ministérios da Saúde, da Cidadania e da Justiça	55	Pandemia de Covid-19
21	Parte 2: Saúde Mental na Atenção Primária	61	Impactos da exploração de minério e desastres ambientais
22	Uma visão de saúde integral	62	— Box: O incêndio da Boate Kiss em Santa Maria/RS
23	Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família	64	Mudanças climáticas e Saúde Mental
25	— Box: Oportunidades e desafios na APS	67	Conclusão
27	Parte 3: Recursos Humanos, Infraestrutura e Financiamento	70	Referências
28	Quem está na porta de entrada dos serviços		
30	Estrutura e equipamentos		
33	Desigualdades na cobertura de serviços		
36	— Box: Oportunidades e desafios de aprimoramento		
37	Financiamento da Rede de Atenção Psicossocial		
37	— Box: Cofinanciamento estadual da RAPS no Rio de Janeiro		
41	— Box: Financiamento em pesquisas		

Sumário Executivo

A coletânea “Mais SUS em Evidências” é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umame, com o apoio temático do Instituto Cactus, que tem o objetivo de contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal e governos estaduais a partir da caracterização de alguns dos principais desafios enfrentados pela saúde pública no Brasil.

O terceiro volume da coletânea aborda o tema da saúde mental e é composto por cinco partes. Por ser um tema amplo, propomos esse recorte reconhecendo que existem áreas que futuramente serão aprofundadas, como os serviços de alta complexidade, gestão e acesso a medicamentos. Isso posto, a primeira delas traz um resgate histórico atualizado das políticas de saúde mental no país, abrangendo as recentes alterações em nível nacional, como o retorno do modelo centrado nas internações psiquiátricas e na institucionalização do cuidado. A segunda parte apresenta o potencial da Atenção Primária a Saúde (APS) para responder a este desafio e, na parte seguinte, destacamos algumas populações-chave para as políticas de saúde mental, sobretudo quando considerados determinantes sociais como raça, ciclo de vida, sexo e/ou gênero.

A quarta parte descreve o atual panorama de infraestrutura e recursos humanos, caracterizando alguns dos serviços disponíveis, profissionais que estão na porta de entrada e destacando desigualdades no acesso. Traz também informações acerca do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a falta de isonomia de investimento entre seus componentes e identifica, como boa prática de gestão, o cofinanciamento estadual da RAPS.

Por fim, a quinta parte aborda aspectos da saúde mental no contexto da pandemia de Covid-19. Já estamos vivendo a chamada “quarta onda”, que resulta dos efeitos colaterais deste período de isolamento social, que inclui aumento de ansiedade e depressão, de transtornos obsessivos compulsivos e obesidade, e outras consequências à saúde em decorrência da pandemia. Outros eventos de grandes magnitudes também foram incluídos, como os desastres ambientais de barragens em Minas Gerais.

As análises desenvolvidas aqui e nos outros quatro volumes desta coletânea serviram como base para a construção das propostas e priorização de temas tratados na Agenda Mais SUS, e espera-se que possam contribuir também para informar gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e a sociedade.

Objetivo e Metodologia

A construção desse diagnóstico se deu a partir de análises qualitativas e quantitativas com objetivo de identificar e caracterizar alguns dos principais desafios enfrentados pela saúde no Brasil, servindo como base para a construção das propostas e priorização de temas tratados na Agenda Mais SUS. A definição do escopo das análises partiu de temas norteadores, que abarcavam pontos críticos do debate sobre a gestão da saúde no Brasil, bem como outros assuntos relevantes tratados na literatura especializada, dentre eles, a Saúde Mental.

Fez-se uma ampla revisão da literatura nacional e internacional por meio de consulta a repositórios acadêmicos de alta qualidade. Foram realizadas as seguintes etapas metodológicas: i) exploração e pré-seleção dos artigos; ii) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autor, ano de publicação, link e principais achados); e iii) consolidação em tópicos de ideias centrais sobre o tema.

Paralelamente, foram feitas entrevistas semiestruturadas com especialistas nas temáticas norteadoras, que permitiram expandir o entendimento da literatura. A revisão bibliográfica e os principais achados das entrevistas foram então sintetizados e complementados com referências sugeridas pelas equipes revisoras. Adicionalmente, análises quantitativas foram desenvolvidas com objetivo de ilustrar e evidenciar alguns pontos de discussão conceitual.

Por fim, todos os achados das análises foram relatados em cinco volumes. Este é o terceiro deles.



Parte 1:

Entendendo as políticas de Saúde Mental no Brasil

Desde a configuração das ações de saúde mental enquanto políticas públicas, existem disputas acerca do modelo de atenção mais adequado. Para compreender a dinâmica e implicações desse movimento, buscamos contextualizar os principais marcos políticos e normativos do campo e apresentar uma leitura contemporânea das últimas mudanças da Política Nacional de Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como primeira fonte inspiradora as ideias e práticas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que revolucionou, a partir da década de 1960, as abordagens e terapias no tratamento de pessoas com transtornos mentais na Itália. Em vez de isolá-las em manicômios à base de fortes medicações e contenções físicas, Basaglia desenvolveu uma abordagem de inserção territorial e cultural (Amarante, 1994). Assim, o tratamento ao transtorno mental passou do isolamento para a integração social.

Na Itália, essa mudança ficou conhecida como movimento da Psiquiatria Democrática e, após o alcance de várias pessoas retornando à vida social, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar a abordagem a partir de 1973. Contudo, na década de 1940 já eram experimentados métodos alternativos no Brasil (Foot, 2014). A psiquiatra Nise da Silveira foi pioneira na terapia ocupacional – um método que utiliza atividades recreativas no tratamento de transtornos mentais. Nise se destacou por usar a arte como uma forma de expressão e de dar voz aos conflitos internos (Dias de Castro e Lima, 2007).

Durante os anos 1960, teve repercussão o “Holocausto Brasileiro”, como ficou conhecida a situação do Hospital Colônia de Barbacena/MG. Lá, trens lotados de pacientes chegavam de todas as partes do Brasil, chegando a atingir o status de maior hospício do país. Adversários políticos, profissionais do sexo, homossexuais, pessoas em situação de rua e/ou sem documentos formavam o conjunto de pacientes, dos quais estima-se que 70% não tinha diagnóstico de transtorno mental. Ao menos 60 mil pessoas morreram no Hospital Colônia, sendo que, nos períodos de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia vítimas de inanição e do eletrochoque. Ao morrer, seus corpos eram vendidos às faculdades de medicina: foram 1.853 corpos vendidos para 17 faculdades de medicina até o início dos anos 1980 (Arbex, 2013).



Crédito: Reprodução/Luiz Alfredo/Revista O Cruzeiro.

Em 1978, na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão então vinculado ao Ministério da Saúde, profissionais denunciaram as condições de profunda degradação humana em que operava a maioria dos hospitais psiquiátricos no país, além de condições extremamente precárias de trabalho, o clima de violência contra trabalhadores e pacientes, a insuficiência de funcionários e a escassez de recursos (Ministério da Saúde, 2021). A crise, em plena ditadura militar, levou à demissão da maioria dos denunciantes. Mas a experiência italiana de reintegração social e sua crítica radical ao manicômio foi inspiradora aos movimentos que emergiram no país naquele período, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), fundado em 1979.

Ao longo das décadas seguintes, no contexto da promulgação da Constituição Federal e da criação do SUS, os movimentos nacionais e seus apoiadores fizeram avançar ações práticas de cuidado em liberdade sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”¹. Entre elas, a intervenção municipal na Casa de Anchieta, ou “Casa dos Horrores”, como ficou conhecida no município de Santos/SP. Cinco anos após a ação da prefeitura, a instituição foi fechada.



Créditos: Arquivo/Jornal A Tribuna.

Experiências assim inspiraram, ainda nos anos 1980, a formulação da Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado. O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989, mas apenas depois de 12 anos o texto foi aprovado e sancionado.

A Lei reconheceu os direitos das pessoas com transtornos mentais, afirmando que devem ser tratados “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]”. O documento, ou movimento, também teve como marca registrada o desinvestimento em leitos de

1. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Carta de Bauru, 1987. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>.

hospitais psiquiátricos, e o fechamento gradual de manicômios e hospícios que se proliferavam país afora. Assim, estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental ao prever a substituição progressiva dos manicômios no país por uma rede complexa de serviços que compreendem o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamentos centrais do cuidado em substituição aos hospitais psiquiátricos, conforme determinação do Ministério da Saúde, em 2002 (Ministério da Saúde, 2002).

Gráfico 1 - Gastos em Atenção Comunitária/Território superam Gastos Hospitalares (Brasil, dez/2002 a dez/2013)



Fonte: Instituto Cactus e Instituto Veredas (2021)².

Conforme aponta o Gráfico 1, no período de 2002 a 2012 houve grande expansão de serviços de saúde mental de base comunitária, ao passo que os gastos hospitalares (leitos) reduziram, ou seja, foram substituídos. Isso levou a uma ampliação do acesso ao cuidado e possibilitou que o Brasil transformasse seu modelo de atenção (Instituto Cactus e Instituto Veredas, 2021).

Expandindo a lógica do cuidado de base territorial, que é princípio da Reforma Psiquiátrica, a RAPS do SUS foi instituída em 2011 (Ministério da Saúde, 2011), buscando oferecer um cuidado integral, através da criação, diversificação e articulação de serviços e ações para pessoas com sofrimento mental ou que tenham demandas decorrentes do uso de drogas. Para tanto, os serviços contam com a atuação de equipes multiprofissionais e ampliam as fronteiras dos cuidados de saúde, entendendo que a assistência social, a cultura, a empregabilidade e outras dimensões fazem parte do cuidado em saúde mental e podem favorecer a inclusão social e o exercício da cidadania.

2. Ver mais em: https://www.veredas.org/wp-content/uploads/2021/06/LivroDigital_CaminhosSaudeMental_Final.pdf.

Conforme o Quadro 1, faz parte da RAPS um amplo rol de equipamentos e iniciativas, incluindo a Atenção Primária, a Atenção Psicossocial Estratégica, serviços de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar e as Estratégias de Desinstitucionalização, assim como as de Reabilitação Psicossocial.

Quadro 1 - Os componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio à Saúde da Família • Consultório na Rua • Centro de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro • Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial - CT's
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital Dia
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa • Programa de Desinstitucionalização
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Instituto Cactus e Instituto Veredas (2021).

A reconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Conforme demonstramos, a Reforma Psiquiátrica representou um marco legal e social para a transformação da compreensão acerca dos transtornos mentais, sobre qual a forma mais adequada de tratamento e como lidar com as pessoas em sofrimento. Contudo, a Reforma encontra obstáculos para a finalização de sua implementação e, em paralelo, desafios de aprimoramento. Uma série de alterações no direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental, chamadas de Contra Reforma (em referência à Reforma Psiquiátrica), vem sendo apontada por especialistas (Nunes et al., 2019; Rauber e Souza, 2012).

Figura 1 - Evidências da reconfiguração da RAPS (2017-2021)



Fonte: Elaboração própria.

Em 2017, inicia-se um movimento que contraria a lógica do modelo então vigente, caracterizando a **reconfiguração da RAPS** através de portarias do Ministério da Saúde que criaram Unidades Ambulatoriais Especializadas; permitiram serviços de internação para crianças e adolescentes e incluíram o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS (e não como parte das Estratégias de Desinstitucionalização).

Um documento em específico destaca-se nesse sentido: a Resolução nº 32 (Ministério da Saúde, 2017), que reformulou o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS; fortaleceu a parceria e o apoio intersetorial entre os Ministérios da Saúde, da Justiça, do Desenvolvimento Social e do Trabalho em relação às Comunidades Terapêuticas; e instituiu as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são os antigos ambulatórios psiquiátricos.

Ao definir um novo modelo de RAPS, foi estabelecida uma ‘nova’ orientação do modelo assistencial que, na verdade, se assemelha ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos

elementos que apontam para a priorização do tratamento de característica exclusivamente hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária.

Outra Portaria, também de 2017 (Ministério da Saúde, 2017b), aumentou o valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60% e mudou as regras para o estabelecimento de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Assim, onde estes leitos estivessem funcionando haveria um incentivo financeiro para aqueles que se mantivessem com taxa de ocupação de ao menos 80%, podendo incentivar a indicação de internações e levar ao prolongamento do tempo de internação.

Ainda em 2017, a **revisão da Política Nacional de Atenção Básica** (Ministério da Saúde, 2017c) contribuiu para a redução nos recursos humanos na Atenção Primária para acolher pessoas em sofrimento ou com transtornos psicossociais, impactando também nas ações de saúde mental que se davam de forma mais capilarizada no território, através, principalmente, dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que deixaram de ter financiamento federal direto e ficaram exclusivamente dependentes de gestões locais para a manutenção desse apoio.

No ano seguinte, ocorreu a **desabilitação de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)**, que determinaram a devolução (Ministério da Saúde, 2018) ou bloqueio (Ministério da Saúde, 2018b) de recursos destinados a unidades que não estavam apresentando faturamento corretamente. Ambas as resoluções justificaram posteriormente um corte de verbas para CAPS e SRTs com dificuldades de informar a produção. Como resultado, ao invés de se buscar aprimorar o sistema de informações e de fiscalização da aplicação dos recursos, cortaram diretamente os recursos na esfera federal, inviabilizando financeiramente os serviços comunitários³.

Meses depois, o Ministério da Saúde aumentou o financiamento das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (Ministério da Saúde, 2018c), em uma tentativa de legitimar a função da longa permanência hospitalar (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020), amplamente questionada pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, existe um consenso de que internações tão longas não têm função terapêutica, devendo ser transformadas em outras formas de cuidado e moradia, como o retorno à família com o suporte do CAPS e do Programa de Volta para Casa (PVC)⁴, ou o abrigamento em Residências Terapêuticas. O aumento do financiamento para estas internações diminuiu o incentivo às equipes a procurarem outras formas de lidar com os casos, buscando outras saídas que não a institucionalização.

3. Na ocasião, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) respondeu, referindo-se a esse bloco de mudanças como tendo sido feito “sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde” e que estaria em desacordo com a Lei nº 10.216, “pois apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da RAPS”. Ver mais em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/>.

4. O Programa de Volta para Casa garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos. Ver mais em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/cenario-politicas-programas-nacionais-saude-mental-ieps-instituto-cactus.pdf>.

Em sequência, foi suspenso o repasse dos recursos financeiros destinados ao custeio mensal de 72 CAPS, 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS em todo o Brasil, também por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS nestes serviços específicos (Ministério da Saúde, 2018d). Além disso, foi exigida “a devolução imediata dos recursos financeiros” de implantação de serviços que teriam descumprido esses requisitos (Ministério da Saúde, 2018e), podendo prejudicar a operacionalização dos serviços.

Em paralelo, **disputas sobre as políticas de álcool e outras drogas** ganharam destaque através das internações involuntárias (solicitadas por familiares) e compulsórias (relacionadas ao sistema de justiça) de pessoas que teriam transtorno mental. As protagonistas do aumento das internações foram as Comunidades Terapêuticas (CTs), que recebem forte financiamento dos Ministérios da Justiça e da Cidadania, como veremos na parte quatro deste diagnóstico, e de emendas parlamentares do Poder Legislativo que, no período de 2017-2020, chegaram a R\$ 30 milhões – o que corresponde a cerca de 10% dos investimentos federais via emendas parlamentares (Conectas e Cebrap, 2022).

Um dos primeiros registros formais do novo direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental é a Resolução do Conselho Nacional de Álcool e outras Drogas (CONAD) (Ministério da Justiça, 2018), que definiu diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da PNAD” (Política Nacional sobre Álcool e Outras Drogas). O documento se manifesta “contra as iniciativas de legalização de drogas”; aponta a “imediata reorientação dos mecanismos de apoio e fomento à produção científica e formação, garantindo a participação equânime de pesquisadores e instituições atuantes em diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas”; define a “imediata integração institucional e legal da gestão de programas entre os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos”; e defende o fomento das CTs.

Essas mudanças representaram o início da transição da responsabilidade da assistência às pessoas que usam álcool e outras drogas, indo do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania. A Resolução argumenta a mensurabilidade dos resultados e a necessidade de se adequar pesquisa e assistência a outras correntes teóricas. Estes argumentos são empregados para fundamentar o amplo financiamento público das Comunidades Terapêuticas e constituem o mesmo tipo de discurso que será adotado para o aumento do financiamento dos hospitais psiquiátricos.

Em seguida, foi publicado o Edital do Ministério da Justiça (Ministério da Justiça, 2018b) para cadastramento de CTs que poderiam receber financiamento da União e que define que os “acolhimentos nestas comunidades podem chegar a 12 meses”. Os valores foram vultosos e previram a prestação contínua dos serviços e o valor pago a cada ação de internação. O Edital foi realizado pelo Comitê Gestor Interministerial e celebrou novos contratos com 216 CTs (Cruz et al., 2020).

Na ocasião, o gasto do Governo Federal com o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas passou para R\$ 153,7 milhões por ano, financiando 10.883 vagas em 496 entidades⁵. Tal iniciativa se articula com a criação dos CAPS AD IV, cuja proposta é de atuação em locais de alta de uso de drogas em grandes centros urbanos, atendendo pessoas com quadros graves de saúde decorrentes do uso de substâncias⁶.

Em 2019, foi oficializada a intenção de transformar o modelo assistencial vigente em uma **Nova Política Nacional de Saúde Mental**. Em Nota Técnica (Ministério da Saúde, 2019), o governo recém-empossado assume, de fato, que se trata de outro modelo, no qual “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza”. O texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais. No documento, ainda é citado que “não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos”.

No mesmo ano, foi aprovada a **Nova Política Nacional Sobre Drogas** (Brasil, 2019), que prevê apoio financeiro não apenas ao trabalho das CTs, mas às “entidades que as congreguem ou as representem (...) e ao seu aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional”. A normativa tem potencial de ampliar o estigma ao propor campanhas afirmando que a pessoa que usa drogas “financia as organizações criminosas e suas atividades”. Esta política fere claramente a laicidade do Estado ao propor o reconhecimento da “espiritualidade” (aqui mencionada especificamente no contexto das CTs religiosas) no tratamento e prevenção.

Por ser um decreto presidencial, essa Política tem institucionalidade maior do que as resoluções e portarias que a precedem. Coloca, definitivamente, a gestão dos recursos e administração destas ações sob os Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública, e tem potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidado relacionados ao uso de drogas.

Em 2020, foi anunciado o **fim das equipes de Avaliação e Acompanhamento para Pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei** (Ministério da Saúde, 2020). Essas equipes atuavam diretamente na diminuição do número de pessoas com transtornos mentais em presídios e hospitais de custódia, possibilitando outras abordagens que estejam alinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica⁷ (Silva, 2009). Em resposta à Portaria, que vai na contramão do aumento

5. Ver mais em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/governo-amplia-vagas-e-regulamenta-o-tratamento-de-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas#:~:text=Ao%20todo%2C%20o%20custo%20do,de%20associa%C3%A7%C3%B5es%20acompanharam%20o%20evento.>

6. Ver mais em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

7. As internações psiquiátricas são dispositivos da política de saúde pública, não devendo se destinar à segurança pública. Como recurso terapêutico, deve ser excepcional, exige expressa indicação médica e a pessoa com transtorno mental é sujeito de direitos. Ver mais em: http://www.mpgp.mp.br/portal/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMDQvMjIvMDI0fjNFTFZmZnF0ODQ3X01hbnVhbF9QYWVsaV9saXZyZXRvX2VkaWNhb19ibG9xdWVhZGEucGRml1d/Manual_Paili_livreto_edicao_bloqueada.pdf.

da população prisional brasileira⁸, o Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais (Condege, 2020) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)⁹ se manifestaram contra a medida, indicando que poderia significar fragilização da Política de Saúde Mental no âmbito da Justiça Criminal, uma vez que atinge todas as pessoas que estão em cumprimento de medidas de segurança e pessoas com transtorno mental que possuem medidas cautelares. Seus impactos poderão também recair sobre o Poder Judiciário e os órgãos de administração penitenciária e de segurança pública, ao eliminar o financiamento das estruturas necessárias para garantir a substituição das modalidades de medida de segurança (internações em alas de tratamento psiquiátrico em presídios ou hospitais de custódia) por medidas terapêuticas de bases comunitárias.

Em 2021, foi autorizada a **isenção tributária para as Comunidades Terapêuticas** (Brasil, 2021), que deixaram de ser tributadas pela seguridade social. Imediatamente, o Ministério da Cidadania destinou mais de R\$ 89 milhões para o investimento em CTs, sem qualquer tipo de licitação¹⁰.

No ano seguinte, o Ministério da Saúde **revogou o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal do Programa de Desinstitucionalização** (Brasil, 2022). O programa promove a reinserção social de pessoas com transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e que se encontram em situação de internação há mais de um ano em hospitais psiquiátricos. Uma semana depois, o Ministério da Cidadania publicou em edital (Brasil, 2022b) que **financiará com 10 milhões de reais Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuam como hospitais psiquiátricos**.

Principais desafios para as Políticas de Saúde Mental

É no contexto de reorientação do modelo de atenção psicossocial que as evidências aqui trazidas se inserem, atestando a necessidade de se retomar as políticas e programas que foram extintos e também de reajustes normativos que sustentam todas essas mudanças. Tais evidências oferecem aos gestores públicos, legisladores e pesquisadores subsídios para compreender os principais desafios enfrentados pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

8. Segundo o relatório mais atualizado do INFOPEN, que apresenta o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias organizado pelo Ministério da Justiça, o total da população carcerária era de 748.009, das quais um total absoluto de 4.358 pessoas estão submetidas a medidas de segurança, das quais 4.109 a cumprem na modalidade de internação e 250, na modalidade de tratamento ambulatorial. Ver mais em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatoriosanaliticos/br/br>.

9. Ver mais em: <https://oglobo.globo.com/politica/cnj-extincao-de-servico-presos-com-transtornos-mentais-decida-por-general-da-sau-de-impacta-judiciario-24462383>.

10. Na ocasião, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) se manifestou informando que, de acordo com a Lei das Licitações, a inexigibilidade de licitação ocorre quando a contratação se dá em razão da inviabilidade de outras alternativas, ou seja, a ausência de licitação ocorre no caso de “fornecedor exclusivo” e “notória especialização”, o que, de acordo com a Associação, não é o caso das CTs: não são os únicos serviços a fornecer tratamento para pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas e não possuem notória especialização neste campo de saber, uma vez que são mínimos os requisitos empregados nos quadros profissionais, muitos trabalhando voluntariamente e sem formação.

Cabe apontar que o último “Saúde Mental em Dados”, boletim anual produzido pelo Ministério da Saúde contendo o estado da arte da política nacional, foi publicado em 2015. Da mesma forma, o último Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiátricos – PNASH/Psiquiatria foi executado em 2018. Em outras palavras, há uma falta de produção periódica, sistematizada, consistente e publicizada de dados, o que dificulta a implantação de políticas públicas eficientes, principalmente nas etapas de avaliação, monitoramento e fiscalização.

A Reforma Psiquiátrica ainda não foi suficientemente implementada e deve ser aprimorada. É preciso reconhecer e resgatar os avanços realizados, identificar os consensos possíveis e avançar na garantia e ampliação dos direitos das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental. Isso inclui retomar o protagonismo dessas pessoas e da produção de evidências que guiem todas as fases do ciclo de políticas públicas de saúde mental, tendo como pressuposto que internações psiquiátricas devem ser feitas apenas quando esgotados todos os outros recursos – conforme está previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2021) e na Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2016).

Outro ponto a se avançar na Reforma Psiquiátrica reside no fato de que a rede de saúde ainda negligencia a dimensão da promoção da saúde, da prevenção de adoecimentos e do acolhimento das primeiras manifestações de sofrimento psíquico. Além de onerar o sistema de saúde e gerar custos financeiros altos, isso contribui para a perpetuação do estigma pela sociedade, gerando como consequência a exclusão, a rejeição e a marginalização desses sujeitos, dado que muitas vezes são vistos, de maneira equivocada, como incapazes de tomarem suas próprias decisões ou de cuidarem de si mesmos (Instituto Cactus e Instituto Veredas, 2021).

Por meio de políticas públicas que promovam o respeito às diferenças e garantam os direitos humanos, nos aproximamos de uma sociedade menos estigmatizante e preconceituosa. Para alcançar esse objetivo, destacamos, dentre outros, a necessidade de aumentar significativamente o orçamento público destinado à saúde mental; o apoio técnico e financeiro para a promoção da desinstitucionalização; a viabilização da Conferência Nacional de Saúde Mental; a implementação de Conselho Gestor nos serviços de saúde mental, com representação usuários; a geração de emprego e renda para pessoas com transtorno mental; e a indução da formulação de uma Política Nacional de Habitação que priorize os mais vulnerabilizados; e a priorização do público das crianças e adolescentes, por meio de políticas específicas e da participação desse público no debate e formulação de políticas públicas.

Políticas de Saúde Mental entre os Ministérios da Saúde, Cidadania e Justiça

A intersetorialidade é uma diretriz do SUS e, por consequência, também deve ser observada na Política Nacional de Saúde Mental. Esta, como o próprio nome sugere, é de responsabilidade principal do Ministério da Saúde. Contudo, algumas mudanças recentes transferiram ações estratégicas, antes alocadas na pasta, para outros Ministérios como o Ministério da Cidadania. Ao revogar o financiamento das equipes de desinstitucionalização e, em paralelo, financiar OSC que atuam como hospitais psiquiátricos a partir do Ministério da Cidadania, o Poder Executivo não somente prioriza um modelo de atenção centrado nas internações como também distorce ações de potencial intersetorialidade.

Nesse sentido, identificamos uma sistemática **transferência de responsabilidades** do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania que passa, inclusive, a dispor e incentivar¹ internações – um objeto da Atenção Hospitalar. São inúmeras e graves as consequências² disso, das quais destacamos uma **maior dificuldade de fiscalização**, uma vez que é difuso o cadastro diante do Poder Público, não estando todos os serviços constando no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, portanto, não são submetidos às normas de Vigilância Sanitária da mesma forma – além de, assim, escaparem do Controle Social do SUS.

Na prática, o caso das Comunidades Terapêuticas (CT) é exemplar para ilustrar a relação entre as pastas da Saúde e da Cidadania. Apesar de estarem previstas na RAPS, de responsabilidade do Ministério da Saúde, as CTs estão incluídas no Programa “Rede de Suporte Social ao Dependente Químico: Cuidados, Prevenção e Reinserção Social”, do Ministério da Cidadania. No Programa, estão o Apoio ao Funcionamento de CTs e Capacitação de Profissionais de CTs – estando as CTs também sugeridas no Caderno de Emendas Parlamentares do Ministério da Cidadania.

No Ministério da Saúde, as CTs são caracterizadas como serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório, assim como as Unidades de Acolhimento. Apesar de ambas terem a mesma natureza, recebem incentivos financeiros com grandes assimetrias, conforme buscamos retratar. No entanto, outras diferenças que, no fim do dia, **impactam o padrão de cuidado e acolhimento do sofrimento do usuário**, são possíveis notar, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Comparação entre Comunidades Terapêuticas e Unidades de Acolhimento

	Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018)	Unidades de Acolhimento (IEPS e Instituto Cactus, 2021)
Responsável	Ministério da Cidadania/ Ministério da Saúde	Ministério da Saúde
Natureza	Privada, podendo haver parceria com o Poder Público	Pública
Público-alvo	Pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias, em situação de vulnerabilidade social e familiar	Pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias, em situação de vulnerabilidade social e familiar

1. Ver mais em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/SEI_MC12479713NotaTcnica.pdf.

2. Ver mais em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Co-munidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.

	Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018)	Unidades de Acolhimento (IEPS e Instituto Cactus, 2021)
Objetivo	Atendimento via internação voluntária, involuntária ou compulsória ³ , com a finalidade de apoiá-los a interromperem este uso e a se organizarem para a retomada de sua vida social	Acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias, com a finalidade de acompanhamento terapêutico e protetivo
Método	Encaminhamento particular, do SUS ou do SUAS	Encaminhamento do SUS ou do SUAS
	Abstinência	Redução de Danos ⁴ e/ou abstinência, desde que seja uma vontade do usuário
	Projeto Terapêutico Global Laborterapia/Trabalho 12 Passos ⁵	Projeto Terapêutico Singular, sendo que as pessoas serão acolhidas conforme definido pela equipe do CAPS de referência – o CAPS será responsável pela elaboração do PTS de cada pessoa, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde
	Isolamento e restrição do convívio social	Integração social
Principais desafios	Fiscalização	Financiamento

Fonte: Elaboração própria.

Outra relação interministerial que cabe destacar é entre a Saúde e a Justiça. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são instituições que, por determinação judicial, propõem tratar pessoas que cometeram um ato ilícito relacionado à sua condição mental. Contudo, a descentralização de responsabilidades leva a uma falta de controle: a partir de informações obtidas no Ministério da Saúde (IEPS e Instituto Cactus, 2022), a pasta não realiza o monitoramento e fiscalização dessas instituições. Da mesma forma, há uma lacuna de cuidado para as pessoas que estão em situação de cárcere e que lá desenvolveram algum sofrimento ou transtorno.

Nesse contexto, ressaltamos a experiência goiana do **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)**⁶, que há dezesseis anos presta atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais ou que manifestaram sofrimento mental no transcurso da execução penal, submetidas a medida de segurança

3. Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário. Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

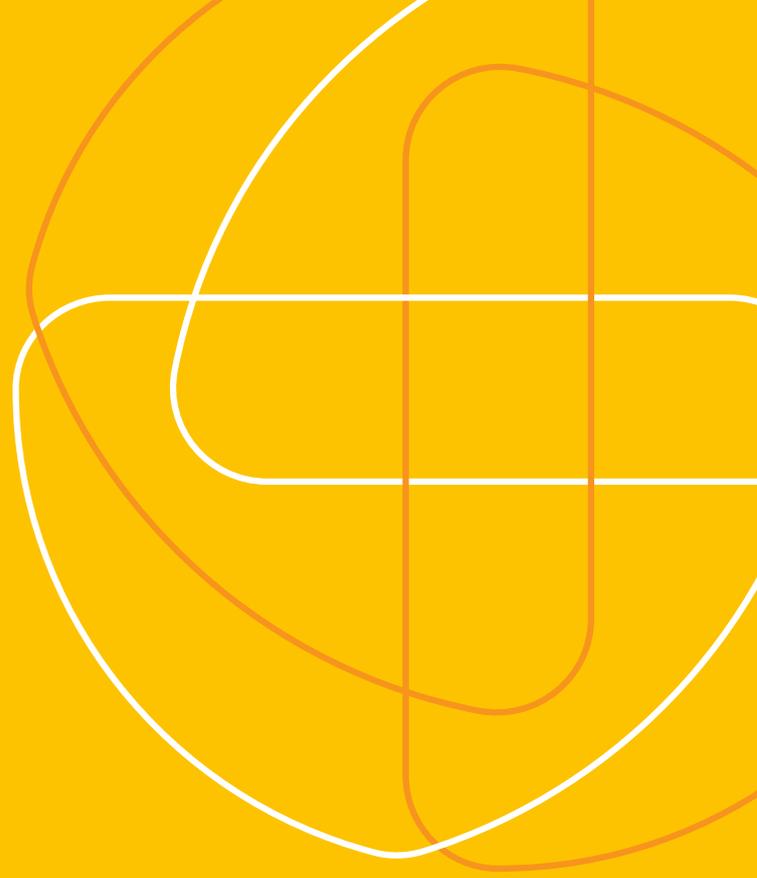
4. Redução de Danos é uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para pessoas que usam drogas.

5. Ver mais em: <https://www.na.org.br/os-12-passos/>.

6. Ver mais em: <https://www.saude.gov.br/biblioteca/7639-programa-de-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-ao-louco-infrator-paili>.

no Estado de Goiás. O PAILI foi criado a partir de uma parceria que envolve as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, Ministério Público Estadual, Tribunal de Justiça do Estado e as secretarias municipais daquelas cidades que aderiram à proposta do Programa. São realizadas avaliação jurídica, clínica e psicossocial, acompanhando o caso, e realizando a mediação entre o processo jurídico, a saúde e a sociedade até a cessação de sua relação com a justiça, visando à não reincidência do ato infracional e sua inserção social.

A articulação feita para implementar o PAILI é um exemplo de boa prática da intersetorialidade, feita de forma responsável e eficiente, chegando a ser ganhador do Prêmio Innovare, na categoria Ministério Público, em 2009. Na ocasião, comitivas de todas as regiões do país foram a Goiânia para conhecer de perto essa prática que permitiu a erradicação do chamado “manicômio judiciário”. Referendado pelo CNJ e pelo então Poder Executivo como modelo para os demais estados brasileiros, o PAILI também foi designado junto ao Conselho de Direitos Humanos da ONU em provocação das Defensorias Públicas do Rio de Janeiro, Pernambuco e Minas Gerais, que viram no Programa uma possibilidade real para o fechamento definitivo dos HCTP em todo o país.



Parte 2:

Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde (APS)

Os sofrimentos psíquicos afetam centenas de milhões de pessoas e, sem cuidado adequado, podem acarretar uma série de consequências. Apesar do potencial para tratar com sucesso, apenas uma pequena minoria das pessoas afetadas recebe até mesmo o tratamento mais básico (OMS, 2008). Demandas em saúde mental são muito comuns na APS. Uma investigação conduzida pela OMS na década de 1990 confirmou uma alta prevalência dos chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC) no nível primário (Martini, 2020) – quadros diferentes dos comumente atendidos em ambulatórios especializados.

De acordo com Eric Cassell (1982), cujo conceito de saúde mental se refere à capacidade de manter a unidade do que somos a despeito de “todos sermos assembleias de nós mesmos”, o objeto da APS seria o sofrimento das pessoas, e não a doença, cabendo à APS a interação com os processos de vida. Nesse sentido, as ações de governo devem ser direcionadas para mudar o paradigma de saúde mental na APS.

Uma visão de saúde integral

Para Correia, Barros e Colvero (2011), as ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Primária não apresentam uniformidade em sua execução e dependem da ação dos profissionais ou da decisão política de gestores: os autores indicam que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral e, portanto, há necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais. A melhor estratégia para se conseguir êxito na assistência à pessoa com transtorno mental no Programa Saúde da Família foi o investimento na qualificação dos profissionais através de educação e capacitação permanente nesta área (Correia, Barros e Colvero, 2011). Além da capacitação e qualificação dos profissionais, é fundamental que essa formação seja acompanhada de uma supervisão contínua.

A saúde mental não está dissociada da saúde geral. É necessário, portanto, reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da APS, que tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente delimitado e conhecido, que possibilita conhecer a história, os vínculos e o contexto de vida dos usuários. O cuidado em saúde mental na Atenção Primária é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (Ministério da Saúde, 2013).

Contudo, a existência da APS não substitui os serviços de atenção secundária ou terciária; pelo contrário, entende-se que deve haver uma boa articulação entre todas as instâncias da rede a fim de efetivar o cuidado integral (Martini, 2020). Assim, a saúde mental deve ser organizada segundo um modelo de rede de cuidados, do qual o CAPS não é o único dispositivo, somando-se a eles, entre outros, a APS (Wenceslau e Ortega, 2015). Chamamos atenção para o fato de que há o reconhecimento do papel fundamental da APS na atenção à saúde mental, porém, não ficam estabelecidos os limites das competências da atenção básica e dos CAPS de forma complementar, caracterizando, portanto, uma dupla porta de entrada no sistema para este perfil de demanda.

Uma alta proporção de usuários é tratada em serviços especializados, incluindo casos leves. Há uma capacidade limitada dos profissionais da atenção primária para identificar e tratar problemas de saúde mental, com algumas melhorias em relação aos cuidados colaborativos nos anos mais recentes. Há também alguma evidência quanto à relação entre a falta de integração de serviços de emergência, hospitalares e comunitários e a continuidade frágil dos cuidados (Amaral et al., 2018).

Os caminhos para o cuidado são ações e estratégias empregadas por indivíduos a fim de obter ajuda para a angústia relacionada à saúde e os processos relacionados aos prestadores de cuidados. O desempenho da APS e a regulamentação de demandas agudas, especialmente a gestão de crises, são os aspectos mais críticos nos caminhos para o cuidado em saúde mental. Para

Wenceslau e Ortega (2015), embora o desempenho da APS pareça estar melhorando, a provisão equilibrada e a integração entre os serviços de atenção aguda adequada e de longo prazo ainda não foi alcançada.

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família

Os Núcleos de Ampliados de Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. Os NASF são constituídos por equipes interdisciplinares, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF). A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (Ministério da Saúde, 2013b).

Desde 2008, foram incorporados profissionais de Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família, através dos NASFs. Em 2018, 4.228 municípios (76% do total) tinham implantado pelo menos um NASF. Em 2018, existia um total de 5.515 NASFs, conforme distribuição no Quadro 3.

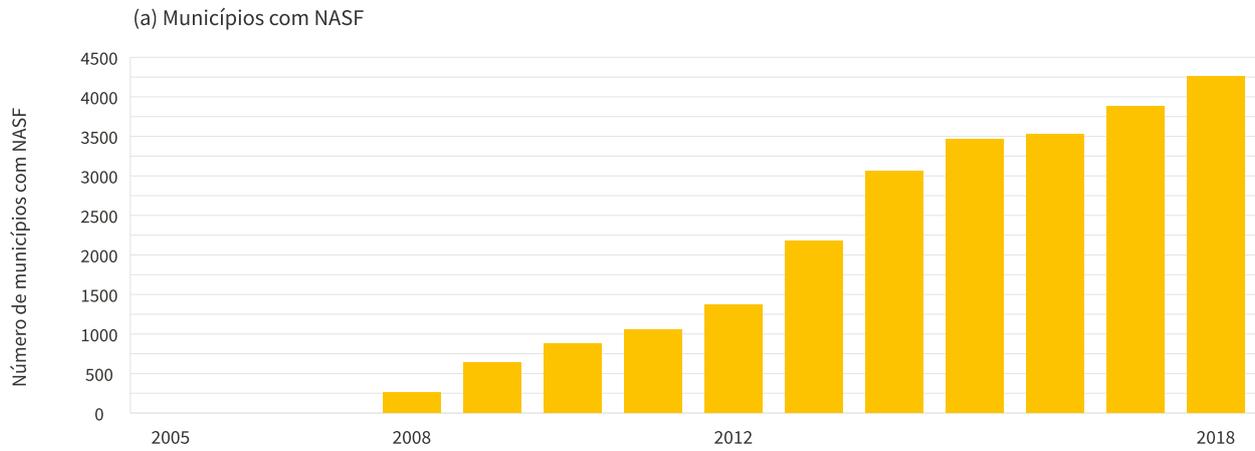
Quadro 3 - Cobertura de NASFs por tipo (2018)

Tipo de NASF	Quantidade	Definição
NASF-1	3.275	Adotados por municípios com 5 ou mais equipe de Saúde da Família (eSF)
NASF-2	1.009	Adotados em municípios com 3 ou 4 eSF
NASF-3	1.231	Adotados em municípios com 1 ou 2 eSF
Total	5.515	--

Fonte: IEPS e Instituto Cactus (2022).

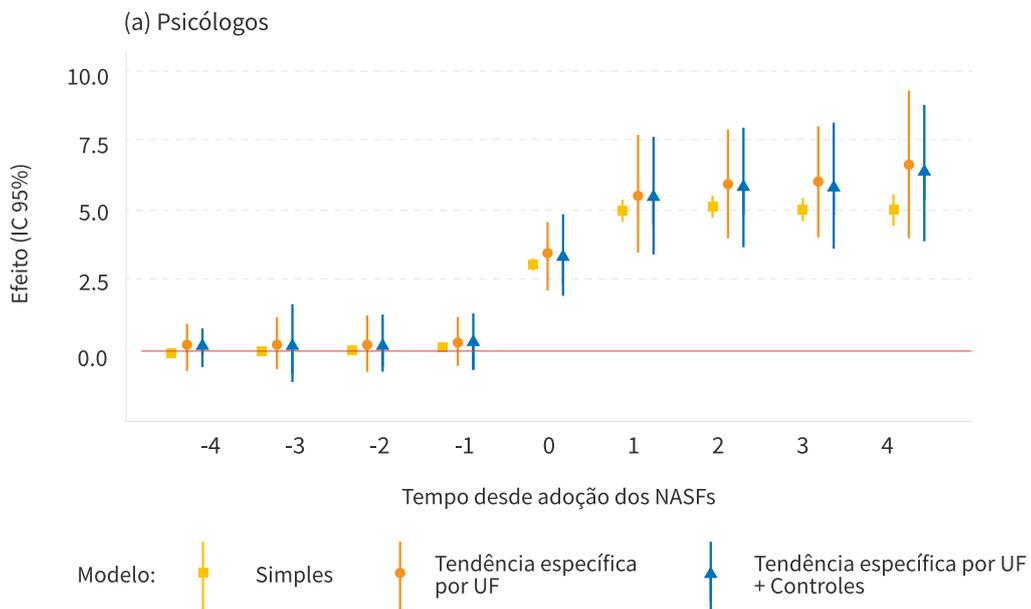
A partir de incentivos financeiros oriundos do governo federal, o programa se expandiu de forma mais acelerada desde 2012, quando foi habilitada a possibilidade de adotá-lo em todos os municípios com pelo menos uma equipe de Saúde da Família. Considerando o período de até quatro anos após a adoção do programa, verificou-se que, na média, os NASFs aumentaram a oferta de psicólogos em 5,4 profissionais a cada 100.000 habitantes (75,8% em relação à quantidade média antes da criação do programa), e a de terapeutas ocupacionais em 0,6 profissionais a cada 100.000 habitantes (um aumento de 87,1% em relação à quantidade média existente antes do programa). No caso dos psiquiatras, a oferta aumentou comparativamente menos – 0,3 a cada 100.000 residentes (33% em relação à quantidade média antes da criação do programa) (IEPS, 2021).

Gráfico 2 - Evolução da cobertura de NASF por município (2005-2018)



Fonte: IEPS (2021).

Gráfico 3 - Impacto dos NASF sobre a oferta de psicólogos (2005-2018)



Fonte: IEPS (2021).

De acordo com Martini (2020), dispositivos como o matriciamento¹¹ das equipes de Saúde da Família por núcleos de referência mostraram-se fundamentais para a promoção de uma assistência qualificada, potencializando a responsabilização das equipes pelos casos, contribuindo para a desfragmentação entre as unidades da rede e para a continuidade da adesão dos usuários ao tratamento, prezando pela autonomia destes e pelo cuidado em liberdade. Contudo, outros autores (Mrejen e Rocha, 2021) identificaram uma dificuldade de contratar profissionais mais qualificados nos NASF, além de não encontrar nenhum efeito significativo em desfechos de saúde mais severos. De toda forma, a estratégia do apoio matricial vem sofrendo desinvestimentos como o corte da base de incentivo federal aos NASF, ainda em 2017.

Já em 2020, o governo brasileiro deixou de incentivar novas equipes multiprofissionais que ampliam e qualificam o atendimento da Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2020b). O desfecho era previsto desde o fim de 2019, com a instituição do novo modelo de financiamento da Atenção Primária. O Programa Previne Brasil esvaziou a base de incentivo federal, revogando as normas, parâmetros e custeio dos núcleos. A partir da publicação da nota, foi reforçado o papel dos secretários municipais e estaduais de saúde de custear a implantação ou não de um NASF, quais profissionais entram ou não em uma equipe multiprofissional e sua carga horária mínima (Mathias, 2020).

Oportunidades e Desafios na APS

Olhar a saúde mental da perspectiva da APS pode ser muito benéfico, uma vez que cuidar da saúde mental é também produzir saúde e há uma indissociação entre corpo e mente. Estudos mostram que 1 a cada 4 pessoas que procuram a APS tem algum transtorno mental, ao passo que se levarmos em conta também os casos subclínicos, este número vai para 1 a cada 2 pessoas (Ministério da Saúde, 2013c).

Além disso, pessoas com doenças crônicas, que são um dos focos prioritários da APS, têm taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral, e as pessoas com transtornos mentais têm maiores taxas de morbidade do que a população no geral. Essas pessoas estão muitas vezes na APS, e um olhar integral para a saúde, incluindo a saúde mental, é fundamental para o melhor acolhimento destes casos e diminuir a cronificação.

Do ponto de vista da saúde mental, há um desafio persistente de se ampliar o acesso ao cuidado e a APS é uma das formas de se fazer isso, uma vez que é a porta de entrada para o sistema, além de ser custo-efetiva, uma vez que há evidências de que, em condições ideais, resolve 85% dos problemas de saúde¹.

O estigma é ainda mais persistente quando se trata de buscar cuidado nos equipamentos especializados de saúde mental, o que é reduzido quando as demandas são acolhidas e cuidadas na própria APS, contribuindo para o acesso e cuidado da população.

1. Ver mais em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude>.

11. Matriciamento, ou apoio matricial, é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Ver mais em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

Há desafios relevantes de garantir o cuidado de saúde mental na APS de forma efetiva, uma vez que é fundamental que este seja feito de forma complementar e articulada aos serviços especializados, respeitando os papéis de cada ponto de cuidado, através de uma estrutura de matriciamento efetiva e que permita trocas construtivas levando em conta os diferentes pontos de cuidado no sistema de saúde.

No entanto, em um país de dimensões continentais como o Brasil, em que há diferenças relevantes entre o porte de municípios e as redes de saúde, é desafiador pensar em uma política nacional que estabeleça diretrizes generalizáveis e aplicáveis a todos estes contextos de forma sensível às especificidades de cada local.

Além disso, muitas vezes persiste a “cultura dos especialistas”, em que há uma dificuldade de diálogo entre o especialista da RAPS e o generalista da APS, sem que haja uma hierarquização de saberes, mas trocas produtivas, tendo como cerne e prioridade o manejo do sofrimento humano.

É necessário também superar os desafios do estigma que a própria APS carrega no que diz respeito às condições de saúde mental, somada à, muitas vezes presente, imperatividade dos aspectos físicos sobre os mentais nas abordagens clínicas, levando a um subdimensionamento dos aspectos psíquicos. É preciso também superar a lógica ambulatorial do cuidado e ter um olhar mais integrado e multidisciplinar para o cuidado da saúde mental, sem que haja uma fragmentação do cuidado.

Por fim, a articulação efetiva entre os diversos profissionais da rede é dificultada em um contexto de sobrecarga de trabalho, rotatividade de funcionários e precarização do trabalho.



Parte 3:

Recursos Humanos, Infraestrutura e Financiamento

Nesta parte, buscamos descrever o atual panorama de infraestrutura e recursos humanos, caracterizando alguns dos serviços disponíveis, profissionais que estão na porta de entrada e destacamos as desigualdades no acesso. Trazemos também informações acerca do financiamento da RAPS, a falta de isonomia de investimento entre seus componentes e identificamos, como boa prática de gestão, o cofinanciamento estadual da RAPS.

Quem está na porta de entrada dos serviços de saúde mental

Segundo o Plano de Ação para a Saúde Mental adotado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) entre 2012 e 2013, a falta de treinamento dos profissionais é um dos principais desafios a serem enfrentados na área. Mas, quando falamos de saúde mental, não se trata apenas de capacitar psicólogos e psiquiatras, categorias profissionais comumente associadas a ela: precisamos exercitar um olhar mais ampliado para entender quem é o “recurso humano” da saúde mental e entender o papel dos especialistas e não especialistas na formulação desse cuidado.

Uma revisão de literatura mostra que um grande desafio que se descortina para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil é a integração entre a APS e a RAPS (Athié; Fortes; Delgado, 2013). Isso significa que os recursos humanos para uma adequada provisão de cuidado em saúde mental não estão confinados a poucas categorias profissionais, mas dizem respeito a toda uma gama de profissionais que compõem o sistema de saúde.

No Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2001), realizada no ano de promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, há um capítulo inteiramente dedicado aos Recursos Humanos. Este refere a necessidade de integração entre os planos municipal, estadual e federal, de modo que “valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão”. Tal política deve contemplar a capacitação e qualificação continuadas; remuneração justa dos profissionais; planos de cargo, carreira e salários; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, visando à transformação dos processos de trabalho com a superação das formas verticalizadas de gestão; incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; supervisão clínica e institucional; avaliação de desempenho; jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como isonomia salarial entre eles. Ainda, aponta que as contratações devem ser exclusivamente através de concursos públicos, salvo em situações de emergência, onde poderão ocorrer outras formas de contratação, mas assegurando-se sempre a seleção pública (Ramminger, 2005).

Em um estudo feito com trabalhadores de um CAPS na Bahia (Gomes, Araújo e Santos, 2011), constatou-se que o contrato de trabalho predominante foi o de prestação de serviços (89,6%) e que 55,6% não estavam satisfeitos com o tipo de contrato de trabalho estabelecido, sendo que o cansaço mental foi a queixa mais referida pelos trabalhadores (48,6%). Em um outro estudo (Ramminger, 2002), que investigou a saúde mental dos trabalhadores de um hospital psiquiátrico de Niterói/RJ, o estresse foi a queixa principal entre os seus funcionários. “Este perfil, aliado às intervenções pontuais e emergenciais, que não conseguem modificar a organização do trabalho, permite que o trabalhador em saúde mental fique sem sustentação frente à forte carga emocional a que está exposto, muitas vezes com objetivos não muito claros, que oscilam entre a caridade, a salvação, o tratamento em saúde, a recuperação, a manutenção de atividades vitais e o castigo”.

Uma revisão bibliográfica (Ramminger, 2008) comprovou que a maioria dos estudos sobre a saúde do trabalhador de saúde mental destaca os desafios colocados pela proposta “cuidar sem segregar”, que exige a redefinição de seu papel como profissional, sua relação com a equipe e os usuários, bem como sua concepção de saúde mental e de cuidado. Nessa área, o trabalho é compreendido como uma atividade ao mesmo tempo singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante e que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional.

A questão do gênero merece destaque nesse debate. Todas as pesquisas visitadas apontaram para a predominância significativa das mulheres no trabalho em Saúde Mental, culminando no caso do Ceará, onde 72,8% dos trabalhadores dos CAPS são mulheres (Godoy et al., 2007). A pesquisa de Rebouças, Legay e Abelha (2007) destaca que esse segmento concentrou o menor nível de satisfação com o trabalho e o maior impacto sobre a saúde, interpretado pelas autoras como consequência da ‘dupla jornada’ feminina. No estudo de validação de construto, foi constatada a relação negativa entre os escores de satisfação e sobrecarga, bem como os níveis mais baixos de satisfação e mais elevados de sobrecarga entre os trabalhadores com indicativo de estresse (Bandeira, Ishara e Zuardi, 2007).

De acordo com Rachel Passos (2017), o novo modelo de cuidado expresso na Atenção Psicossocial vem apresentando novas demandas de atividades e atribuições ao campo, possibilitando a inserção de trabalhadoras que não possuem qualquer formação específica para operacionalizar o cuidado em saúde mental. Essas atividades possibilitam a inserção massiva das mulheres que estão subalternizadas na pirâmide social: as mulheres e negras pobres sem formação que estão, principalmente, nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e em especial, na ocupação de cuidadoras.

As demais pesquisas confirmam que quanto maior o grau de sobrecarga dos profissionais, menor o seu nível de satisfação no trabalho, assim como a relação inversa entre o nível de escolaridade e satisfação. Em duas pesquisas, a satisfação no trabalho esteve relacionada à atuação em projetos novos e de status diferenciado e ao contrato de trabalho precário. As pesquisadoras atribuem tal resultado ao fato de que, provavelmente, os profissionais mais jovens têm menos recursos para lidar com os problemas inerentes ao desempenho das atividades, e quando possuem escolaridade mais elevada, têm maiores expectativas em relação ao trabalho. Em relação ao impacto do trabalho, os resultados foram diferentes. Enquanto os resultados encontrados no Rio de Janeiro (Rebouças et al., 2008) não remetem à associação significativa com a escolaridade, pesquisadores apontam a relação direta entre a baixa escolaridade e o impacto menor do trabalho na vida dos profissionais (Godoy et al., 2007).

Dessa forma, pontuam-se três questões principais no tema de recursos humanos em saúde mental: (i) a necessidade de cuidar do profissional da saúde de forma ampla, através de condições de trabalho adequadas e do cuidado com a saúde mental deste trabalhador; (ii) a proposta de incor-

porar uma visão ampla acerca de quem é responsável pela saúde mental no sistema de saúde, que deve abranger não só os especialistas de saúde mental, mas também os não especialistas, especialmente em se tratando da APS e de casos menos agudos de sofrimento; e (iii) a necessidade de se formar, capacitar e supervisionar todos os profissionais de saúde para que incorporem um olhar integral de saúde, que integre a saúde mental, em todas as etapas do cuidado.

Estruturas e equipamentos

Através de mapeamento realizado pelo IEPS e pelo Instituto Cactus (2022) que caracteriza e quantifica as políticas e programas de saúde mental em andamento pelo Poder Executivo, foi possível verificar o atual status da estrutura da RAPS e resumir no Quadro 4.

Quadro 4 - Cobertura da RAPS (2015-2022)

EQUIPAMENTO	2015	2022 (jan)	Evolução em 7 anos	Evolução em 7 anos (%)
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.209	2.795	+586	26,5%
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	610	801	+191	31,3%
Unidades de Atendimento (UA)	34	69	+35	102,9%
Leitos em Hospital Geral	888	1.894	+1.006	113,3%
Leitos em Hospital Psiquiátrico	25.988	13.877	-12.111	-46,6%
Equipes de Consultório na Rua	111	144	+33	29,7%

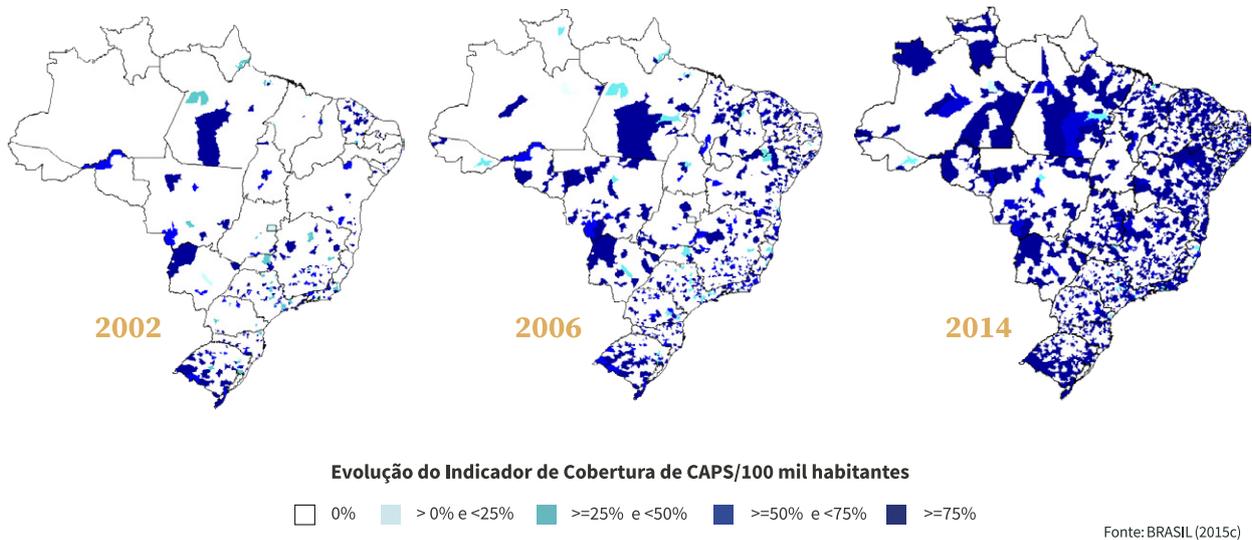
Fonte: IEPS e Instituto Cactus (2022).

• CAPS

Dentre esses equipamentos, cabe destacar os CAPS, pois são os responsáveis por ordenar o cuidado no território e desempenham um papel protagonista na implementação da Reforma Psiquiátrica. A partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, houve grande expansão desse tipo de serviço pelo território brasileiro. Em 2002, haviam 424 CAPS implantados no país, chegando a cerca de 2.669 ao final de 2019, com um tímido crescimento entre 2019 e 2022, totalizando 2.795 CAPS em janeiro de 2022.

Figura 2 - Expansão dos CAPS pelo país

A partir da promulgação da Lei 10.216/2001 houve grande expansão de CAPS pelo território brasileiro. Em 2002, havia 424 CAPS implantados no país, chegando a cerca de 2.669 ao final de 2019 (BRASIL, 2020b). Os mapas ilustram o processo de interiorização dos CAPS no Brasil entre 2002 e 2014.



Fonte: Instituto Cactus e Instituto Veredas (2021).

Na principal avaliação quantitativa já feita sobre o impacto dos CAPS como serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, Dias e Fontes (2020) concluíram que eles foram eficazes na redução das internações por transtornos mentais. Assim, os autores constataram que a Reforma Psiquiátrica atingiu seu objetivo principal de substituição dos serviços, mas os efeitos se concentraram em internações de longa permanência e pacientes com esquizofrenia.

• Hospitais Psiquiátricos

Um dos pontos de cuidado da rede, os hospitais psiquiátricos foram alvo de inspeção do Poder Judiciário e do Controle Social em 2018. De acordo com o relatório (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018), pelo menos 1.185 pessoas estavam internadas em condição de longa permanência nessas instituições, das quais 52% foram inauguradas durante a ditadura militar, e 45% apresentava falta ou compartilhamento de insumos básicos de higiene, banheiros, além de falta de porta e banho frio. Além disso, em 40% dos casos essas pessoas sofriam restrição de acesso aos ambientes de convivência e lazer, além de ficarem muitas vezes isoladas de seus familiares. A violação do livre acesso ao contato com familiares durante a internação foi verificada em 87% das situações.

O último Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria foi realizado no biênio 2012/2014 (IEPS e Instituto Cactus, 2021). O PNASH é uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários.

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP)¹², em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), inspecionou os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) – que propõem tratar pessoas com algum transtorno mental que cometeram um ato ilícito. Na época, havia 2.864 pacientes/presos no Brasil, e desse total, 61% estavam recolhidos em celas comuns. Dentre os pontos mais graves levantados pela inspeção, destacou-se a falta de advogados para acompanhamento processual, escassez de psicólogos, prontuários praticamente inexistentes e resistência à concessão de liberdade, por exemplo. Em 2017, última vez que o Departamento Penitenciário Nacional contabilizou as pessoas em situação de cárcere com transtorno mental, o número chegou a 3.063 (Depen, 2017). Apesar de não fazerem parte da RAPS, os HCTPs fazem internações, enquanto hospitais, ou são considerados como alas psiquiátricas em presídios comuns.

• Reinserção Social

Outros componentes importantes da política de saúde mental são as ações de desinstitucionalização, ou de reinserção social, cujo objetivo é a garantia de direitos, a promoção da autonomia e o exercício da cidadania, por meio da progressiva inclusão social. Fazem parte dela, entre outros, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o Programa de Volta para Casa (PVC) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Em termos numéricos, o Ministério da Saúde informou que, atualmente, 6.074 pessoas moram em SRTs, distribuídas em 801 residências. O Programa de Volta para Casa (PVC), por sua vez, beneficia mais de 7 mil pessoas advindas de longas internações em Hospitais Psiquiátricos ou em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, vivendo com seus familiares ou nos serviços residenciais terapêuticos e acompanhadas pelos CAPS e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2021 havia 4.320 beneficiários do PVC, e o montante repassado aos mesmos foi de R\$ 24.003.611,07 (R\$ 412 por pessoa ao mês).

Outro importante serviço para a reinserção social são os Centros de Convivência e Cultura (CECO), cuja implementação é recomendada pelo Ministério da Saúde em municípios com população de mais de 200.000 habitantes. Entretanto, em 2006 os CECOs passaram a ser articulados

12. Ver mais em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/>.

pelo Ministério da Cultura como “uma estratégia de inclusão destes serviços no programa de Pontos de Cultura”. Atualmente, não há dispositivo normativo que garanta financiamento dos CECOs (IEPS e Instituto Cactus, 2021).

As Estratégias de Reinserção Social, como iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, atualmente não constam mais no rol de programas e políticas oferecidas pelo Governo Federal para as pessoas com transtorno mental e seus familiares. Sendo parte da descontinuidade da reorientação do modelo de tratamento, voltando a centralidade à internação, essas iniciativas perderam um importante espaço de promoção da autonomia e dignidade dessas pessoas (IEPS e Instituto Cactus, 2021).

Desigualdades na cobertura de serviços

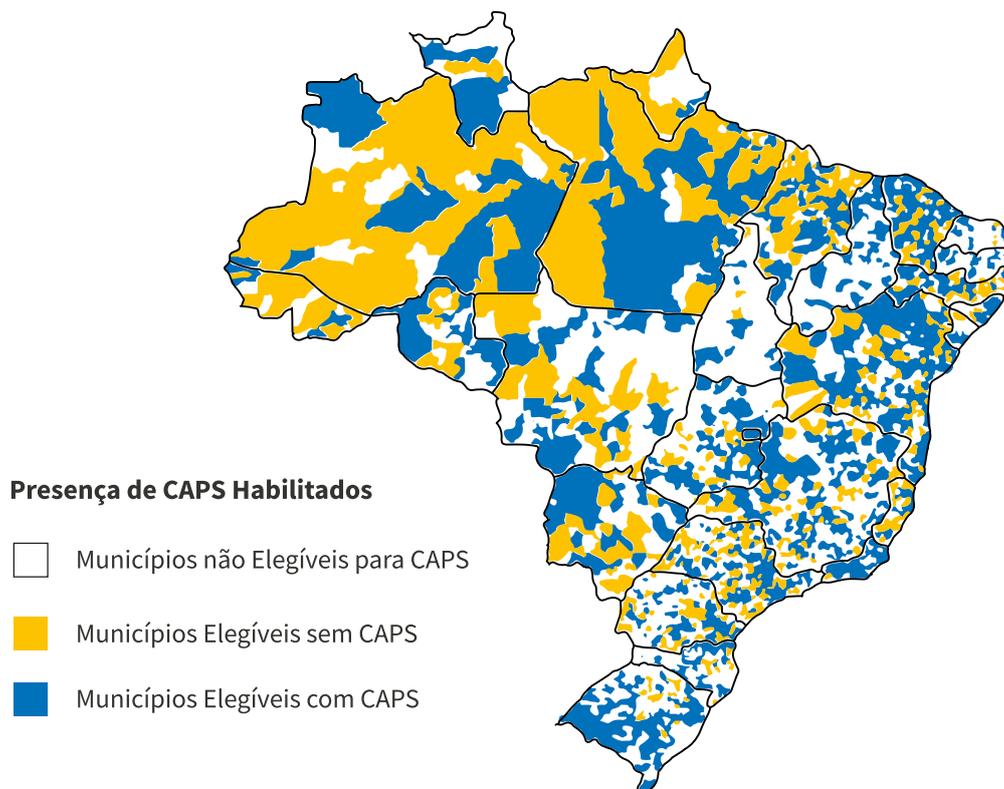
As desigualdades no acesso perpassam a distribuição de equipamentos no território e também a alocação de recursos humanos. Há uma concentração muito grande nas capitais quando comparadas a outros municípios no país: 3 a cada 10 psicólogos estão nas capitais; já entre os psiquiatras, essa proporção é de 4 a cada 10¹³. A referência para psiquiatria no Brasil é de 5,8 psiquiatras a cada 100 mil habitantes e essa distribuição é bastante desigual no território nacional.

Poucos municípios brasileiros têm acesso a serviços de saúde mental que atendam a população 24 horas por dia, possuam leitos ambulatoriais e serviços específicos para situações de crise. No entanto, tal infraestrutura é vista como fundamental para reduzir a violência cometida por pessoas com sofrimento psíquico severo tratados na comunidade. Portanto, a incorporação de formas de cuidado intensivo dentro do atendimento comunitário em saúde mental, como alguns países fizeram recentemente, pode ser uma forma de aprimorar os resultados das políticas de saúde mental.

Além disso, há uma distribuição desigual dos CAPS no território brasileiro, com muitos municípios elegíveis para a implementação dos serviços sem ter implantado nenhum serviço e deixando um vazio assistencial para a população destes territórios.

13. Veja mais em: <http://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/08/18/quem-esta-na-porta-de-entrada-dos-servicos-de-saude-mental/>.

Figura 3 - Distribuição dos CAPS por município elegível para implementação em 2014

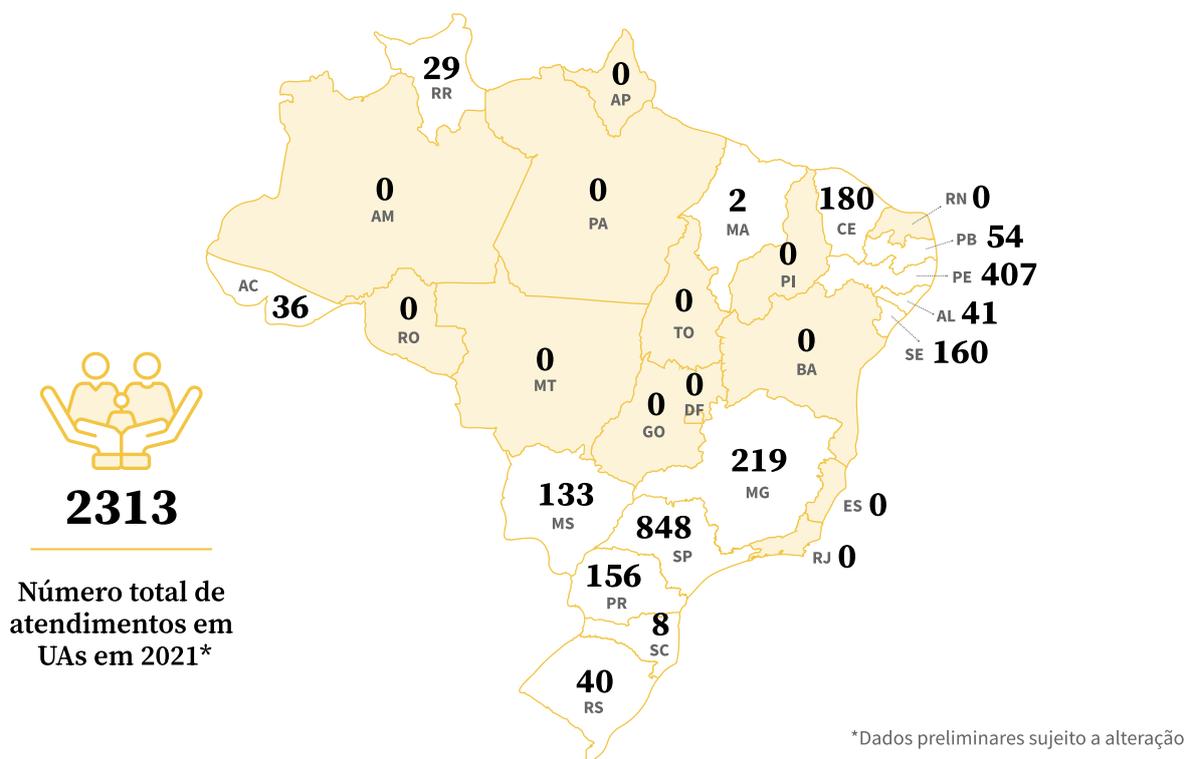


Fonte: Instituto Cactus e Instituto Veredas (2021).

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentavam os piores indicadores de cobertura, com 0,61 e 0,66 CAPS por 100 mil habitantes, respectivamente, enquanto a região Sul apresentava a melhor, com 1,07 CAPS por 100 mil habitantes. Ao analisar os municípios elegíveis para implantação de CAPS (acima de 15 mil habitantes), 62,2% (1.488 municípios) tinham pelo menos um serviço implantado, correspondendo à cobertura a uma população de 154 milhões de brasileiros.

As Unidades de Acolhimento, que têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, são um exemplo de serviço de acolhimento integral, contudo, desde 2017, foram registrados apenas 9.006 atendimentos, sendo que, em 13 unidades federativas do Brasil, não há uma unidade sequer (Figura 4).

Figura 4 - Número de atendimentos em Unidades de Acolhimento segundo Unidade Federativa de Residência



Fonte: IEPS e Instituto Cactus (2021).

Conforme citado anteriormente, no final de 2020, o governo federal sinalizou em direção à revogação de pilares importantes da Política Nacional de Saúde Mental. Alguns dos pontos em questão foram a revogação de mecanismos de fiscalização de hospitais psiquiátricos e estímulo à redução do seu tamanho, afrouxamento do controle sobre internações involuntárias, limitação das funções dos CAPS, extinção do Programa de Volta para Casa e mudanças na política de drogas. Várias entidades vinculadas à saúde pública assinalaram que essas reformas agravariam as desigualdades já existentes no acesso a cuidados à saúde mental (IEPS, 2021b).

Para contornar a desigualdade no acesso, a pesquisa AcesSUS¹⁴, que analisou o acesso a partir da APS, o funcionamento e a utilização da Atenção Especializada para transtornos mentais graves em quatro grandes cidades brasileiras – Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS) –, trouxe as seguintes recomendações para gestores e trabalhadores:

- Compartilhamento dos casos entre as equipes de APS e CAPS;
- Reorganização das possibilidades de cuidado na APS, ofertando atendimentos e visitas domiciliares, grupos terapêuticos, rodas de conversa, acompanhamento terapêutico, além das consultas individuais com especialista;

14. Veja mais em: <https://www.fcm.unicamp.br/acessus/>.

- Apoio com relação à inclusão de outras modalidades de tratamento, além do medicamentoso, incluindo acesso a trabalho, educação, lazer e atividades culturais;
- Atualização constante e cuidadosa dos prontuários, atentando-se para dados como: endereço, telefones, estado civil, cor/etnia, rede de apoio e contextos familiar, cultural, social e econômico dos usuários;
- Qualificação do acolhimento com mais sensibilidade na escuta do sofrimento psíquico (situações de luto, problemas com a renda e trabalho, dificuldades nas relações afetivas e familiares) e consideração dos efeitos colaterais dos medicamentos psiquiátricos;
- Aumento do investimento na formação continuada dos profissionais para a Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, a literatura internacional afirma que a integração à APS é uma das principais estratégias globais de ampliação do acesso à saúde mental, apontando diversas evidências que demonstram as vantagens e viabilidade deste modelo (Wenceslau e Ortega, 2015).

Desafios e oportunidades de aprimoramento

Apesar do grande número de estudos sobre Saúde Mental, há lacunas importantes se consideradas as fases de implementação, monitoramento e fiscalização das políticas públicas da área. A falta de dados disponíveis, atualizados, publicizados e de qualidade dificulta o acompanhamento de processos importantes e necessários para se avançar. Saber o recurso destinado à RAPS por equipamento; a quantidade de CAPS e Unidades de Acolhimento habilitados no país e sua evolução; o número de moradores em SRTs; e o quantitativo de internações e altas em HCTP são exemplos de informações que poderiam basear, com evidências, políticas públicas comprometidas com a ampliação do acesso ao cuidado à saúde mental.

Uma revisão (Rebello et al., 2021) apresentou estratégias que têm um grande potencial para melhorar os serviços de tratamento da saúde mental, e abordam algumas das principais barreiras globais ao acesso aos cuidados de saúde mental, tais como a escassez de recursos (humanos, infraestruturas e financiamento), preconceito e estigma. As estratégias são:

- a. Integração dos serviços de saúde mental nos cuidados primários;
- b. Expansão da capacidade humana através da partilha de tarefas e formação de não especialistas; e
- c. Utilização inovadora de plataformas tecnológicas para melhorar o acesso, reduzir custos e reduzir o estigma.

Muitas evidências apoiam a eficácia destes modelos, mas ainda são necessários estudos que testem sua eficácia em vários contextos, incluindo países de baixa e média renda. Além disso, estas inovações requerem apoio social e vontade política para serem implementadas e ampliadas com sucesso, de modo a terem um impacto significativo.

Financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Questões de saúde mental têm impacto não apenas no nível individual, mas também têm consequências negativas que afetam a sociedade como um todo: redução de mão de obra qualificada, desemprego, falta de moradia, morte prematura, comprometimento do desenvolvimento global de crianças e custos diretos para os familiares, entre outros (IEPS e Instituto Cactus, 2022).

Um dos maiores desafios a serem enfrentados, apesar dos avanços e conquistas, é a sustentação e fortalecimento da rede de serviços já implantada, em especial considerando o contexto de redução do financiamento. Menos de 2% do orçamento público e 4% do investimento privado são destinados à saúde mental anualmente. A situação é ainda pior em países de baixa e média renda, como o Brasil, em que menos de 2 dólares por pessoa são destinados à prevenção de doenças e promoção da saúde mental, comparado com um investimento de 50 dólares por pessoa em países de alta renda (OMS, 2019).

No que se refere aos recursos públicos investidos no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, dados do Ministério da Saúde (2017d) indicavam que no ano de 2002, 75,24% dos recursos federais destinados ao cuidado em saúde mental eram aplicados em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76% eram investidos na rede de atenção comunitária. Já em 2013, o montante de recursos federais investidos na rede de serviços de base territorial e comunitária saltou para 79,39%, enquanto os recursos destinados à atenção em serviços hospitalares corresponderam a 20,61%.

Cofinanciamento estadual da RAPS no Rio de Janeiro

Uma potencial alternativa para a ampliação dos investimentos na saúde mental é o cofinanciamento estadual da RAPS, conforme ilustrado abaixo a partir do caso do Rio de Janeiro.

O que é?

Em 2018 foi promulgada a Lei nº 8.154 no Estado do Rio de Janeiro, de autoria da Assembleia Legislativa. A Lei do Cofinanciamento da RAPS, ou Cofi-RAPS, como ficou conhecida, estabelece participação do ente estadual na Rede de Atenção Psicossocial, tendo como orientação as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Para seu exercício, foi aprovada lei complementar determinando que o Estado empregue 0,25% do Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais na área.

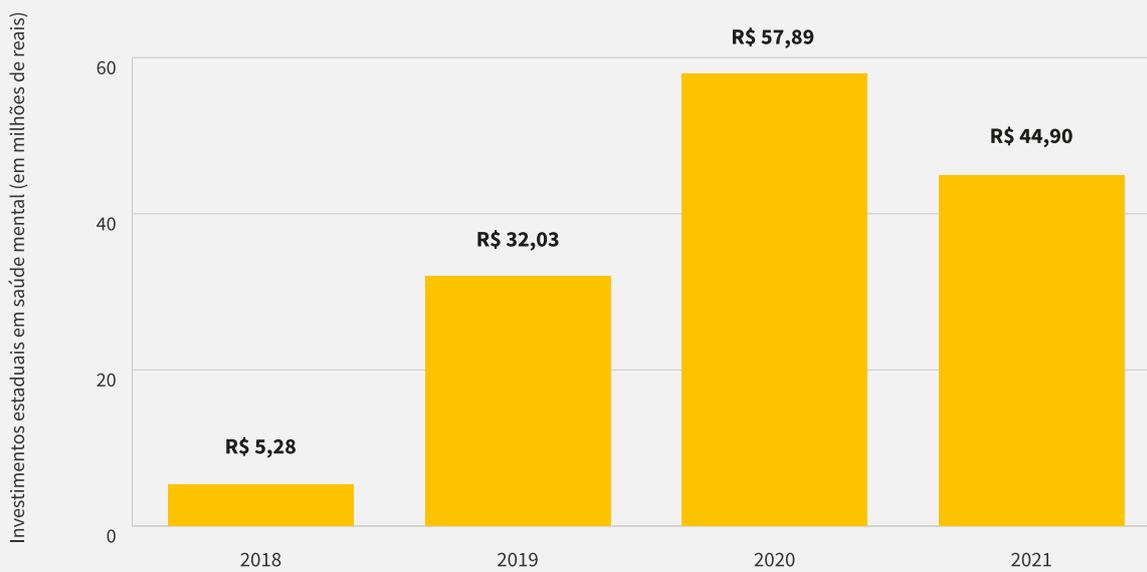
Desde a implementação, o Estado tem divulgado Resoluções anuais que regulamentam o Programa e prestado apoio técnico e financeiro aos municípios. A Coordenação de Atenção Psicossocial, área técnica da Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, cumpre o papel de indutora.

Os recursos financeiros do Cofi-RAPS são destinados ao fomento e inovação de pontos de atenção da RAPS, excetuando-se Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Assim, são quatro as modalidades de financiamento: I) Fortalecimento e inovação da RAPS; II) Qualificação dos CAPS; III) Ampliação da RAPS; e IV) Financiamento para recursos hospitalares em Hospitais Gerais.

Resultados

Em 2020, segundo ano de Cofi-RAPS, o valor repassado foi 13 vezes maior ao que era destinado antes do Programa. Apenas em 2021, foram destinados recursos para 169 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 53 hospitais gerais com 226 leitos de saúde mental e 136 CAPS.

Gráfico 4 - Aumento do investimento do estado do Rio de Janeiro em saúde mental (2018-2021)



Fonte: Rio de Janeiro (2020; 2021). Valores reais corrigidos pelo IPCA de 2021.

Em um contexto de pandemia, o repasse aos municípios foi vital para ampliar e qualificar a RAPS nos territórios. É o caso do CAPS III Casa Azul, em Mesquita, que passou a ter atendimento 24 horas. A unidade, que antes contava com 14 funcionários, agora tem 57 profissionais de saúde para atender a população do município em suas demandas relacionadas à saúde mental¹.

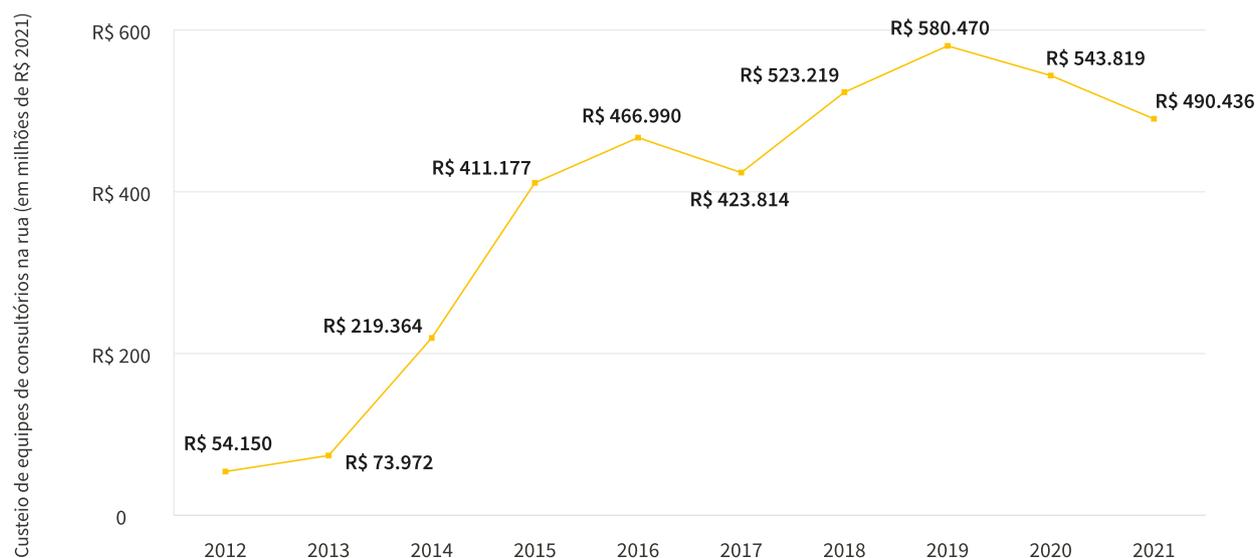
Atenção!

Um dos cuidados ao adotar esse modelo é que ele não seja substitutivo ao financiamento federal, mas complementar; ou seja, deve ser mantido o piso do financiamento por parte do Ministério da Saúde. Além disso, mais do que a quantidade de recursos disponíveis, é importante entender a alocação destes recursos, para que seja feita de forma a garantir maior acesso e qualidade no cuidado.

1. Ver mais em: <https://saude.rj.gov.br/noticias/2020/08/cofi-raps-fortalecimento-da-rede-de-atencao-psicossocial>.

Obtivemos dados através da Lei de Acesso à Informação que revelaram, por exemplo, uma estagnação dos recursos destinados para a implementação de equipes de Consultório na Rua. Entre 2012 e 2022, o valor destinado evoluiu da seguinte maneira:

Gráfico 5 - Estagnação do investimento em Equipes de Consultório na Rua (2012-2022)



Fonte: IEPS e Instituto Cactus (2022). Valores reais corrigidos pelo IPCA de 2021.

O Consultório na Rua é uma estratégia criada pela Política Nacional de Atenção Primária para ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. O serviço é composto por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde de acordo com as necessidades dessa população. Estima-se que, em 2015, 101.854 brasileiros estavam em situação de rua. Em 2020, a estimativa mais que dobrou, chegando a mais de 222.000 pessoas. Um estudo do IEPS e do Instituto Cactus (2021) mostrou que, nesse mesmo período, apenas 33 equipes do Consultório na Rua foram instaladas em todo o Brasil.

Além do baixo investimento nos Consultórios na Rua, chamamos atenção para o desinvestimento nas Unidades de Acolhimento, ao passo que as CTs, que também estão na Atenção Residencial de Caráter Transitório, chegaram a receber R\$ 300 milhões no período de 2017 a 2020. Os dados são de um estudo da Conectas e Cebrap (2022), que também revelou que, considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais, o montante final seria de R\$ 560 milhões.

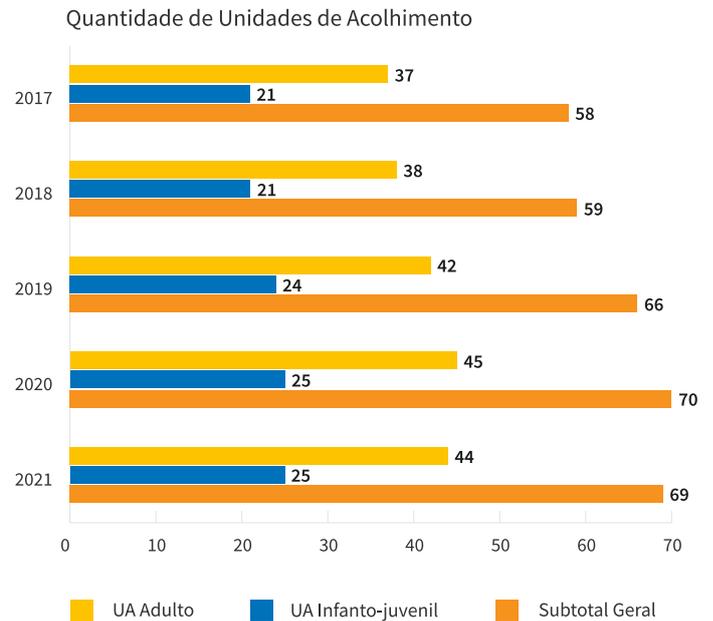
Quadro 5 - Custeio anual das Unidades de Acolhimento por tipo (2017-2021)

Custeio(R\$) Anual	UA Adulto	UA Infanto-juvenil	Subtotal Geral
2017	11.100.000	7.560.000	18.660.000
2018	11.400.000	7.560.000	18.960.000
2019	12.600.000	8.640.000	21.240.000
2020	13.500.000	9.000.000	22.500.000
2021	13.200.000	9.000.000	22.200.000

Varição Quantidade/Custeio (R\$) (2021-2017)

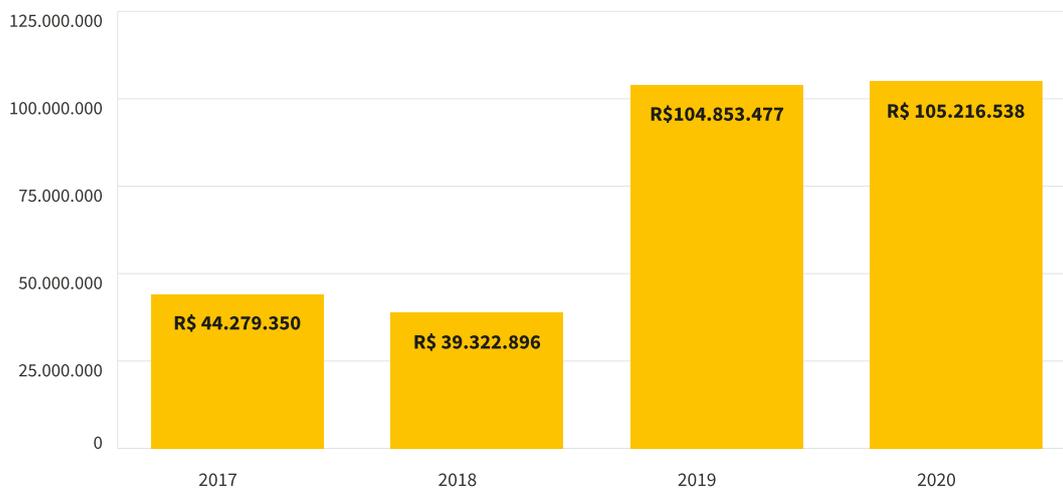


Fonte: IEPS e Instituto Cactus (2022).



Apesar da dificuldade de acesso aos dados sobre financiamento público de Comunidades Terapêuticas no Brasil, o referido estudo afirmou também que a tendência mais provável é que o investimento continue crescendo, especialmente por parte do governo federal, que faz do repasse às CTs o eixo principal de sua política de cuidado a quem faz uso problemático de drogas. Além disso, com a sanção da Lei Complementar nº 187/2021, as CTs passaram a ter o direito de buscar imunidade tributária e, assim, receber financiamento público indireto.

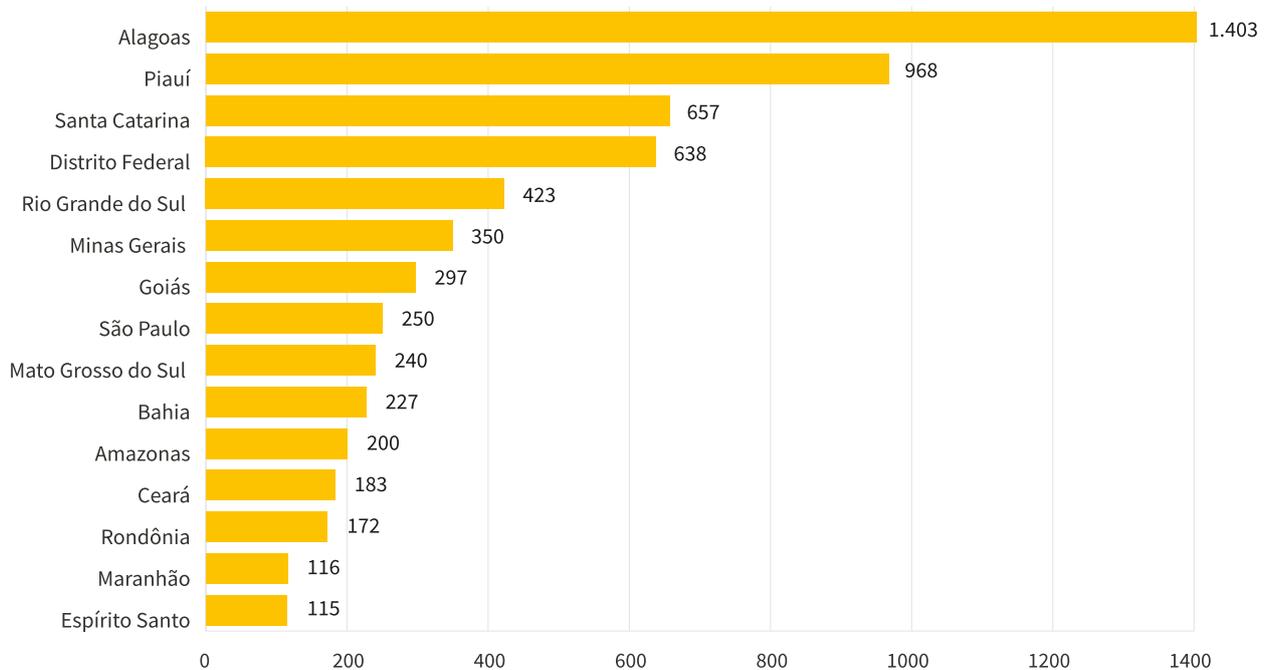
Gráfico 6 - Financiamento federal de CTs (2017-2020)



Fonte: Conectas e Cebrap (2022). Valores reais corrigidos pelo IPCA de 2020.

Há concentração de recursos públicos investidos em CTs em dois níveis: regional, com alguns estados recebendo proporcionalmente mais recursos do que outros, e entre as próprias entidades. Algumas são destinatárias de elevado percentual de recursos federais, estaduais e municipais.

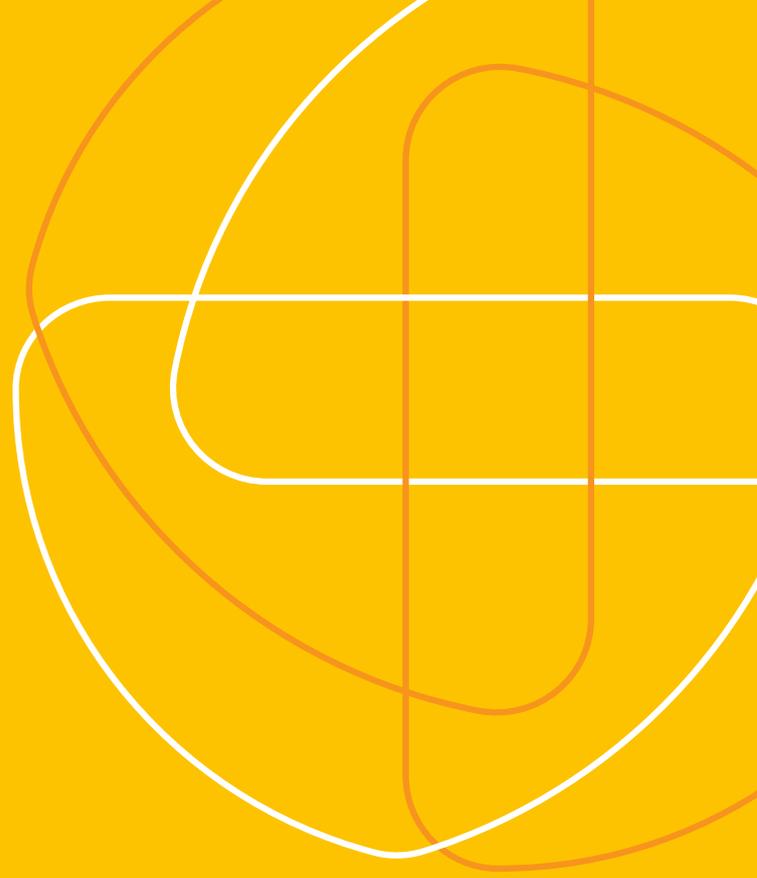
Gráfico 7 - Soma do financiamento de CTs pelos governos federal, estaduais e distrital por estado (2017-2020) (em milhares de reais correntes por 100 mil habitantes)



Fonte: Conectas e Cebrap (2022).

Financiamento em pesquisas

Na pesquisa, não é muito diferente. No período de 2002 a 2020, o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS) financiou 6.461 projetos de pesquisa em saúde, que totalizaram o investimento de R\$ 1,4 bilhão. Para o campo específico da saúde mental, no mesmo período, houve o financiamento de apenas 249 projetos, totalizando R\$ 27 milhões (Instituto Cactus e Instituto Veredas, 2021).



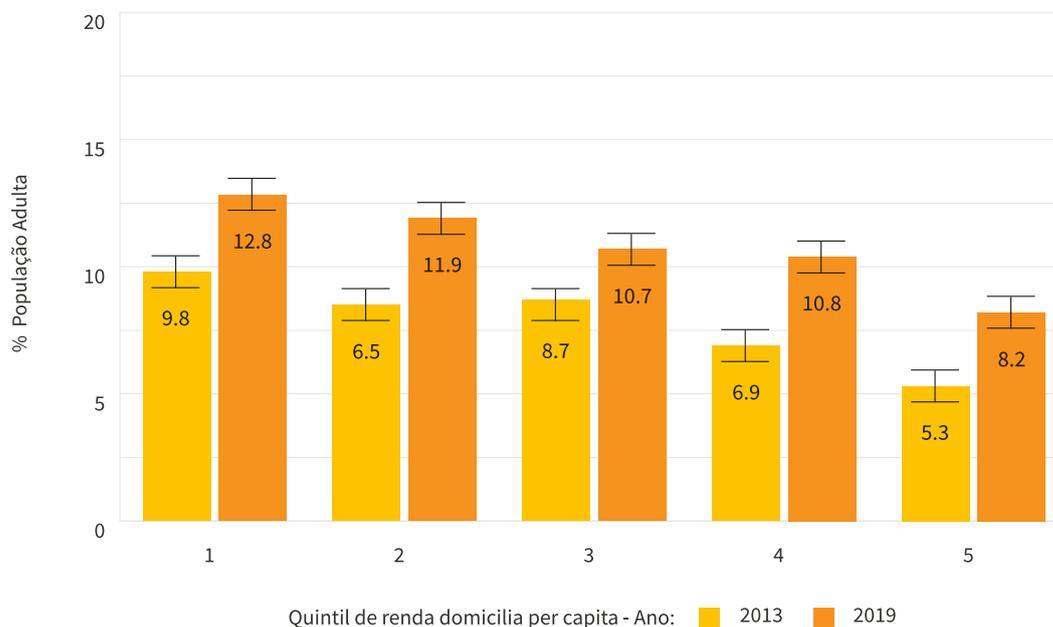
Parte 4:

Condições de vida e populações-chave

As condições de vida afetam de formas diferentes populações específicas. Nesta quarta parte, buscamos demonstrar como, no campo da saúde mental, há uma série de especificidades nos desafios enfrentados por vários grupos da população. As questões que enfrentam na vida cotidiana são diversas e os determinantes sociais que influenciam sua saúde também podem ser diferentes. Assim, sofrimentos e transtornos mentais são influenciados e produzidos por múltiplos aspectos estruturais.

Contudo, antes de entrar em evidências sobre populações específicas, é importante ressaltar um fator estrutural e determinante de desigualdade no Brasil que é o gradiente econômico. Tal condição é diretamente proporcional à prevalência de depressão na população adulta, conforme mostra o Gráfico 8.

Gráfico 8 - Prevalência de depressão na população adulta por renda domiciliar per capita (2013-2019)



Fonte: IEPS (2022b).

O acesso à renda é apenas um dos aspectos das condições de vida que afetam a saúde mental das pessoas. Raça, gênero, moradia, alimentação, meio ambiente e nível educacional também podem ser compreendidos como determinantes para o bem estar mental individual e social (Quadro 6).

Quadro 6 - Condições de vida e saúde mental

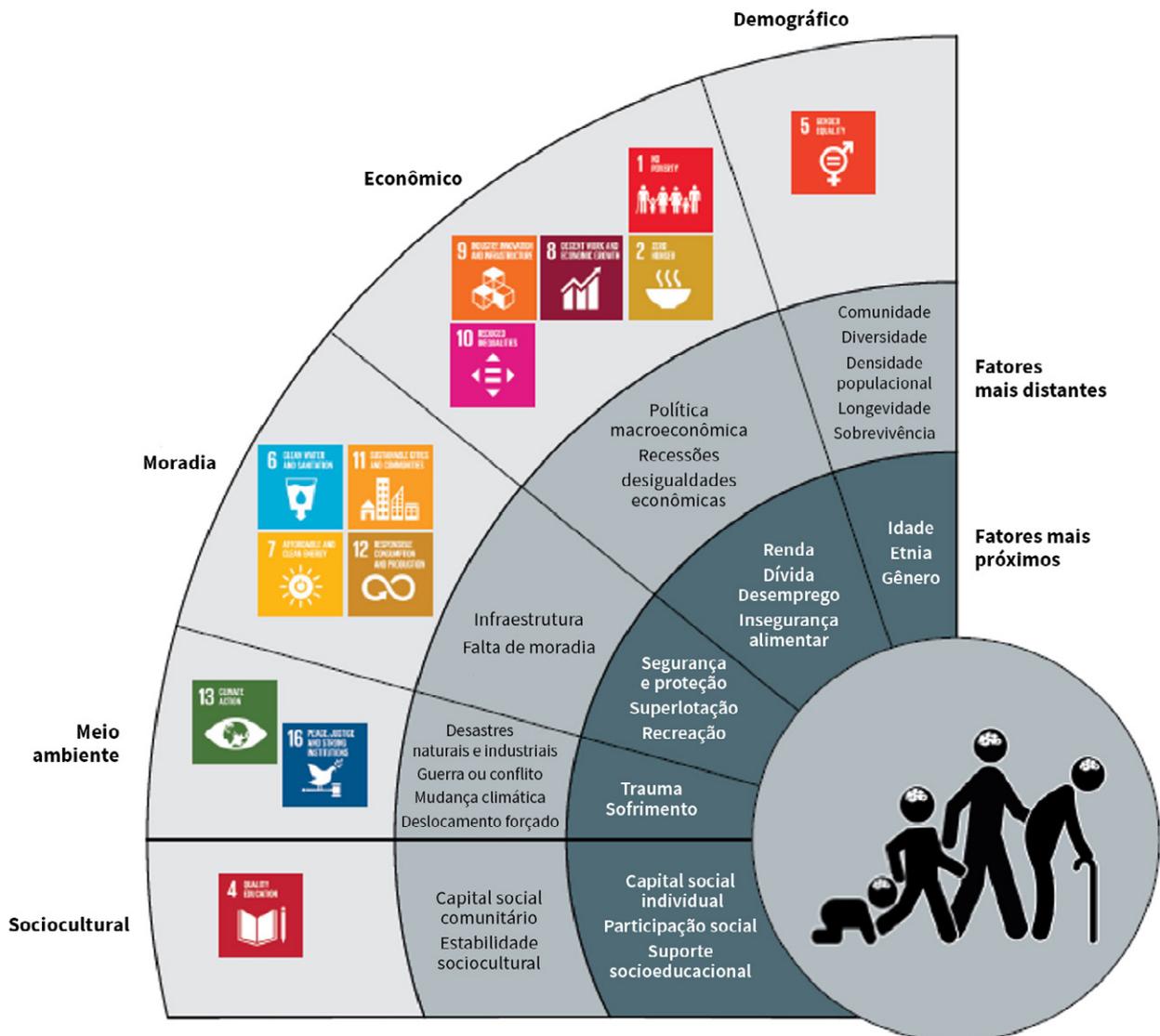
Acesso à renda	<p>Determina as condições básicas de sobrevivência, sendo também um meio para a aquisição de bens culturais e para obtenção de capital social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 35,2% da população brasileira maior de 15 anos não era economicamente ativa; Em 2017, a renda média dos trabalhadores atingia R\$ 1.543,21; Em 2019, antes da pandemia, os dados consolidados apontavam para uma porcentagem de 10,97% dos brasileiros na extrema pobreza; com o pagamento do auxílio emergencial, esse número caiu para 4,52%, mas em fevereiro de 2021, com o fim do benefício, o percentual cresceu para 12,83%; Há desigualdades importantes: o IDH Municipal de 2017 demonstrou valores mais baixos nos municípios em estados do Norte e do Nordeste, se comparados com os do Sul, Sudeste e Centro-Oeste.
Condições de moradia e alimentação	<p>Se relacionam diretamente com a prevenção e o agravamento de incapacidades psicossociais:</p> <ol style="list-style-type: none"> Apenas 55% dos brasileiros possuem tratamento de esgoto adequado; Em termos de alimentação, em 2019, a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de apenas 22,9%.

<p>Condições de vida relacionadas ao meio ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição à violência urbana generalizada representa uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao álcool, transtornos fóbicos e de ansiedade, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno depressivo maior; • Exposição à poluição; • Acesso a saneamento básico; • Exposição a alto nível de ruído; • Falta de áreas de lazer e convívio.
<p>Gênero</p>	<p>Transtornos mentais são mais prevalentes em mulheres.</p>
<p>Nível educacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos mentais são mais prevalentes nas pessoas com menor nível socioeconômico, independentemente da cidade e da faixa etária. • Transtornos mentais comuns afetam em maior proporção as pessoas analfabetas ou com baixa escolaridade e com renda familiar inferior a um salário mínimo.

Fonte: Instituto Cactus e Instituto Veredas (2021).

Por se tratar de um fenômeno mundial, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que compõem a Agenda 2030 da ONU convocam os Estados-Membros, como o Brasil, para um esforço global e coordenado dos governos, das sociedades civis, e do setor privado, em prol da construção de sociedades mais saudáveis e menos desiguais. A interrupção de ciclos negativos da pobreza, da violência, da degradação ambiental e condições de saúde mental é possível, assim como o estabelecimento de virtuosos ciclos de saúde mental, bem-estar e desenvolvimento sustentável (Lund et al., 2018).

Figura 5 - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e Saúde Mental



Fonte: Lund et al. (2018).

No Brasil, as desigualdades acirram ainda mais a forma como fatores sociais influenciam a saúde mental da população. Por isso, destacamos três estratos populacionais que são mais afetados: pessoas negras, crianças e adolescentes, e mulheres.

Negras e negros

A força e perpetuação do racismo no país é grande responsável pela prevalência de sofrimento e transtorno mental entre negros e negras. No Brasil, essa condição é reforçada pelo relação entre sistema prisional e psiquiátrico que sempre ocorreu através dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Hospitais Psiquiátricos e que, atualmente, vem sendo exercido através do incentivo às internações nas Comunidades Terapêuticas (Pereira e Passos, 2017), do financia-

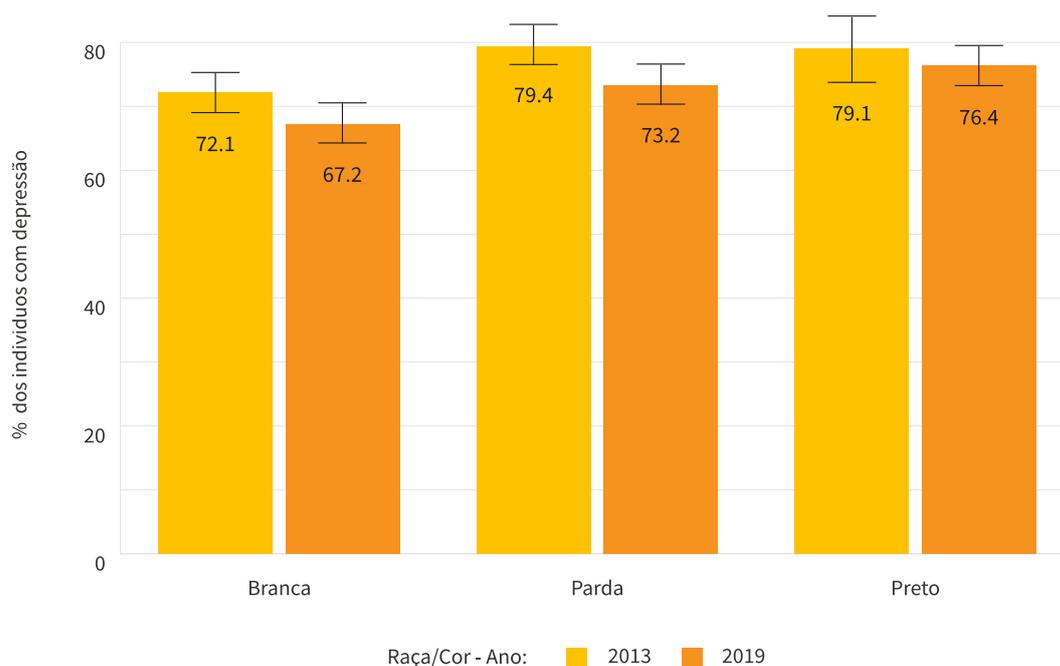
mento para a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos (Duarte, 2018) e do encarceramento em massa da população negra (Borges, 2018).

O levantamento “Pele Alvo: A cor da violência policial” (Ramos et al., 2021), da Rede de Observatórios da Segurança, referente ao ano de 2020, mostrou que 100% dos mortos pela polícia em Salvador são negros. Em 2021, a pesquisa “Viver em São Paulo: Relações Raciais” (Rede Nossa São Paulo, 2021) mostrou que, para 49% da população, a desigualdade social é o fator que mais contribui para desencadear ou agravar problemas de saúde mental na população negra. O medo constante de sofrer abuso ou violência policial, apontado por 45% dos entrevistados, e o medo constante de sofrer discriminação ou preconceito racial e não saber como lidar, citado por 42%, também são fatores que interferem na saúde mental.

A pesquisa revelou ainda que em seis dos oito locais avaliados prevalece a percepção da maioria dos entrevistados de que há diferença no tratamento de pessoas negras e pessoas brancas. Para 78% das pessoas, essa diferença de tratamento existe nos shoppings e comércios. Nas escolas e faculdades, essa percepção foi apontada por 74%; nas ruas e espaços públicos, 72%; no trabalho, 68%; e no transporte público, 64%. Para 57% das pessoas, há diferença nesse tratamento nos hospitais e postos de saúde e, no local onde moram, o percentual é de 48%.

Ainda que não existam dados suficientes sobre a saúde mental da população negra, um estudo do IEPS (2021) verificou que, entre indivíduos negros com depressão no Brasil, a lacuna de tratamento é maior do que entre indivíduos brancos com depressão.

Gráfico 9 - Prevalência de depressão (2013 – 2019)



Fonte: IEPS (2021).

Da mesma forma, uma pesquisa do Ministério da Saúde (2018) revelou que jovens negros do sexo masculino são os que têm maior risco de morrer por suicídio. A probabilidade de suicídio nesse grupo é 45% maior do que entre jovens brancos.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2007) foi instituída em 2009 e tem como marco o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Contudo, a PNSIPN não foi implementada em sua totalidade e tem sido pouco difundida para a população (Neto et al., 2015).

Crianças e adolescentes

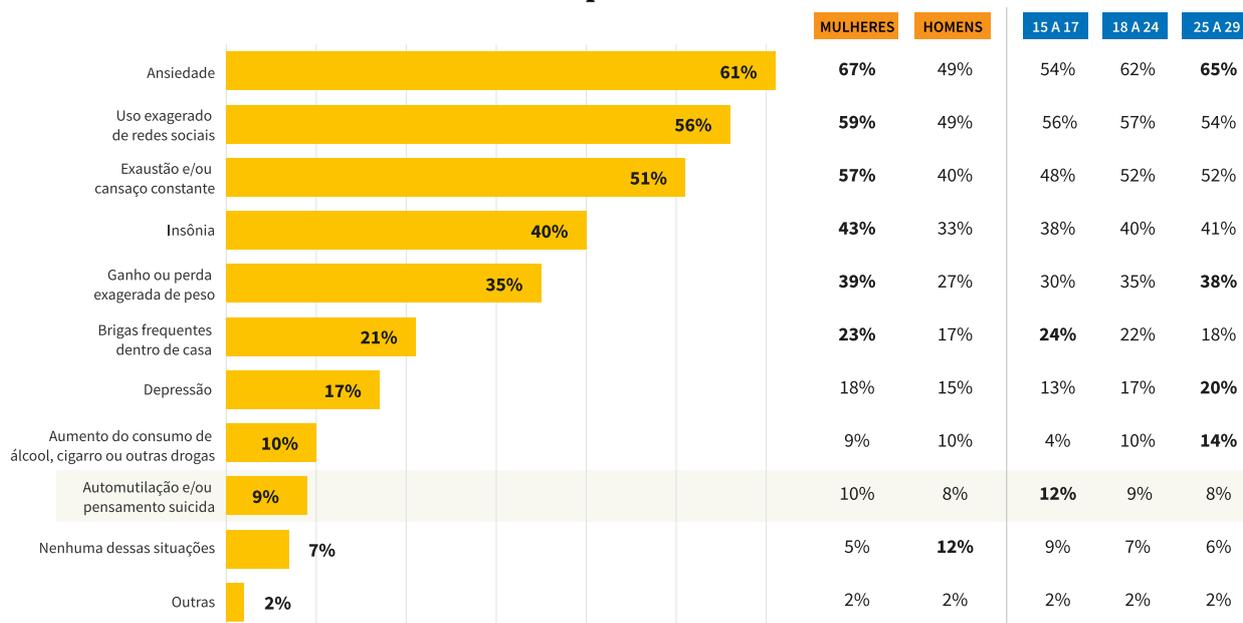
Apesar de existir uma preocupação crescente com a saúde mental das crianças, a maioria dos desafios passa despercebida e com frequência é alvo de estigma e discriminação. Em muitas situações, por conta da incompreensão existente, as crianças e adolescentes afetados por questões de saúde mental são erroneamente vistos como “não se esforçando o suficiente” ou como causadores de problemas (Instituto Cactus e Instituto Veredas, 2021).

Entre os determinantes sociais que podem prejudicar a saúde mental das crianças estão a exposição ao abuso e à negligência, a instabilidade e dinâmicas familiares abusivas, estigmas culturais, a exposição à violência, a insalubridade e condições de moradia precárias, a fome e a desnutrição e a dificuldade de acessar serviços de atenção e tratamento de saúde (Baren et al., 2008). A exposição precoce e repetida a adversidades também pode levar a problemas emocionais, comprometer a memória de trabalho, diminuir a flexibilidade cognitiva e o autocontrole, o que pode gerar efeitos negativos no aprendizado e na prontidão escolar (Goldman et al., 2013). As crianças que enfrentam esses estressores também podem entrar na pré-escola com níveis mais baixos de desenvolvimento da linguagem, além de taxas mais altas de dificuldades emocionais relacionadas ao medo e à ansiedade e prejuízos na função executiva e autorregulação, por exemplo (Jones et al., 2009).

A recente experiência da pandemia de Covid-19 acentuou ainda mais a urgência de se olhar para esse público. Segundo dados do Atlas das Juventudes¹⁵, em 2020, a tendência a sentimentos negativos marcou a questão de saúde mental como tema prioritário entre jovens. Mais de um ano após o início da pandemia, 6 a cada 10 jovens relatam ansiedade e uso exagerado de redes sociais; 5 a cada 10 sentem exaustão ou cansaço constante; e 4 a cada 10 têm insônia ou tiveram distúrbios de peso. Todas essas situações são ainda mais relatadas entre mulheres (Atlas das Juventudes, 2021).

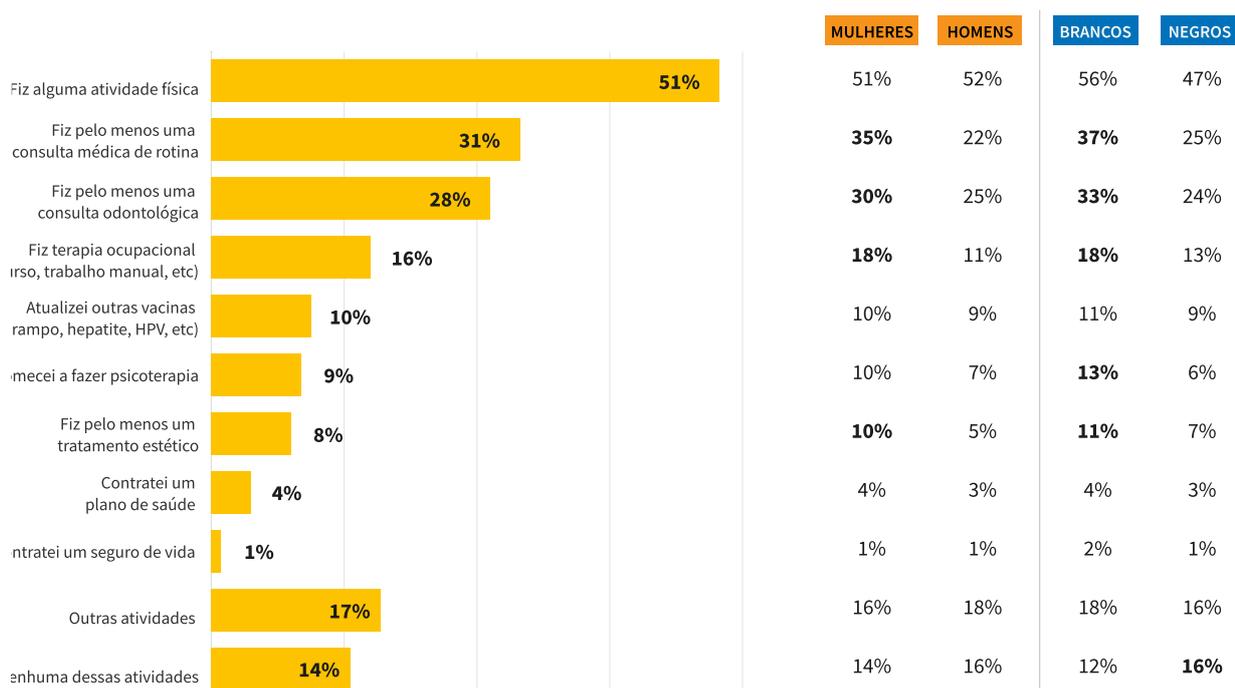
15. Ver mais em: <https://atlasdasjuventudes.com.br/wp-content/uploads/2021/11/ATLAS-DAS-JUVENTUDES-2021-COMPLETO.pdf>.

Figura 6 - Condições de saúde física e emocional sentidas como resultado direto ou indireto da pandemia



No entanto, o Atlas das Juventudes (2021) reporta que há uma grande e persistente lacuna de cuidado entre os jovens. Os dados revelam que 7 a cada 10 jovens não fizeram consultas médicas ou odontológicas e 9 a cada 10 não fizeram psicoterapia, reforçando a necessidade de políticas que estimulem e facilitem o acesso a essas atividades de autocuidado. Mulheres, ao mesmo tempo que mais expõem sentir efeitos da pandemia, também realizaram mais atividades para autocuidado do que os homens, principalmente consultas, terapias e procedimentos estéticos. Jovens que se declaram negros (pretos ou pardos) dizem com maior frequência não ter feito nenhuma dessas práticas.

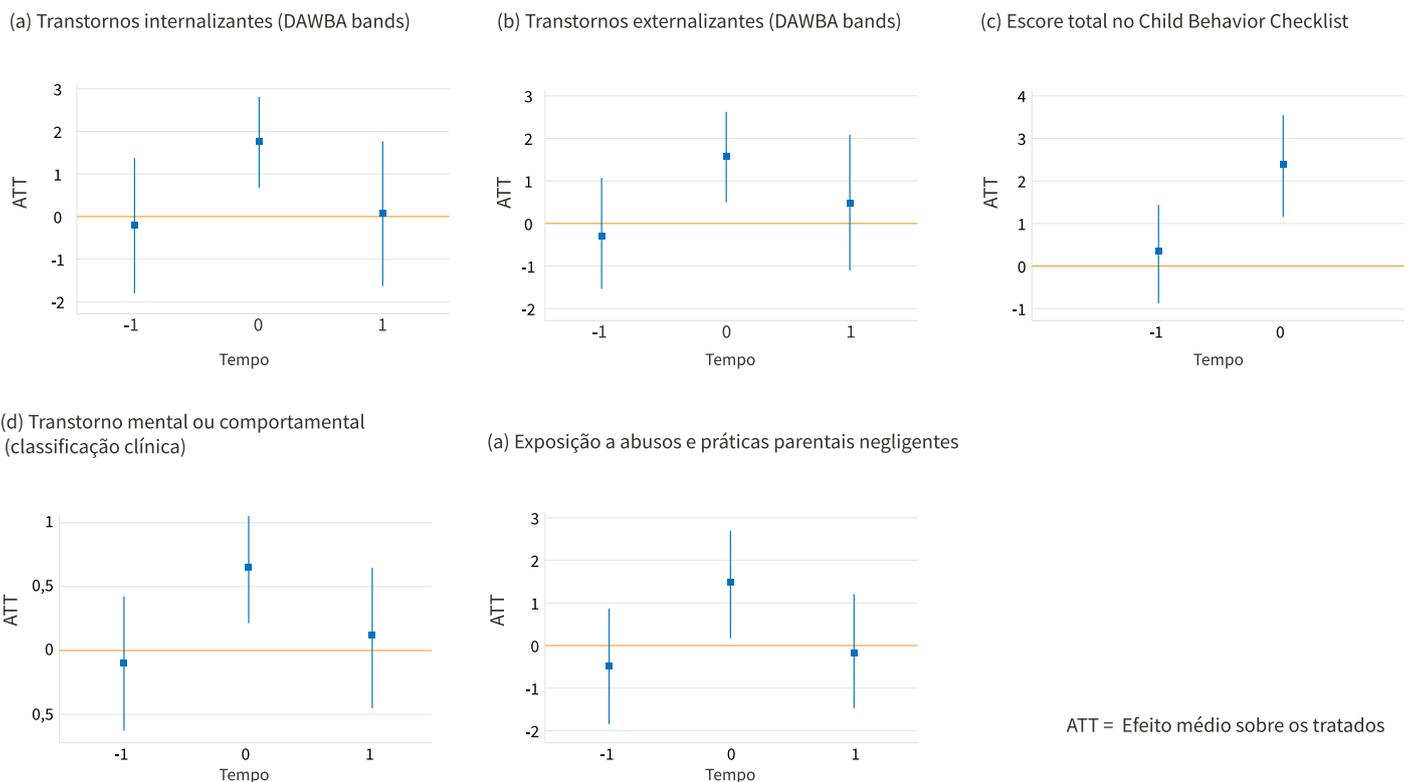
Figura 7 - Atividades realizadas para cuidar da saúde



Fonte figura 6 e 7: Atlas das Juventudes (2021).

Além disso, a pandemia de Covid-19 trouxe consigo impactos socioeconômicos que também afetam a saúde mental de crianças e adolescentes. Um deles é o aumento do desemprego. Conforme aponta um estudo de pesquisadores do IEPS (2022), as perdas de emprego dos pais têm impacto negativo sobre a saúde mental das crianças, e considera a maior exposição a abusos e práticas parentais negligentes, consequente do maior tempo em casa, como um possível mecanismo de transmissão (IEPS, 2022).

Gráfico 10 - Efeitos da perda de emprego dos pais na saúde mental das crianças em tratamento



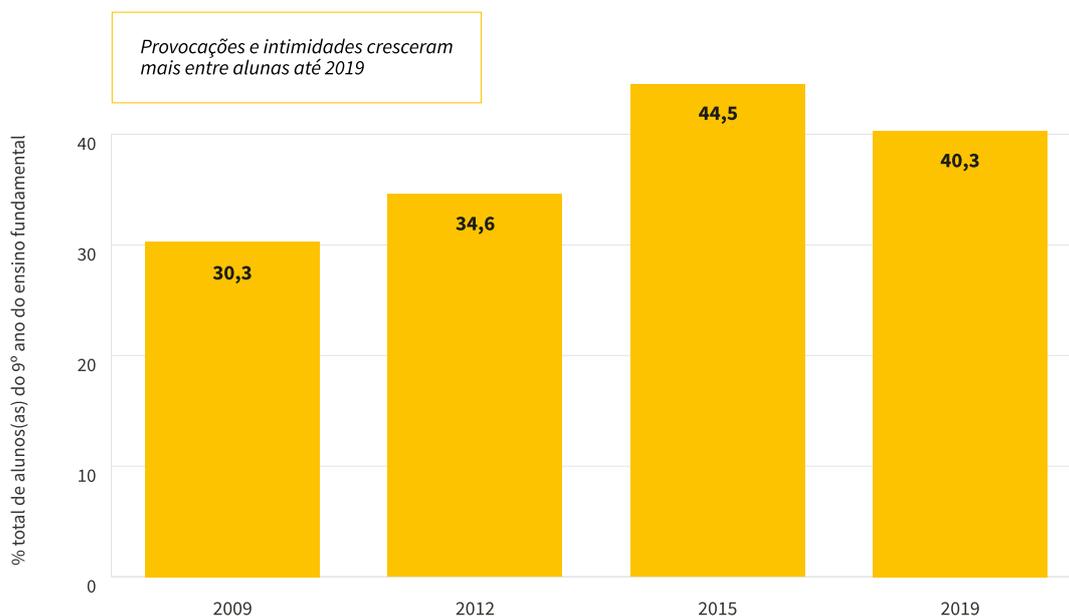
Fonte: IEPS (2022).

Com o retorno às aulas presenciais, em 2022, foram registrados ao menos dois casos de “ansiedade coletiva” no Brasil. Uma pesquisa conjunta¹⁶ entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a organização da sociedade civil Viração Educomunicação apontou que 35% dos jovens brasileiros se dizem ansiosos. Os dados alarmantes também apontam que 11% estão preocupados consigo mesmo, 9% se auto intitulam indiferentes e 8% se consideram deprimidos.

Um percentual superior a 40% dos estudantes adolescentes admitiram ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) já ter sofrido com provocações e intimidações.

16. Ver mais em: <https://brasil.ureport.in/opinion/2905/>.

Gráfico 11 - Prevalência de *bullying* entre alunos e alunas do 9º ano do ensino fundamental (%) aumenta no período de 2009 a 2019



Fonte: IBGE (2022).

Foi possível notar ainda maior parcela entre alunas, do que alunos, nos que sofrem com o problema. Entre estudantes do sexo masculino nessa faixa de ensino, que engloba principalmente adolescentes entre 13 anos e 17 anos, a parcela dos que admitiram sofrer *bullying* subiu de 32% para 35,4% entre 2009 e 2019. Já entre o sexo feminino, a parcela aumentou 28,8%. Além da raça ou ciclo de vida, o sexo e/ou gênero sexual também compõe a multiplicidade dos sujeitos, podendo agregar ou amenizar vulnerabilidades das pessoas em sua experiência em sociedade (Saffioti, 2015). Segundo reportagem da revista Piauí¹⁷, de julho de 2022, as internações de brasileiros entre 10 e 14 anos por lesões autoprovocadas cresceram 34% em um ano; em 2021, Ministério da Saúde classificou suicídio como problema de saúde pública crescente entre os mais jovens.

Diante deste cenário, é fundamental priorizarmos o olhar para crianças e adolescentes nas políticas públicas de saúde mental. Intervenções voltadas a este público podem influenciar tanto suas vidas atuais, quanto o futuro e as próximas gerações.

Mulheres

O gênero, como fenômeno social, é uma dimensão extremamente relevante para o debate sobre saúde mental. O gênero perpassa papéis, comportamentos, atividades, atributos e oportunidades, determinando historicamente o que é apropriado/possível para mulheres e homens experienta-

17. Ver mais em: <https://piaui.folha.uol.com.br/z-de-depressao/>.

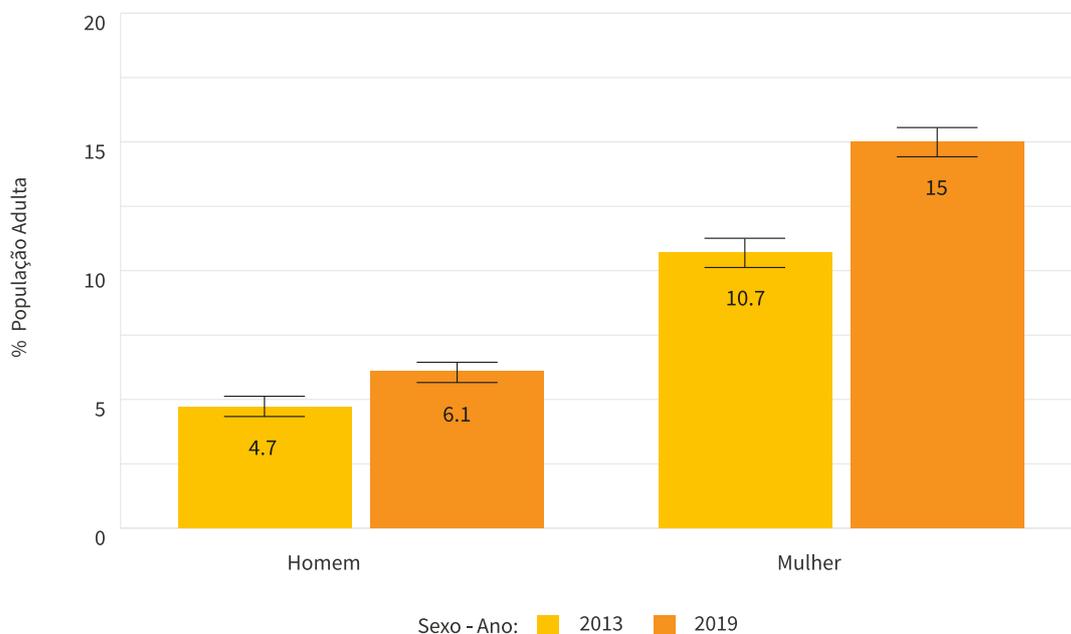
rem ao longo da vida e, portanto, ajudando a estabelecer padrões para as relações tanto interpessoais, quanto socioeconômicas, institucionais e governamentais (Manandhar et al., 2018).

A OMS considera que o gênero determina diferentes suscetibilidades e exposições a riscos específicos para a saúde mental (OMS, 2020). Nesse sentido, não é possível realizar o debate de saúde mental das mulheres considerando apenas componentes biológicos, como metabolismo, ciclos reprodutivos ou hormônios, sendo necessário incorporar a lente do gênero e a forma como ele influencia as relações sociais e as condições de saúde da população.

De acordo com uma meta-análise (Steel et al., 2014) que avaliou 174 publicações, de 1980 a 2013, de 63 países de alta, média e baixa renda, 17,6% dos adultos apresentavam transtornos mentais comuns nos últimos 12 meses, e entre as mulheres essa prevalência foi de 19,7%. Os autores destacaram que, independente da situação econômica do país, as mulheres apresentaram maior prevalência de transtornos de humor e de ansiedade do que os homens (Senicato, 2018).

Problemas de saúde afetam homens e mulheres de modos distintos. A depressão, por exemplo, ocorre duas vezes mais em mulheres do que em homens (Andrade, Viana e Silveira, 2006). Um estudo do IEPS (2022b) apontou que, no Brasil, a depressão é mais prevalente entre a população de menor renda e as mulheres.

Gráfico 12 - Prevalência de depressão na população adulta por sexo (2013-2019)



Fonte: IEPS (2022b).

Da mesma forma, a incapacidade associada aos transtornos mentais recai mais fortemente sobre as pessoas que apresentam três ou mais transtornos concomitantes e, que são, em sua maioria, mulheres (OMS, 2020).

Fatores estruturais são relevantes. Para transtornos mentais comuns, a prevalência é de 48,1% para mulheres com alta sobrecarga doméstica (Araújo, Pinho e Almeida, 2005). Em mulheres que residem na área rural, por sua vez, um estudo local aponta a estimativa de prevalência de transtornos mentais comuns em 31,6% (Furtado et al., 2019). Quando observada a raça, a saúde mental de mulheres brasileiras também pode ser prejudicada, aumentando em até 70% a chance de sofrer transtornos mentais comuns (Fattore et al., 2017).

Além disso, mulheres podem encontrar vieses e barreiras em seu tratamento em saúde mental, a depender de quais problemas relatarem. Zanello (2017) indica que o ato diagnóstico em saúde mental não é neutro, pois leva em conta interpretação e julgamento dos profissionais, os quais estão imersos em valores e crenças pessoais e perpassados pela dimensão social do gênero. Segundo a OMS (2020), profissionais médicos determinam o diagnóstico de depressão mais para mulheres do que para homens, mesmo que os dois grupos apresentem sintomas idênticos.

LGBTQIA+

Em 2017, um grupo de psicólogos pediu, na Justiça, a suspensão de uma resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que regulamenta a atuação desses profissionais em questões relativas à orientação sexual. A solicitação buscava legitimar as chamadas “terapias de conversão”, que são práticas sem nenhum embasamento científico que tentam “corrigir” a identidade de pessoas LGBTQIA+ e que ficaram conhecidas por “cura gay”. A pesquisa “Entre ‘curas’ e ‘terapias’: Esforços de ‘correção’”, produzida pela All Out e o Instituto Matizes, encontrou 26 formatos de “cura gay” no Brasil¹.

Esse é apenas um de tantos exemplos de violências direcionadas à população LGBTQIA+ no Brasil, país que, há 13 anos, mantém o primeiro lugar no ranking de assassinatos de pessoas trans. Conforme o relatório de 2021 da Transgender Europe, que monitora dados globalmente levantados por instituições trans e LGBTQIA+, 70% de todos os assassinatos registrados em 2021 aconteceram na América do Sul e Central, sendo 33% apenas no Brasil.

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais², relacionando a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero com o processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social. Contudo, a mesma encontra dificuldades para a execução do atendimento integral e a promoção da saúde dessa população. Exemplo disso é que apenas em 2020 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), após declaração de inconstitucionalidade do Supremo Tribunal Federal (STF), deixou de orientar pela restrição de doação de sangue feita por homens que mantiveram relações sexuais com outros homens nos últimos 12 meses.

1. Ver mais em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/07/07/pesquisa-encontra-26-metodos-de-cura-gay-eu-vivia-a-hetero-normatividade-compulsoria>.

2. Ver mais em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

A fobia a pessoas LGBTQIA+ está diretamente relacionada à sua saúde mental. Dados do Instituto Nacional de Saúde Mental³, nos Estados Unidos, mostraram que, em 2020, as taxas de todos os três comportamentos relacionados ao suicídio – pensamentos, planos, tentativas – são geralmente maiores entre lésbicas, gays e pessoas bissexuais do que entre pessoas heterossexuais. De forma geral, levando em consideração fatores demográficos, os pesquisadores descobriram que o risco de suicídio é de três a seis vezes maior para lésbicas, gays e pessoas adultas bissexuais do que para pessoas adultas heterossexuais, em todas as faixas etárias e categorias de raça/etnia.

3. Ver mais em: <https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/Comportamento/noticia/2021/11/suicidio-entre-gays-lesbicas-e-bissexuais-pesquisa-analisa-papel-de-fatores-como-genero-raca-e-idade.html>.



Parte 5:

Saúde Mental, epidemiologia e resiliência a desastres

A quinta parte trata de aspectos da saúde mental no contexto da pandemia de Covid-19, que trouxe consigo consequências relevantes. Outros eventos de grandes magnitudes também foram incluídos, como os desastres ambientais de barragens em Minas Gerais.

A pandemia de Covid-19

As medidas de distanciamento social, principal forma de prevenção à propagação de vírus como o causador da Covid-19, são frequentemente consideradas desagradáveis por quem as experimenta. A mudança brusca nas atividades do dia a dia (como, por exemplo, rotina de trabalho, estudos e convívio comunitário), por vezes sem previsão de quando ocorrerá o retorno à “vida normal”, pode provocar sofrimento e insegurança, visto que é preciso lidar com o futuro imprevisível. Além disso, a diminuição das interações face a face tende a gerar a sensação de isolamento social, a qual é comumente acompanhada pela sensação de isolamento emocional e de privação de liberdade (Fiocruz, 2020).

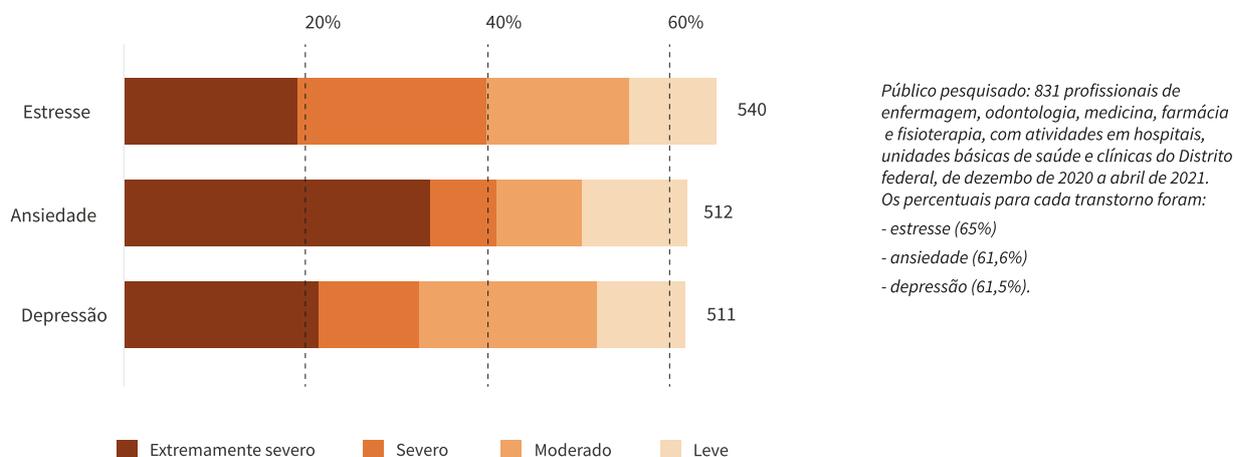
Além disso, a pandemia trouxe consigo o aumento nos níveis de desemprego, queda na renda, o luto, o aumento das desigualdades, entre outros fatores de risco para a saúde mental. No mundo, casos de ansiedade e depressão cresceram mais de 25% na pandemia (OMS, 2022) e no Brasil, entre o período pré-pandemia e o 1º trimestre de 2022, foi registrado um aumento de 41% no diagnóstico médico de depressão – ultrapassando doenças como diabetes (Vital Strategies, 2022). Essas consequências podem ser agravadas para pessoas que apresentam fragilidades nas redes socioafetivas, instabilidade no emprego e dificuldades financeiras, ou mesmo que não contam com um local adequado para se manter em distanciamento social (por exemplo, domicílio com espaço apropriado para o número de moradores, iluminado, em que há acesso a suprimentos tais como água, comida, roupas, medicamentos e recursos necessários para a vida diária e para a prevenção ou o tratamento da infecção). Além de poderem intensificar as emoções negativas, esses fatores também tendem a prejudicar a adesão às medidas de distanciamento social.

Os efeitos da pandemia na saúde mental também devem ser endereçados com prioridade. Para a ONU, a boa saúde mental é fundamental para o funcionamento da sociedade e, portanto, ela deve ser central em cada resposta dos países para a recuperação da pandemia (ONU, 2020). De acordo com a instituição, alguns grupos populacionais específicos demonstraram altos graus de sofrimento psicológico relacionado à pandemia:

- a. Profissionais de saúde da linha de frente e socorristas foram expostos a numerosos fatores de estresse e assegurar a sua saúde mental é um fator crítico ao sustentar a preparação, a resposta e recuperação da Covid-19. De acordo com uma pesquisa realizada pela Fiocruz (2022), estresse, ansiedade e depressão foram sintomas relatados por mais de 60% dos profissionais entrevistados (Figura 8).

Figura 8 - Sintomas de transtornos mentais em profissionais de saúde

No Distrito Federal, foram detectados graus variáveis de depressão, ansiedade e estresse



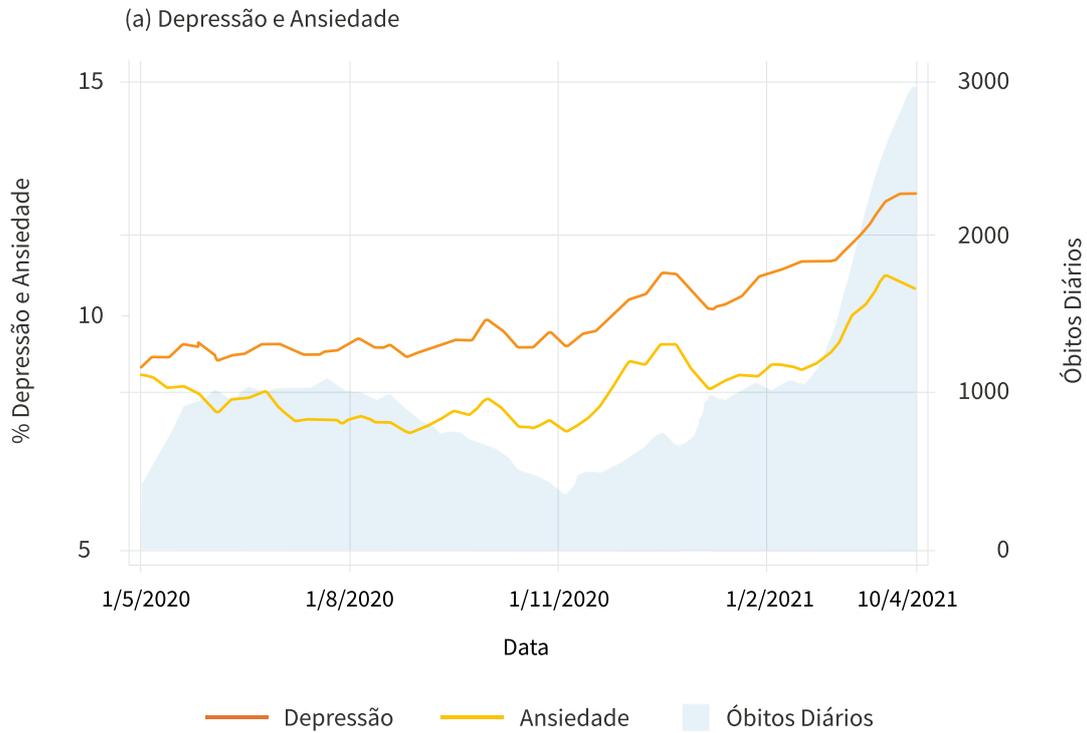
Fonte: Fiocruz (2022).

Além dos profissionais, foram destacados como mais vulneráveis pela ONU (2020):

- Adultos idosos e pessoas com condições de saúde pré-existent;
- Crianças e adolescentes, cujas dificuldades emocionais são exacerbadas por estresse familiar, isolamento social, com alguns enfrentando aumento do abuso, interrupção da educação e incerteza sobre seu futuro, ocorrendo em pontos críticos em seu desenvolvimento emocional;
- Mulheres, que estão suportando um grande peso do estresse pela responsabilidade do cuidado, bem como impactos mais desproporcionais, em geral; e
- Pessoas presas em cenários de fragilidade humanitária e de conflito, que correm o risco de ter suas necessidades de saúde mental totalmente desconsideradas.

Analisando a evolução da pandemia da Covid-19 e de indicadores de saúde mental, é possível identificar uma correlação positiva entre novos óbitos diários e queixas relacionadas a depressão, ansiedade e preocupações com finanças, segurança alimentar e medo de adoecer. Essa foi a conclusão de uma Nota Técnica do IEPS (2021), que mostrou que, em nível nacional, as proporções de indivíduos reportando ansiedade e depressão aumentaram de 8,6% e 9,1%, respectivamente, para 10,5% e 12,5% entre maio de 2020 e abril de 2021. O nível de preocupação oscilou junto ao total de novos óbitos no país e se manteve em níveis elevados em relação à contração da doença (90,4%, em abril de 2021), finanças pessoais (69,3%) e alimentação (51,2%). De estado a estado, nota-se que os momentos com maior número de novos óbitos estão associados a maiores níveis de depressão, ansiedade e preocupação.

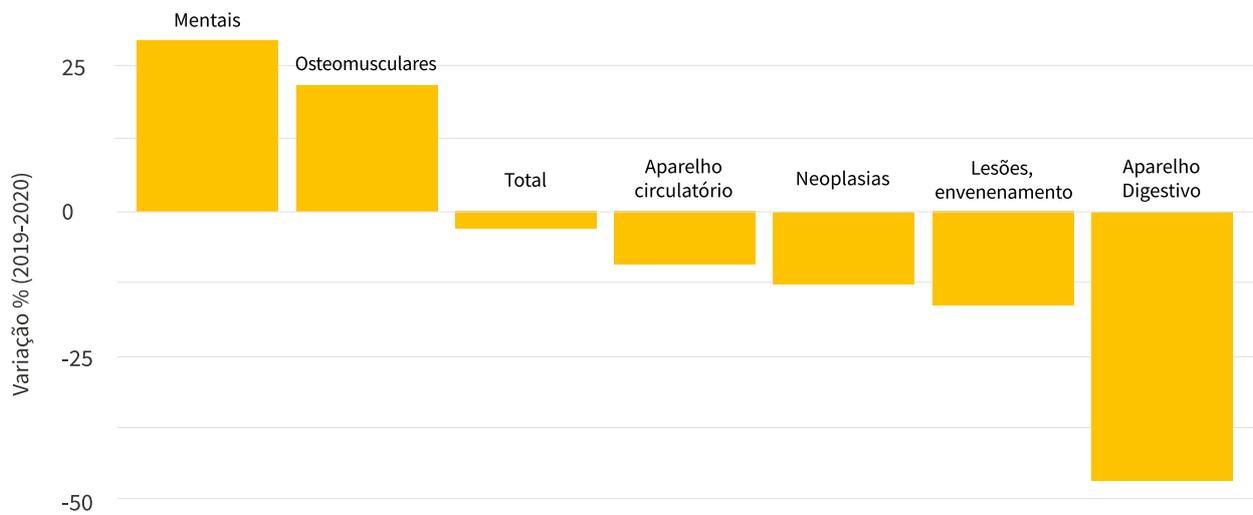
**Gráfico 13 - Evolução da Pandemia e de Indicadores de Saúde Mental
(01/05/2020 - 10/04/2021)**



Fonte: IEPS (2021).

De modo geral, em 2021 houve uma piora do quadro da pandemia e do bem-estar psicológico e mental da população. A mesma Nota Técnica demonstrou que esta piora se soma a uma tendência já preocupante vinda de 2020, com um maior número de licenças/afastamentos concedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) devido a transtornos mentais e comportamentais, que cresceram 29,1% em relação ao ano anterior, mesmo em meio a uma queda generalizada no número de licenças.

Gráfico 14 - Benefícios do INSS (2019-2020)



Fonte: IEPS (2021).

No retorno às aulas presenciais, em 2022, foram registrados pelo menos dois casos de crises coletivas de ansiedade, uma em Pernambuco e outra em São Paulo. Dados da Secretaria da Educação de São Paulo indicam que houve 4.021 casos de agressões físicas nas unidades estaduais de ensino nos dois primeiros meses de aula deste ano – 48,5% a mais que no mesmo período de 2019¹⁸, o último de aulas presenciais antes da crise sanitária. Esse é apenas um dos exemplos das consequências da pandemia e um vírus que ainda circula na sociedade.

Não bastasse a relação indireta com a Covid-19 e seus impactos na saúde mental, um estudo feito pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) mostrou uma relação direta entre a saúde mental e o vírus: pessoas que tiveram Covid-19 moderada ou grave apresentam alta prevalência de déficits cognitivos e transtornos psiquiátricos (Damiano et al., 2022). Uma das hipóteses para explicar a associação é que alterações tardias relacionadas à infecção pelo SARS-CoV-2 (como processos inflamatórios associados a alterações imunológicas, danos vasculares associados a coagulopatias ou a própria presença do vírus no cérebro) teriam papel na origem dos transtornos.

No mesmo caminho, uma pesquisa produzida pela Fiocruz (2022b) constatou que na pós-infecção por Covid-19, mulheres de até 45 anos que possuem mais de uma doença crônica foram as mais afetadas por sintomas de ansiedade. Pessoas com histórico de doenças crônicas tiveram mais sintomas depressivos e ansiosos durante o isolamento social ocasionado pela pandemia de Covid-19. Além disso, o histórico de multimorbidade, ou seja, quando o paciente tem mais de um problema de saúde, pode estar diretamente ligado ao aumento de sintomas ansiosos após a infecção pelo SARS-CoV-2.

18. Ver mais em: <https://globoplay.globo.com/v/10464320/>.

Contudo, medidas recomendadas para reduzir os impactos da pandemia na saúde mental não foram adotadas pelo governo federal, a exemplo de divulgação de informações educativas, adaptação dos serviços de atenção à saúde mental ao contexto pandêmico, formação de equipes para dar suporte a pacientes, familiares e profissionais trabalhando na linha de frente (IEPS, 2021).

No contexto da pandemia de Covid-19, a Fiocruz (2020b) propôs para gestores as ações presentes no Quadro 7, que também podem ser aplicadas em situações análogas de crises sanitárias.

Quadro 7 - Recomendações de Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para a Pandemia de Covid-19

FASES DA PANDEMIA E OS IMPACTOS NA POPULAÇÃO	RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES PARA AÇÕES DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (SMAPS)
ANTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de inevitabilidade com alto grau de tensão na população; • Supervalorização ou subvalorização (negação) da possível pandemia; • Características humanas preexistentes são potencializadas (positivas e negativas); • Ansiedade, tensão, insegurança e vigilância obsessiva dos sintomas da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações educativas sobre formas de contágio, com ênfase para os grupos vulneráveis, do ponto de vista psicossocial; • Sensibilização e informação sobre a SMAPS durante a pandemia Covid-19; • Recrutamento e capacitação de equipes com experiência em atenção psicossocial e saúde mental; • Capacitação de equipes e profissionais de saúde em SMAPS; • Preparação de grupos de apoio emocional e psicológico com apoio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs); • Identificação dos grupos vulneráveis do ponto de vista psicossocial; • Proteção preventiva para toda população: distanciamento social, isolamento social voluntário ou quarentena; • Mapeamento das Instituições e atores sociais para disponibilizar atenção psicossocial em rede; • Estímulo à solidariedade e incentivo à participação da comunidade; • Organização da rede de atenção psicossocial adaptada à pandemia; • Formação de equipes para dar suporte aos profissionais e pacientes, com o componente SMAPS; • Coordenação interinstitucional; criação de redes de trabalho.
DURANTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Medo, sentimentos de solidão e vulnerabilidade; • Garantia das necessidades básicas para o enfrentamento da pandemia, como: renda básica, alimentação, condições adequadas de moradia, acesso à água, saneamento e itens de higiene e limpeza; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação rápida das necessidades psicossociais da população; • Apoio às ações fundamentais de detecção precoce, notificação, atenção, controle da propagação e identificação dos sofrimentos psicossociais agudos mais recorrentes; • Informação e orientação sobre: o que está ocorrendo, ações desenvolvidas e o que as pessoas devem fazer; • Transmitir: organização, segurança, confiança, apoio e ânimo;

DURANTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de letargia ou agitação desordenada; • Condutas extremas e supervalorizadas que podem oscilar entre: heróicas ou mesquinhas; violentas ou passivas; solidárias ou egoístas; • Adaptação a mudanças nos padrões habituais de vida: restrições de movimentos, uso de máscaras, redução nos contatos físicos diretos, fechamento de escolas, igrejas, cultos, etc.; • Crises emocionais e de pânico, reações coletivas de agitação, descompensação de transtornos psíquicos preexistentes, transtornos psicossomáticos; • Aumento da violência doméstica e tentativas de suicídio; • Dificuldade na elaboração do luto; • Sobrecarga de trabalho para trabalhadoras, mães, cuidadoras de idosos; • Estigmatização de pessoas suspeitas e confirmadas para Covid-19; • Estigmatização das equipes de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos serviços públicos essenciais para a atenção, cuidado, promoção da dignidade e garantia de subsistência; • Apoio e atenção psicossocial online ou presencial, considerando a urgência e os regulamentos de biossegurança, de acordo com os diferentes grupos e demandas; • Promover mecanismos de cuidado entre pares, suas redes socioafetivas e suporte comunitário; • Favorecer a construção de redes solidárias; • Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) oferecidos por todos os profissionais da linha de frente ao cuidado, em especial, às famílias afetadas diretamente; • Assegurar a continuidade dos pacientes já acompanhados pela Rede de Atenção Psicossocial antes da ocorrência da epidemia; • Acolhimento e garantia de atenção psicossocial para situações emergenciais, como por exemplo: crise psicótica, tentativa de suicídio, entre outras; • Serviços especializados voltados para o cuidado específico de pessoas infectadas, como por exemplo, garantia da presença de psicólogos nos hospitais de referência ao Covid-19; • Garantia de monitoramento do risco psicológico de pacientes suspeitos ou confirmados que estejam em isolamento domiciliar; • Garantia de apoio psicossocial em rede para funerais seguros e cuidado das famílias em luto; • Promover cuidados psicossociais e de saúde mental para equipes de resposta.
DEPOIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Medo de uma nova pandemia; • Comportamentos agressivos e de protesto contra autoridades e instituições; • Quando a primeira fase da pandemia não recebe um suporte adequado, pode-se encontrar um grande número de pessoas com: depressão, lutos patológicos, estresse pós-traumático, consumo excessivo de álcool e outras drogas, comportamento violento, entre outros; • Começa um processo lento e progressivo de recuperação; • Dificuldade em retomar rotinas e atividades laborais; • Reenquadramento dos projetos de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investir em estratégias qualificadas de comunicação social que favoreçam a recuperação; • Capacitação e supervisão para as equipes que trabalham na fase de recuperação; • Implementação das ações específicas SMAPS na rede SUS, como parte de um plano de recuperação psicossocial de médio prazo (6 meses, no mínimo); • Atenção à saúde mental das equipes que trabalharam na linha de frente da fase de resposta, particularmente aqueles que trabalharam junto aos casos mais graves; • Fortalecer as ações e projetos sociais que promovam a vida; • Consolidar a coordenação interinstitucional e a participação comunitária na tomada de decisões; • Monitorar e avaliar experiências e as lições aprendidas.

Fonte: Fiocruz (2020b).

Impactos da exploração de minério e desastres ambientais

Outros tipos de desastres também podem afetar a saúde mental de pessoas que foram atingidas direta ou indiretamente por eles, como é o caso de tragédias ambientais. O rompimento de barragens em Minas Gerais, nos municípios de Mariana e Brumadinho, são exemplos disso.

Em 2015, a barragem do Fundão, de propriedade da Samarco Mineração S/A e controlada pela Vale S/A, rompeu em Mariana/MG. Além das 19 vidas perdidas, os rejeitos do crime ambiental percorreram 22 km, atingindo o Oceano Atlântico e provocando alagamentos, danos associados à poluição hídrica, mortandade de animais e a interrupção do abastecimento e distribuição de água em vários municípios. O evento é considerado pelo Ministério Público Federal¹⁹ como o maior desastre ambiental da história do Brasil: 41 cidades afetadas em Minas Gerais e Espírito Santo, degradação ambiental de 240,88 hectares de Mata Atlântica, 3 reservas indígenas atingidas, mais de 50 milhões de m³ de rejeitos de mineração, 29.300 carcaças de peixes (ou 14 toneladas de peixes mortos).

Um estudo (Branquinho et al., 2022) realizado com os atingidos pelo rompimento considerou seus impactos como “catastróficos”, apontando que 74% das pessoas tiveram perdas de qualidade de vida em saúde. O estudo também revelou que, antes do rompimento da barragem, a proporção de pessoas sofrendo de ansiedade e depressão era igual a 1%. Esse percentual subiu para 23% após o rompimento da barragem. Moradores relataram que os impactos à saúde mental não cessaram na época do rompimento, pelo contrário, a falta de uma data definitiva para entrega do reassentamento das comunidades, a judicialização das indenizações e o preconceito que sofrem de outros moradores de Mariana contribuem para agravar a situação²⁰.

Em 2019, quatro anos após o ocorrido em Mariana, Minas Gerais foi mais uma vez surpreendida por um desastre da mineração, desta vez pelo rompimento da barragem da Vale S/A, na cidade de Brumadinho, com impactos socioambientais de grande magnitude e fez, aproximadamente, 270 vítimas fatais. Ele foi categorizado como o maior acidente de trabalho da história do Brasil, em perda de vidas humanas, e o segundo maior desastre industrial do século²¹.

De acordo com Noal, Rabelo e Chachamovich (2019), as equipes de saúde e a gestão do município de Brumadinho apresentaram disponibilidade na implementação e qualificação das equipes de saúde já na primeira fase de resposta, que focou na minimização dos impactos da saúde mental dos afetados. A cidade tinha cobertura de 100% do território por equipes de ESF, o que auxiliou na implantação de uma estratégia de atenção psicossocial e saúde mental rápida e compatível com a demanda da população, de acordo com os autores.

19. Ver mais em: <http://www.mpf.mp.br/grandes-casos/caso-samarco/o-desastre>.

20. Ver mais em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2021/08/20/tragedia-de-mariana-estudo-aponta-impactos-na-saude-de-74percent-dos-atingidos.ghtml>.

21. Ver mais em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47012091>.

Além disso, foi aproveitada a experiência anterior de alguns técnicos que apoiaram as equipes após o rompimento da barragem em Mariana, bem como a rápida contratação de mais profissionais. Ainda de acordo com os pesquisadores, a estratégia de cuidado no território, desenvolvida junto às equipes do SUS, pode ser mantida a médio e longo prazos, bem como oportuniza um trabalho de fortalecimento das redes de apoio socioafetivas, desde que os profissionais estejam atentos às diferentes formas de sofrimento que podem ser desenvolvidas nos meses subsequentes.

Contudo, os problemas não acabaram. Um estudo²² realizado pelo Instituto Guaicuy (2022), em parceria com o Instituto Olhar, demonstrou alto crescimento da demanda de atendimentos de saúde relacionados a transtornos mentais nos municípios atingidos pelo rompimento da barragem, desde o ocorrido até 2021. Em todos eles foi identificado o aumento de atendimentos relacionados a sofrimento mental: em Três Marias, a demanda cresceu 97%, já em Felixlândia, o aumento foi de 86%. As coordenadoras da pesquisa atribuem isso à falta de reparação integral aos atingidos, assim como em Mariana²³.

O incêndio da Boate Kiss em Santa Maria/RS

Noal et al., 2016

O que aconteceu?

O incêndio na boate Kiss ocorreu em 2013 e matou 242 pessoas, ferindo outras 636. Na ocasião, a cidade chegou a declarar Situação de Emergência e nenhum dos três entes federados dispunha de um plano prático-operacional psicossocial e/ou um guia de diretrizes e condutas em saúde mental para emergências e desastres. Santa Maria é considerada um município de médio porte, com 285.159 habitantes (IBGE, 2021).

O que foi feito?

No amanhecer pós-evento, a gestão se organizou da seguinte forma:



Nesse mesmo dia, diversos profissionais, entidades não governamentais e voluntários se reuniram com o intuito de estruturar uma rede de suporte e cuidados às pessoas afetadas direta e indiretamente pelo evento, bem como para aquelas que necessitavam de informações técnicas e profissionais para auxiliar no cuidado de familiares e amigos mobilizados pelo evento.

22. Ver mais em: <https://guaicuy.org.br/pesquisa-revela-impactos-relacionados-ao-rompimento-da-barragem-da-vale/>.

23. Ver mais em: <https://www.brasildfato.com.br/2022/07/06/brumadinho-crescem-casos-de-sofrimento-mental-entre-atingidos-pelo-de-sastre-da-vale>.

No segundo mês após o evento, foi feita a transição das ações iniciais para uma estratégia mais duradoura. Novamente, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, juntamente com as Coordenadorias Regionais de Saúde, assumiu a frente da elaboração, assessoria e distribuição de informações específicas do cuidado psicossocial a todos os municípios afetados. Como primeiro passo, foram levantados dados que possibilitaram mapear o número de municípios com casos registrados de vítimas e sobreviventes e, na sequência, iniciou-se a elaboração de diretrizes técnicas para acompanhamento psicossocial às vítimas e aos familiares afetados. Em paralelo, equipes locais iniciaram um processo de avaliação da estratégia e revisão de prontuários de todos os pacientes atendidos durante o primeiro mês após o incêndio, a fim de compreenderem quais foram as principais reações e dificuldades encontradas em um primeiro momento. A proposta também se prestou a mapear os usuários que necessitavam ser novamente contatados por meio de uma busca ativa.

Outro ponto importante dessa etapa de consolidação da estratégia psicossocial foi a abertura de um edital para contratação municipal de profissionais de saúde, tais como: psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médico clínico geral e médico psiquiatra temporários, de forma a garantir a sustentabilidade da ação emergencial que, anteriormente, estava baseada sobretudo na participação de voluntários, mesmo que com uma articulação direta com a política pública municipal de saúde mental.

No terceiro mês após o evento, ocorreu a substituição oficial da equipe de voluntários por meio da contratação municipal de 14 psicólogos, 4 médicos, 5 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 2 assistentes sociais para compor a equipe permanente do serviço de acolhimento 24h. Tal mudança exigiu da nova equipe, juntamente com a equipe gestora, a construção da identidade do sexto serviço de saúde mental no município: o Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes (CIAVA), em convênio com o Ministério da Saúde e em funcionamento no Hospital Universitário.

Resultados

Noal et al. (2016), que analisaram a estratégia empregada em Santa Maria, destacaram a rapidez organizacional como extremamente positiva e eficiente, e identificaram como de fundamental importância a articulação com mecanismos de gestão pública municipal, estadual e federal, para garantir a sustentabilidade e integralidade do processo de cuidado. As autoras explicam que isso significa que a ação de qualquer profissional, independentemente de onde ela parta (sociedade civil, organismos nacionais e/ou internacionais), precisa estar estruturalmente coordenada e inserida em uma proposta de cuidado que seja orgânica ao modelo nacional, integrando o amplo guarda-chuva das políticas públicas brasileiras.

As autoras chamam atenção para dois desafios: I) a presença de um grande número de atores externos, como consultores, pesquisadores, apoiadores, voluntários, os quais se apresentaram, pelas mais diversas vias, e em diferentes fases do evento, propondo-se a auxiliar na resposta, no entanto, despreocupados em fazer parte de um sistema integral; II) a rotatividade de gestores na Coordenação de Saúde Mental, o que se tornou um desafio maior ainda para a conformação de uma estratégia a médio e longo prazo.

Em 2018, o Programa Acolhe Santa Maria foi reformulado para atuar na prevenção ao suicídio e o CIAVA não teve convênio renovado com o Ministério da Saúde, mas segue em funcionamento.

Mudanças climáticas e saúde mental

O mundo enfrenta uma importante crise climática, que exacerba muitos fatores de riscos sociais, ambientais e econômicos para as condições de saúde mental, como é o caso do deslocamento forçado para outras áreas – que é quando as pessoas são forçadas a sair de suas casas ou lugar de residência habitual. Segundo dados da Agência da ONU para Refugiados (ACNUR, 2020), o aquecimento global impulsiona o deslocamento forçado, sendo que, em 2020, mais de 30,7 milhões de novos deslocamentos foram registrados devido a desastres relacionados ao clima.

De acordo com a Organização Meteorológica Mundial (OMM, 2021), no Brasil, mais de 80% das emissões de gases do efeito estufa podem ser atribuídas às formas de uso do solo e da terra, como desmatamento e o agronegócio. Atualmente, as emissões desse setor colocam o Brasil como o quarto país no ranking dos maiores emissores de gases de efeito estufa. Enquanto a renda média mundial deve cair 23% até 2100 com a continuidade das emissões de gases do efeito estufa, no Brasil essa perda pode chegar a 83% comparado ao cenário sem os efeitos das alterações do clima. Os dados são do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas, de 2022, que também destacou os seguintes pontos para o cenário brasileiro (IPCC, 2022):

- Até o fim do século, o aquecimento global deve reduzir em 27% a vazão da bacia do rio Tapajós e em 53% a da bacia do Araguaia-Tocantins, ambas tributárias do rio Amazonas;
- A mudança da floresta tropical para pastagens secas na Amazônia pode reduzir 40% das chuvas, afetando sua distribuição no Sul e Sudeste;
- A precipitação média anual no país deve cair 22% ao longo do século, caso as emissões continuem em alta. A mudança no padrão hidrológico põe todo o país sob risco de insegurança alimentar;
- As chuvas cairão mais concentradas e em períodos menos regulares. Haverá aumento de chuvas e inundações no Sudeste, onde estão as maiores cidades do país, como São Paulo e Belo Horizonte. A população afetada por enchentes e deslizamentos de terra no Brasil pode dobrar ou até triplicar nas próximas décadas, mesmo se a meta do Acordo de Paris (1,5°C) for alcançada.
- Caso as emissões continuem em alta, partes dos Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste ficarão sujeitas a condições de calor perigoso por até 30 dias por ano, o que elevará as mortes por calor em 3% até 2050 e 8% até 2090;
- A previsão é que as chuvas diminuam mais 22% no Nordeste até 2100 se as emissões forem mantidas em patamar elevado. A região está entre as mais sensíveis do continente a migrações forçadas pelo clima;
- A produção agrícola nacional deve ser duramente atingida: a produção de arroz, por exemplo, pode ter queda de 6% com a manutenção de altas emissões ou 3% com cortes rápidos; a de trigo pode cair 21% no primeiro cenário ou 5% com cortes rápidos; a de milho, 10% com altas emissões ou 6% com cortes rápidos. No Cerrado, no entanto, a queda pode ser de até 71% para o milho. A combinação de emissões em alta com desmatamento local poderia causar uma queda de 33% na produção de soja e pastagens na Amazônia Legal.

Algumas dessas experiências já foram vividas pelos brasileiros como, por exemplo, as enchentes que atingem quase que sistematicamente a região serrana do Rio de Janeiro. No município de Petrópolis, em 2008, inundações com transbordamento de rios e deslizamentos deixaram diversas comunidades isoladas, afetando cerca de 45 mil pessoas e produzindo um grande contingente de desabrigados e vítimas fatais. Sintomas como transtornos do sono, medo, lembrança contínua do evento, alterações frente aos ruídos de trovões e tempestades, insegurança, irritabilidade, tristeza, ansiedade, falta de concentração e também casos de somatização, ou seja, manifestação de doença orgânica provocada por problemas emocionais, foram relatados pelos atingidos (Machado, Machado e Cohen, 2009).

Na fase de reabilitação, para minimizar tais efeitos psicológicos, a Prefeitura Municipal de Petrópolis, através da Supervisão de Saúde Mental na APS, implantou um serviço de atendimento de urgência à população dos bairros atingidos. Os psicólogos da Coordenação Municipal de Saúde Mental, assim como da Secretaria de Trabalho, Assistência Social e Cidadania e do Conselho Regional de Psicologia (CRP-RJ) participaram dessa etapa fazendo o acompanhamento de crianças e dos mais afetados. Equipes de emergência, psicólogos e voluntários trabalharam nos abrigos instalados nas escolas da região, acompanhando as pessoas vitimadas. No entanto, após a fase inicial, o acompanhamento foi interrompido (Machado, Machado e Cohen, 2009).

Em 2022, a tragédia se repetiu, porém de forma ainda mais grave: foram mais de 200 mortos e centenas de desabrigados – o que, segundo as autoridades, configurou o maior desastre já registrado na cidade. De forma geral, e apesar dos consideráveis impactos das mudanças climáticas na saúde mental, ainda existem grandes lacunas entre as necessidades das políticas públicas de saúde mental e a disponibilidade e acessibilidade dos serviços para abordá-las.

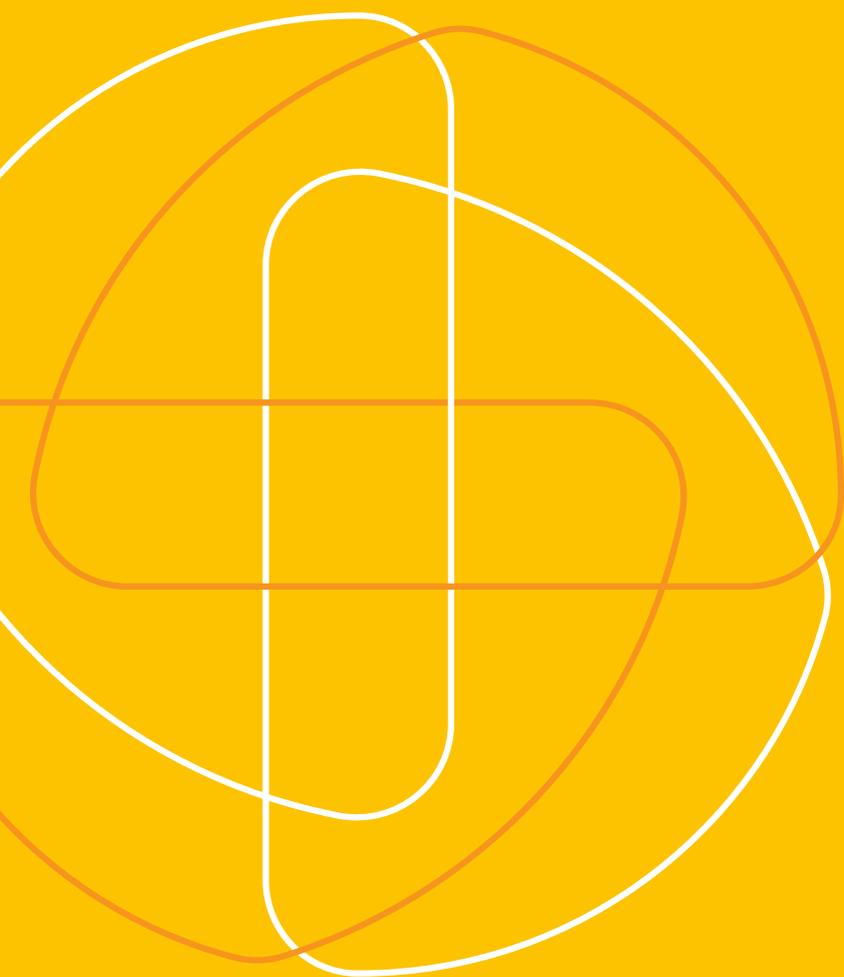
Figura 9 - Principais interligações entre as mudanças climáticas e a saúde mental



Fonte: OMS (2022).

Em resposta a esses desafios, a OMS (2022) recomenda cinco principais abordagens possíveis para lidar com os impactos da crise climática na saúde mental:

1. Integrar considerações sobre mudanças climáticas em políticas e programas para a saúde mental para melhor se preparar e responder às necessidades;
2. Integrar as políticas de saúde mental às políticas e programas que lidam com as mudanças climáticas e a saúde;
3. Elaborar ações com base em compromissos globais;
4. Implementar abordagens multissetoriais e baseadas na comunidade para reduzir vulnerabilidades, abordando a saúde mental e os impactos psicossociais das mudanças climáticas;
5. Ampliar o financiamento tanto para as políticas de saúde mental quanto para responder aos impactos das mudanças climáticas nesta área.



Conclusão

Conclusão

Partindo do marco da Reforma Psiquiátrica, seus desafios e oportunidades de avanço, esse documento buscou sintetizar dados e evidências da literatura científica e normativa sobre aspectos fundamentais para as políticas públicas de saúde mental: a interface com a APS; panorama de recursos humanos, infraestrutura e financiamento; determinantes sociais de saúde e sua relação com populações específicas; e resiliência a desastres.

A capilaridade da APS e sua presença no cotidiano dos usuários do SUS permite, estrategicamente, a orientação do cuidado em saúde mental tendo-a como ponto focal de acolhimento ao sofrimento, transformando a visão de saúde integral em uma prática. Contudo, há necessidade de equilibrar a provisão e articulação com demais serviços da RAPS que atendem casos mais complexos e de longo prazo.

É também em concordância com a integralidade e a articulação com a APS que o acolhimento em saúde mental não deve ser atribuído apenas a especialistas. Estes, por sua vez, também sofrem com a precarização das condições de trabalho e a sobrecarga de funções e se encontram, muitas vezes, também adoecendo mentalmente. Além da valorização destes trabalhadores, há a necessidade de qualificação de sua atuação de forma continuada e coerente com a proteção de direitos humanos e a priorização do cuidado em liberdade.

Outra avaliação que cumpre destacar neste documento está relacionada à infraestrutura e ao financiamento. Foi verificada desigualdade tanto no acesso a serviços, considerando-se a implantação e manutenção no território nacional, quanto em seus investimentos – como, por exemplo, o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas em detrimento do investimento em Unidades de Acolhimento. O aumento do gasto com saúde mental e a fiscalização da execução são urgentes, sobretudo, em ações de promoção da reinserção social.

As condições de vida devem ser observadas também pelos gestores ao planejarem uma política pública de saúde mental. O gradiente socioeconômico desigual no Brasil é um dos principais determinantes de saúde mental, o que influencia na prevalência de transtornos, e impacta também a lacuna de cuidado. Incorporar os determinantes sociais e formular ações intersetoriais de cuidado são fundamentais para a promoção dessa agenda. Também nesse contexto, um ciclo de vida que deve ser acompanhado de perto são as crianças e adolescentes, pois, ainda em formação, estão em uma fase estratégica para ações de prevenção e promoção da saúde.

Por fim, e não menos importante, destacamos a relação entre saúde mental e meio ambiente, incluindo a manifestação do vírus da Covid-19. As condições de saúde mental dos brasileiros pioraram durante a pandemia e ficou evidente a necessidade de adequação dos serviços para um atendimento seguro e ágil. Pudemos ilustrar com outras experiências, como os desastres ambientais, exemplos de respostas ágeis e efetivas a estes cenários.

Cada um desses destaques foi encaminhado de forma propositiva na [Agenda Mais SUS](#), uma realização do IEPS e da Umane, com o apoio temático em saúde mental pelo Instituto Cactus, cujo o objetivo é contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal a partir de diagnósticos e propostas concretas para o aprimoramento do SUS. A Agenda se destina também a gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e à toda a sociedade.

Referências

1. ACNUR. (2020) Deslocados nas fronteiras da emergência climática. Disponível em: <https://storymaps.arcgis.com/stories/9b67d41f272f466a98ce7048a6d267d6>
2. Amaral, P. et al. (2018) Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30450125/>
3. Amarante, P. (1994) An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcXCkKCxtsDWdJ/?format=pdf&lang=pt>
4. Andrade, L.H.S.G.; Viana, M. C.; Silveira, C. M. (2006) Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&nrm=iso.
5. Araújo, T.M.; Pinho, P.S. ; Almeida, M.M.G. (2005) Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000300010&lng=en&nrm=iso.
6. Arbex, D. (2013) Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial.
7. Athié, K.; Fortes, S.; Delgado, P. G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/536>
8. Bandeira, M.; Ishara, S.; Zuardi, A.W. (2007) Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n. 4, p. 280-286.
9. Baren, J. M. et al. (2008) Children's Mental Health Emergencies-Part 1: Challenges in Care: Definition of the Problem, Barriers to Care, Screening, Advocacy, and Resources. *Pediatric Emergency Care*, v. 24, n. 6, p. 399-408, jun. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0b013e318177a6c6>
10. Borges, J. O que é encarceramento em massa? Belo Horizonte: Letramento, 2018.
11. Branquinho, M. et al. (2022) Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613822001176>
12. Brasil. (2019) Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 .Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm
13. Brasil. (2021) Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis n os 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos

- das Leis nos 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-187-de-16-de-dezembro-de-2021-367978262>
14. Brasil. (2001) Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.
 15. Brasil. (2007) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
 16. Cassel, E. J. (1982) The nature of suffering and the goals of medicine. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7057823/>
 17. CONDEGE. (2020) Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS nº 1.325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS nº 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Tecnica--EAP-vf-condege-assinada.pdf>
 18. CONECTAS; CEBRAP. (2022) Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>
 19. Conselho Federal de Psicologia et al. (2018) Hospitais Psiquiátricos: Relatório de inspeção nacional. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf
 20. Correia, V. R.; Barros, S.; Colvero, L. A. (2011). Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VsL4yTBPR-7nSd9wF7MP5Tpj/?lang=pt>
 21. Cruz, N. F. O. et al. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFz6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20retrocesso%20na%20pol%C3%ADtica%20sobre,do%20campo%20da%20Reforma%20Psiqui%C3%A1trica.>
 22. Damiano, R.F. et al. (2022) Post-Covid-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834322000020#>
 23. DEPEN. (2017) População carcerária por regime - período de julho a dezembro de 2017. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGMyZDgxOTctZGVmYS00NDYmLTlhMjItNmIzMWZkMTU3MTI0IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyL-TRiOGRhNmJmZThlMSJ9>

24. Dias, M.; Fontes, L. F. (2020) The Effects of a Large-Scale Mental Health Reform: Evidence from Brazil. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3870863
25. Dias de Castro, E.; Lima, E. M. F. A. (2007) Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Cv5FYpFCjDLL9gR-TBqBCRDg/?lang=pt>
26. Duarte, M.J.O. (2018) Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. Revista Libertas. Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 227-243, ago./dez.
27. Fattore, G.L. et al. (2017) Personal-Level and Group-Level Discrimination and Mental Health: the Role of Skin Color. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-017-0451-0>
28. Fiocruz. (2020) Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19 - A Quarentena na Covid-19: orientações e estratégias de cuidado. Disponível em: <https://www.fiocruz-brasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-A-quarentena-na-Covid-19-orientações-e-estratégias-de-cuidado.pdf>
29. Fiocruz. (2020b) Saúde Mental e a Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19 - Recomendações para Gestores. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomendações-para-gestores.pdf>
30. Fiocruz. (2021). Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da Covid-19 em MS e DF - Relatório parcial descritivo do DF. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/02/relatorio_parcial_saude_mental_profissionais_DF.pdf
31. Fiocruz. (2022) Risco de uma condição clínica crônica após uma prévia hospitalização por transtorno psiquiátrico: um estudo nacional utilizando dados vinculados no Brasil. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2022/02/07/pandemia-aumentou-sintomas-depressivos-em-pessoas-com-doencas-cronicas/>
32. Foot, J. (2014) Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430803/>
33. Furtado, F.M.S.F. et al. (2019) Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. Saúde e Pesquisa, v. 12, n. 1, p. 129-140. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995561/12_7017-francisca-marina-port_norm_ing.pdf
34. Godoy, M.G.C et al. (2007) Condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores dos CAPS do Ceará. In: IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Salvador. Anais do Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.
35. Goldman, F. et al. (2013) Child exposure to trauma: Comparative effectiveness of interventions addressing maltreatment. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <https://www.healthsystemevidence.org/articles/21458-child-exposure-to-trauma-comparative-effectiveness-of-interventions-addressing-maltreatment?t=Exposi%C3%A7%C3%A3o>.
36. Gomez, D.J.; Araújo, T.M; Santos; K.O.B. (2011) Condições de trabalho e de saúde de traba-

- lhadores em Saúde Mental em Feira de Santana, Bahia. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/157>
37. IBGE. (2022) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>
 38. IEPS. (2021) Covid-19 e Saúde Mental: Uma Análise de Tendências Recentes no Brasil. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/IEPS_NT20.pdf
 39. _____. (2021b) Nota Técnica nº 20. Covid-19 e Saúde Mental: uma análise de tendências recentes no Brasil. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_NT20.pdf
 40. _____. (2021c) Evolution and Inequalities in Depression Prevalence and the Treatment Gap in Brazil: A Decomposition Analysis. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_WP14.pdf
 41. _____. (2022) Como anda a saúde mental no Brasil? Evolução, desigualdades e acesso a tratamentos. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Olhar_IEPS_03.pdf
 42. _____. Instituto Cactus. (2022) Cenário das Políticas e Programas Nacionais e Saúde Mental. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/cenario-politicas-programas-nacionais-saude-mental-ieps-instituto-cactus.pdf>
 43. Instituto Cactus; Instituto Veredas. (2021) Caminhos em Saúde Mental. Disponível em: https://www.veredas.org/wp-content/uploads/2021/06/LivroDigital_CaminhosSaudeMental_Final.pdf
 44. IPCC. (2022). Relatório especial do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) sobre os impactos do aquecimento global de 1,5°C acima dos níveis pré-industriais e respectivas trajetórias de emissão de gases de efeito estufa, no contexto do fortalecimento da resposta global à ameaça da mudança do clima, do desenvolvimento sustentável e dos esforços para erradicar a pobreza. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/07/SPM-Portuguese-version.pdf>
 45. Jones, I.R. et al. (2009) Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. *Social Science & Medicine*, v. 69, n. 4, p. 632–639, ago. Disponível em: <https://www.pdq-evidence.org/en/documents/cf10518ea8ae-7ab81d8482b04cd45b0dd23f5c17>
 46. Lund, P.C et al. (2018) Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30060-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30060-9/fulltext)
 47. Machado, M. S; Machado, M. S.; Cohen, S. C. (2009) Impactos psicossociais causados pela inundação de 2008 em Petrópolis, RJ. Disponível em: <https://defesacivil.uff.br/wp-content/uploads/sites/325/2020/10/Impactos-psicossociais-causados-pela-inundao-de-2008-em-Petropolis-RJ-Defencil.pdf>
 48. Manandhar, M. et al. (2018) Gender, health and the 2030 agenda for sustainable develop-

- ment. Bull World Health Organ, v. 96, n. 9, p. 643-52. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-211607/en/>.
49. Martini, L.C. (2020) Qual o papel da atenção primária no cuidado da saúde mental? Disponível em: <https://www.informasus.ufscar.br/qual-o-papel-da-atencao-primaria-no-cuidado-da-saude-mental/>
 50. Mathias, M. (2020) O novo ataque de Bolsonaro ao SUS. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/governo-decreta-fim-do-nasf/>
 51. Ministério da Justiça. (2018) Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>
 52. _____. (2018b) Edital de Credenciamento - SENAD nº 1/2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737
 53. _____. (2022) Edital de Chamamento Público nº 03/2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-de-chamamento-publico-n-3-de-23-de-fevereiro-de-2022-382537342>
 54. Ministério da Saúde. (2001) III Conferência Nacional de Saúde Mental - Cuidar, sim. Excluir, não. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>
 55. _____. (2002) Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
 56. _____. (2011) Portaria nº 3.088 de 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
 57. _____. (2013) Cadernos de Atenção Básica - Saúde mental. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
 58. _____. (2013b) Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html
 59. _____. (2013c) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília.
 60. _____. (2017) Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
 61. _____. (2017b) 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. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
 62. _____. (2017c) Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Bási-

- ca, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
63. _____. (2017d) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
 64. _____. (2018) Resolução nº 35, de 25 de janeiro de 2018. Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0035_06_02_2018.html
 65. _____. (2018b) Resolução nº 36, de 25 de janeiro de 2018. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html
 66. _____. (2018c) Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html
 67. _____. (2018d) 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.. 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
 68. _____. (2018e) 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. 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
 69. _____. (2019) Nota Técnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
 70. _____. (2020) Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020. Fica revogada a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.754-de-14-de-julho-de-2020-266804892>
 71. _____. (2020b) Nota Técnica nº 3/2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp->

[-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf](#)

72. _____. (2021) 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>
73. _____. (2022). Portaria nº 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>
74. _____.; Universidade de Brasília. (2018) Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf
75. Mrejen, M.; Rocha, R. Hiring Mental Health Professionals: Evidence from a Large Scale Primary Care Policy in Brazil. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_Estudo_Institucional_03.pdf
76. Neto, J.A.C et al. (2015) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNYPvyFtbp3bm3bc8S64b3j/?lang=pt>
77. Noal, D.S. et al. (2016) Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8C3LfbM7KrL5QC8zjRmF5KK/?format=pdf&lang=pt>
78. Noal, D.S.; Rabelo, I.V.M; Chachamovich, E. (2019) O impacto na saúde mental dos afetados após o rompimento da barragem da Vale. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zwd-fcHf9XtDC8vdN3FYMPQ/?lang=pt#>
79. Nunes, M. O et al. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?lang=pt>
80. OMS. (2008) Integrating mental health into primary care A global perspective. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
81. OMS. (2019) Respect women: Preventing violence against women. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf>
82. OMM. (2021) Climate change indicators and impacts worsened in 2020. Disponível em: <https://public.wmo.int/en/media/press-release/climate-change-indicators-and-impacts-worsened-2020>
83. OMS. (2020) Gender and women 's mental health. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en

84. _____. (2022) Mental health and Climate Change: Policy Brief. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>
85. ONU. (2020) Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
86. Passos, R.G. (2017) “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_4_Passos.pdf
87. Pereira, M.O.; Passos, R.G. (2017) Desafios contemporâneos na Luta Antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia.
88. Ramminger, T. (2002) A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf#page=107
89. _____. (2005) Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de Saúde Mental. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5675/000518369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
90. _____. (2008) Saúde do trabalhador de Saúde Mental: uma revisão dos estudos brasileiros. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773006.pdf>
91. RAMOS, Silvia et al. Pele-alvo: a cor da violência policial. Rio de Janeiro: CESeC, dezembro de 2021. Disponível em: https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2021/12/RELATORIO_REDE-DE-OBS_cor-da-violencia_dez21_final.pdf
92. Rauber e Souza, V. (2012) Contrarreforma psiquiátrica : o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4703>
93. Rebello, T.J et al. (2014) Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24840160/>
94. Rebouças, O. et al. (2008) O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 624-632.
95. _____.; Legay, L.E; Abelha, L. (2007) Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 2, p. 244-50.
96. Rede Nossa São Paulo. (2021) Viver em São Paulo: Relações Raciais. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Viver-em-S%C3%A3o-Paulo-Quest%C3%B5es-Raciais_2021.pdf
97. Rio de Janeiro. (2020) Monitoramento e informações do COFI-RAPS 2019 e 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDM3NjY%2C>

98. Rio de Janeiro. (2021) Repasse efetuado para o Cofi-RAPS - 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDc3MzA%2C>
99. Saffioti, H. (2015) Gênero, patriarcado, violência. 2ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
100. Senicato, A. B. (2018) Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rSxF9pjYHk5Mw-Q3xrvS5zcT/?format=pdf&lang=pt>
101. Silva, H. C. (2009) Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás. Centro de Apoio Operacional de defesa do cidadão. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMDQvMjIvMDIlfNTFfMzNfODQ3X01hbnVhbF9QYWlsaV9saXZyZXRvX-2VkaWNhb19ibG9xdWVhZGEucGRmIl1d/Manual_Paili_livreto_edicao_bloqueada.pdf
102. Steel, Z et al. (2014) The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/>
103. Vital Strategies. (2022) Covitel - Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/Covitel-Inquérito-Telefônico-de-Fatores-de-Risco-para-Doenças-Crônicas-não-Transmissíveis-em-Tempos-de-Pandemia.pdf>
104. Wenceslau, L.D; Ortega, F. (2015) Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2015.v19n55/1121-1132/pt>
105. Zanello, V. (2017) Gênero, saúde mental e interseccionalidade. In: Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Pereira e Passos (orgs). Rio de Janeiro: Autografia.



agenda
mais **SUS**

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil

agendamais.org.br