

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

2014

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM
FEDERAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS - FENAM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA - SBNp

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



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA




SBNp
sociedade brasileira de
Neuropsicologia

Diretoria Executiva

Presidente: Antonio Geraldo da Silva – DF

Vice-Presidente: Itiro Shirakawa – SP

Diretor Secretário: Claudio Meneghello Martins – RS

Diretor Secretário Adjunto: Dr. Maurício Leão de Rezende – MG

Diretor Tesoureiro: João Romildo Bueno – RJ

Diretor Tesoureiro Adjunto: Alfredo José Minervino – PB

Diretores regionais

Diretor Regional Norte: Aparício Carvalho de Moraes – RO

Diretor Regional Adjunto Norte: Maria da Graça Guimarães Souto – MA

Diretor Regional Nordeste: Fábio Gomes de Matos e Souza – CE

Diretor Regional Adjunto Nordeste: Miriam Elza Gorender – BA

Diretor Regional Centro-Oeste: Juberty Antônio de Souza – MS

Diretor Regional Adjunto Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire – MT

Diretor Regional Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro – RJ

Diretor Regional Sul: Ronaldo Ramos Laranjeira – SP

Diretor Regional Adjunto Sul: Luiz Carlos Illafont Coronel – RS

Conselho Fiscal**Titulares:**

Francisco Baptista Assumpção Júnior – SP

Florence Kerr-Corrêa – SP

Sérgio Tamai – SP

Suplentes:

José Toufic Thomé – SPw

Fernando Grilo Gomes – SP

**Comissão para revisão das Diretrizes da ABP em prol da
Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**

Antônio Geraldo da Silva (DF) - Coordenador

Sérgio Tamai (SP) - Relator

Ana Cecília Petta Roselli Marques (SP) – Co-relatora

Humberto Corrêa da Silva Filho (MG) – Coordenador dos trabalhos presenciais

Agenor Pares de Lima (SP)

Itiro Shirakawa (SP)

Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias (SP)

Claudio Meneghello Martins (RS)

Eduardo Mylius Pimentel (SC)

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (AL)

João Maurício Castaldelli Maia (SP)

João Romildo Bueno (SP)

Kalil Duailibi (SP)

Luiz Carlos Illafont Coronel (RS)

Marcelo Ortiz de Souza (SP)

Maurício Leão de Rezende (MG)

Miguel Ximenes de Rezende (SP)

Otávio José Figueira Verreschi (SP)

Paulo Roberto Repsold (MG)

Quirino Cordeiro Junior (SP)

Rafael Bernardon Ribeiro (SP)

Ronaldo Ramos Laranjeira (SP)

Salomão Rodrigues Filho (GO)

Sônia Augusta Leitão Saraiva (SC)

Valentim Gentil Filho (SP)

SUMÁRIO

- I. **INTRODUÇÃO**
- II. **PRINCÍPIOS ÉTICOS, FILOSÓFICOS E CIENTÍFICOS**
- III. **PROPOSTA DE DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL**
 - NÍVEL PRIMÁRIO
 - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO
 - UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (UABS)
 - NÍVEL SECUNDÁRIO
 - CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)
 - AMBULATÓRIOS GERAIS DE PSIQUIATRIA
 - AMBULATÓRIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS (AME) EM PSIQUIATRIA
 - NÍVEL TERCIÁRIO
 - UNIDADES DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PRONTOS-SOCORROS GERAIS
 - EQUIPES DE PSIQUIATRIA NO SAMU
 - CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL (CAISM)
 - HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ESPECIALIZADOS
 - LEITOS DE LONGA PERMANÊNCIA
 - PROTEÇÃO SOCIAL
 - SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I (LAR ABRIGADO)
 - SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II (PENSÃO PROTEGIDA)
 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA
 - CENTRO DE ABRIGAMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
 - PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL
 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES
 - IDOSOS
 - ÁLCOOL E DROGAS
 - DOENTES MENTAIS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA E POPULAÇÃO PRISIONAL
 - DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS
 - PREVENÇÃO AO SUICÍDIO
 - REABILITAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL
- IV. **FINANCIAMENTO**
- V. **AVALIAÇÃO E CONTROLE**
- VI. **FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**
- VII. **CONCLUSÕES**
- VIII. **CRÉDITOS**
- IX. **BIBLIOGRAFIA**

I. INTRODUÇÃO

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

Os transtornos mentais são doenças crônicas altamente prevalentes no mundo e contribuem para morbidade, incapacitação e mortalidade precoces. Calcula-se que 25% da população geral apresente um ou mais transtornos mentais ao longo da vida (Rodríguez et al., 2009). Somados aos transtornos neurológicos, eles representam 14% da carga global de doenças, e 21% na América Latina (OMS, 2007). Nos países em desenvolvimento, a defasagem no tratamento (proporção dos que necessitam de tratamento e não o recebem) chega a 75%. Na América Latina, essa taxa deve ser maior, pois a qualidade e a efetividade do tratamento, como também as comorbidades, não são estudadas (PAHO, 2009). Um estudo publicado em 2012 mostrou que, na região metropolitana de São Paulo, 29,6% da população apresenta transtorno mental, com grau moderado ou grave em dois terços dos casos (Andrade et al., 2012).

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

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

A ABP discorda da construção de modelos assistenciais em saúde mental centrados em um único equipamento, seja ele qual for. A saúde mental exige equipamentos diferentes para necessidades diferentes. Investe-se na desospitalização sem o concomitante investimento nos equipamentos substitutivos (serviços hospitalares e extra-hospitalares), levando a uma desassistência generalizada.

A maior demanda observada hoje, e sem assistência adequada, é por atendimento secundário efetivo aos transtornos mentais de alta prevalência, os quais, em geral, têm bom potencial de resposta terapêutica. São eles: o primeiro episódio psicótico, as depressões, o transtorno afetivo bipolar, os transtornos

ansiosos, somatoformes e alimentares, e o abuso e a dependência de álcool e outras substâncias. Atenção especial e emergencial deve ser dada aos quadros prevalentes em crianças, adolescentes, mulheres (principalmente gestantes) e idosos.

A elaboração de um modelo de assistência em saúde mental deve levar em conta a rede de atendimento atualmente existente, melhorando sua eficiência. Nesse sentido, os ambulatórios de saúde mental, com acesso a unidades psiquiátricas em hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos, são indispensáveis para uma rede eficaz. Uma unidade psiquiátrica em hospital geral (UP-HG) não deve ser confundida com simples “leitos psiquiátricos em hospital geral”, sem equipes treinadas. Um hospital psiquiátrico moderno pode ser uma instituição aberta e ter um custo operacional menor do que igual número de leitos em hospitais gerais. Ele pode ter ambientes diversificados e equipes multiprofissionais dedicadas ao atendimento específico e diferenciado a psicoses, transtornos do humor, álcool e drogas, adolescência, psicogeriatría, etc.

Há demandas que necessitam de maior atenção. Com o aumento da expectativa de vida dos doentes mentais, há uma demanda cada vez maior de pacientes que necessitam de serviços que possam propiciar cuidados prolongados de enfermagem. A drogadependência vem se tornando um problema crescente e com repercussões além da área da saúde.

Um problema no planejamento das políticas públicas voltadas para a saúde mental é que a qualidade e a resolutividade dos serviços atualmente prestados não são avaliadas: o que é feito, onde, para quem, por que, como, a que custo e com quais resultados.

A médio e longo prazo será necessário valorizar o ensino da psiquiatria nos currículos de graduação, incluindo-a entre as “grandes áreas da medicina”. Da mesma forma, os enfermeiros, psicólogos e demais profissionais de saúde mental deverão receber informações atualizadas e treinamento específico em técnicas de intervenção de eficácia comprovada cientificamente. Avalia-se que cerca de 3% do currículo nas faculdades de medicina e 7% nas faculdades de enfermagem são dedicados a temas de saúde mental (psicologia médica e psiquiatria) (relatório WHO-AIMS, Brasil, 2007).

II. PRINCÍPIOS ÉTICOS, FILOSÓFICOS E CIENTÍFICOS

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

1. Promoção dos direitos humanos dos indivíduos com transtorno mental e seus familiares;
2. Ética, que é o respeito para com a conceitualização da psiquiatria e do transtorno mental;
3. Ética da responsabilidade do psiquiatra com relação ao direito, tratamento e sigilo sobre o paciente que é doente mental;
4. Ética, que deve sempre educar para a diminuição do estigma em relação ao doente mental e suas repercussões;
5. Garantia do direito do doente mental e seus familiares à saúde integral, com acesso às melhores terapêuticas disponíveis fundamentadas em evidências científicas;
6. Promoção da participação do usuário do serviço e seus familiares na avaliação do modelo terapêutico aplicável, assim como estimulação da supervisão e avaliação constantes;
7. Defesa da adequada destinação de recursos financeiros para qualificar a assistência;
8. Influência sobre políticas e elaboração de leis.

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

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

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

Cientes das dimensões continentais do Brasil e de suas diferenças

socioeconômicas e culturais locais e regionais, a ABP apresenta as Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental. Levamos em conta a realidade de nosso país e as necessidades da população, e observamos fielmente o que preceitua a Lei 10.216/2001, que contempla a integralidade na assistência em saúde mental, assim como a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.057/2013. Não propomos um modelo rígido, mas diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal.

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

Um modelo de assistência integral em saúde mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema de referência e contrarreferência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo uma à outra, não concorrendo nem competindo entre si. Para isso, é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e dos meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contrarreferência.

De modo geral, a divisão dos serviços hoje se dá pela distribuição no território e pelo grau de especificidade dos recursos investidos. As necessidades do paciente definem onde ele receberá o cuidado (o paciente não pertenceria a nenhum serviço, passaria por todos de que necessitasse). Na prática, as ações são pouco precisas, o que, pelo lado positivo, apontaria para versatilidades e tentativa de resolubilidade de cada serviço, que pretende fazer tudo. No entanto, o resultado é pífio: o sistema faz pouco, sem efetividade, e de forma desordenada e redundante. A proposta é aperfeiçoar o que existe e equipar as redes regionais com serviços que produzam os resultados esperados. Os serviços que comporão a rede são descritos a seguir.

NÍVEL PRIMÁRIO

- Promoção e prevenção
- Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e apoio à criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais.
- Ações de prevenção do suicídio em função de sua prevalência (em torno de 10.000 mortes/ano no Brasil) e do seu crescimento entre a população jovem, sendo uma causa de morte amplamente prevenível.

- Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares e religiosas, de grupos responsáveis por resgate e atendimento pré e pós-hospitalar e outros.
- Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.
- Ampla divulgação dos serviços de saúde mental, assim como orientação sobre a forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.
- Para que os serviços de cuidados primários (Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família) possam dar assistência psiquiátrica às pessoas com os transtornos mentais mais prevalentes e de menor complexidade, será necessário capacitar os médicos de família e generalistas para diagnosticar e tratar os transtornos mentais comuns e dar atendimento inicial às crises ou criar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sabe-se que as capacitações convencionais mostram-se pouco efetivas, podendo estar distantes da prática diária; não garantem a quebra de resistências nem o engajamento dos profissionais, e não há continuidade de supervisão ou garantias de encaminhamento dos casos mais graves. A proposta é de capacitação continuada, balizada por diretrizes no atendimento dos transtornos mentais contendo especificações tanto das condutas básicas como das competências e fluxos de encaminhamento na rede de assistência. As diretrizes de cuidado utilizadas para os principais transtornos em seus diferentes níveis de atendimento terão como ponto de partida as do Projeto Diretrizes da AMB/CFM (Marques et al., 2012), que fomentam a discussão contínua dos padrões de tratamento e de encaminhamento, envolvem pela cobrança de competências, estimulam práticas baseadas em evidências e possibilitam indicadores de processo e de resultados.
 - Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS)
 - Treinamento de médicos integrantes de Equipes de Saúde da Família e de UABS, de acordo com os critérios estabelecidos pelas diretrizes da ABP, AMB e CFM, para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos de transtornos mentais que não consigam tratar, construindo um sistema de referência e contrarreferência.
 - Esse sistema de referência e contrarreferência deve ser estruturado através da ação de equipes matriciais ligadas à rede de saúde mental (serviço de saúde mental de referência para uma determinada população), que será responsável por dar suporte técnico e de supervisão, através das técnicas de interconsulta e consulta conjunta para um determinado número do Equipes de Saúde da Família e UABS.
 - Criar programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas

em saúde mental específicas para a atenção primária, elaborando diretrizes a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de atenção primária e equipes matriciais.

NÍVEL SECUNDÁRIO

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

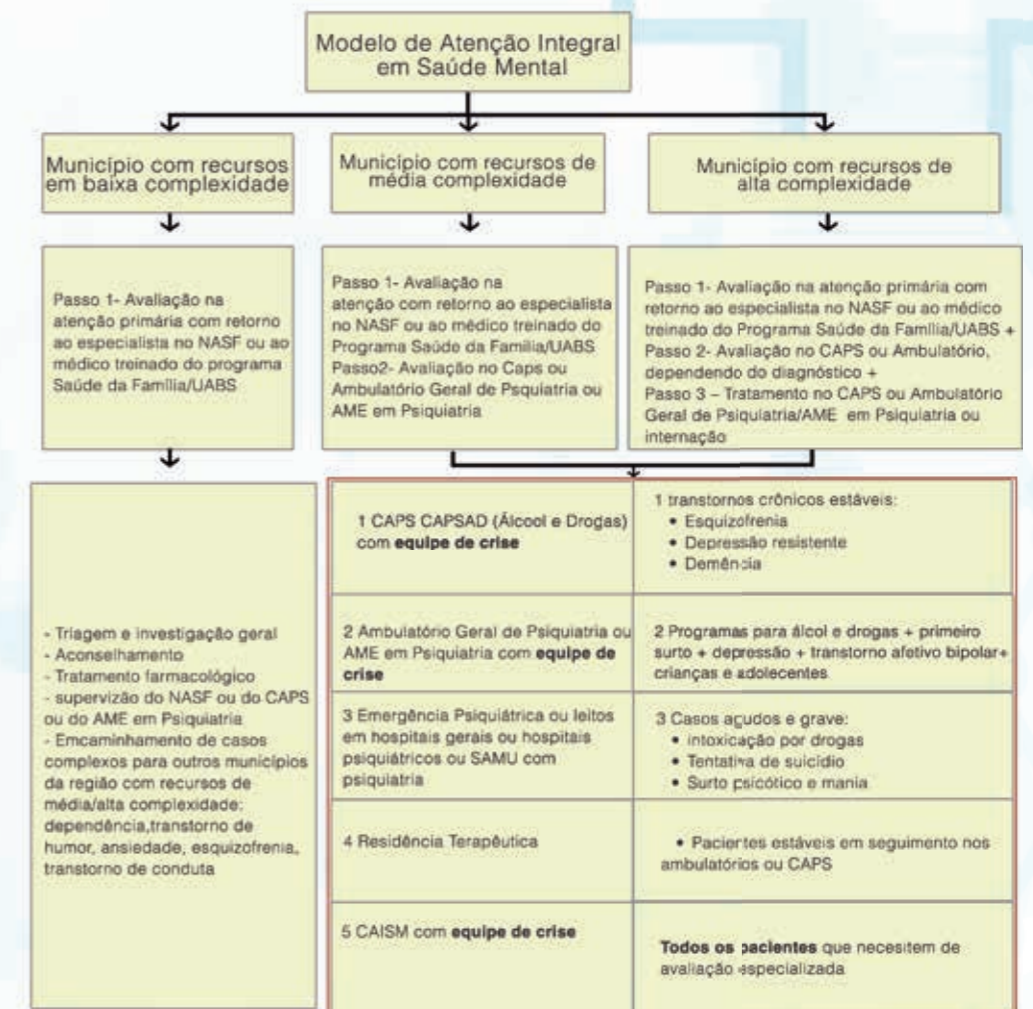
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), focos de grande investimento pelos municípios nessa última década. Os CAPS existentes concentram grande parte dos recursos humanos em saúde mental e devem prover assistência psiquiátrica consoante às necessidades da população de seu território. A melhoria de seu funcionamento passa por diretrizes que especifiquem o perfil do paciente atendido (transtorno mental grave e crônico), uniformizem uma lista mínima de intervenções a serem oferecidas e colaborem para criar indicadores de funcionamento para a avaliação do desempenho das unidades.
- Ambulatórios Gerais de Psiquiatria com equipe de saúde mental organizada de acordo com as demandas existentes em cada local e que façam a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos. O atendimento ambulatorial é eficaz no tratamento e controle das doenças mentais em fase aguda e, quando combinado com a dispensação de medicamentos, mostra uma elevada taxa de resposta terapêutica com baixo custo.
- Ambulatórios Médicos Especializados (AME) em Psiquiatria, com programas de atendimento e público-alvo específicos e compostos por equipe multiprofissional completa. Um atendimento mais intensivo que o ambulatorial, tanto em duração como em frequência de atendimento, tendo a função de complementar o atual sistema de atendimento baseado na atenção básica e nos CAPS, atuando como referência no matriciamento da rede de atenção em saúde mental e na capacitação de recursos humanos.

NÍVEL TERCIÁRIO

Dois dos maiores problemas da assistência em saúde mental no Brasil são a falta de leitos para internação psiquiátrica e o precário atendimento das urgências psiquiátricas. O ideal seria que todo grande serviço de urgências municipal ou regional tivesse em seu corpo clínico psiquiatra de plantão e leitos de observação preparados para acolher o paciente por pelo menos 48 horas (tempo em que grande parte das demandas urgentes pode ser resolvida sem a necessidade de encaminhamento para internação). Na prática, o que existe é a dificuldade estrutural desses serviços, que não apresentam profissionais de saúde capacitados nem espaço para a instalação de leitos psiquiátricos.

- Unidades de Emergência Psiquiátrica em Prontos-Socorros Gerais, específicas para atendimento a emergências psiquiátricas, abertas em tempo integral, com leitos para acolher pacientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas).
- Equipes de Psiquiatria no SAMU, com profissionais treinados para o atendimento de saúde mental (o primeiro atendimento a urgência psiquiátrica, em casa ou mesmo na rua, pode ser decisivo para o encaminhamento do caso). É quase regra geral a observação de que pacientes chegam ao serviço de urgência acompanhados de policiais, algemados ou amarrados, agitados e, por vezes, feridos. Esse paciente tenderá a ser internado, pois seu grau de agitação impedirá qualquer acordo para início de uma medicação, etc. Moradores de rua em crise, com transtorno psicótico ou abuso de álcool e outras drogas, também terão com essas equipes de socorristas a possibilidade de uma abordagem mais adequada, que, casada com internações mais ou menos breves e acompanhamento subsequente no CAPS, poderá mudar radicalmente a evolução do caso, garantindo seu tratamento.
- Centros de Atenção Integral em Saúde Mental (CAISM), que são serviços que devem atuar tanto na atenção secundária como na terciária, pois contemplariam um atendimento completo em todos os níveis de complexidade (ambulatório, pronto-socorro, CAPS, AME, hospital-dia e hospital para internação em tempo integral), exercendo papel de formação e capacitação de profissionais de saúde mental em áreas carentes de recursos humanos, além de dar suporte técnico para os CAPS e as UABS. Os CAISM seriam ideais para regiões e localidades onde uma rede de atenção em saúde mental esteja se estruturando.
- Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, destinadas a internações de pacientes agudos, a priori de curta permanência para pacientes psiquiátricos sem intercorrências ou para pacientes psiquiátricos com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais.
- Hospitais Psiquiátricos Especializados, que são serviços destinados a atender pacientes que necessitem de cuidados intensivos, cujo tratamento não pode ser realizado em serviços de menor complexidade.
- Leitos de Longa Permanência, destinados a pacientes com comprometimento para a manutenção de atividades básicas de vida diária e que não possuem apoio familiar. Esses serviços devem ser financiados também com verbas da assistência social.

A integração dos serviços é a prioridade da política assistencial de transição, para, a seguir, equipar a rede de acordo com as características regionais e recursos disponíveis, como mostra a figura a seguir.



PROTEÇÃO SOCIAL

A doença mental muitas vezes traz uma incapacidade e dependência que exigem políticas públicas vinculadas à assistência social. Soluções dignas, humanizadas e custo-efetivas são necessárias, a exemplo das adotadas em outros países, como no Reino Unido, que adota o modelo de hostels, com apartamentos pequenos e individuais em condomínios terapêuticos urbanos com suporte assistencial 24 horas. Há ainda experiências de moradias assistidas em condomínios rurais. Também há bons provedores de cuidados de longa permanência no Brasil, muitos ligados ao terceiro setor, com expertise em idosos e deficiência intelectual. A interface com a assistência social é grande, e o trabalho intersetorial se faz necessário.

Atualmente existem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), mantidos pelos municípios e financiados pela área da saúde, sem participação da área da assistência social. Esses serviços não atendem as demandas de abrigo e suporte de toda a população necessitada, por se restringirem apenas a pacientes que se encontram internados em instituição psiquiátrica há mais

de 2 anos ininterruptamente ou egressos de manicômios judiciários. Assim, doentes mentais que venham da comunidade não são contemplados.

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

Serviço de Residência Terapêutica I (Lar Abrigado)

Serviço destinado a pacientes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

Serviço de Residência Terapêutica II (Pensão Protegida)

Serviços destinados a pacientes com autonomia comprometida, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

Centro de Convivência

Serviço destinado à convivência de pessoas com variados graus de comprometimento, para recreação e convívio mantidos pela assistência social. Os centros de convivência estariam referenciados a um serviço de assistência de saúde mental de nível secundário.

Centro de abrigamento para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade

Serviço voltado para o abrigamento transitório de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, mantidos pela assistência social e referenciados a um serviço de saúde mental de nível secundário.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL

PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência atingem entre 15 a 20% da população, com predomínio dos transtornos de comportamento disruptivo e transtornos emocionais (Lai, 2000). Seu cuidado depende da própria psicopatologia, bem como das famílias envolvidas.

Como fatores de risco podem ser considerados aqueles que alteram o desenvolvimento da criança, incluindo-se entre eles prematuridade, problemas pré e perinatais, atrasos no desenvolvimento, problemas comportamentais, doenças

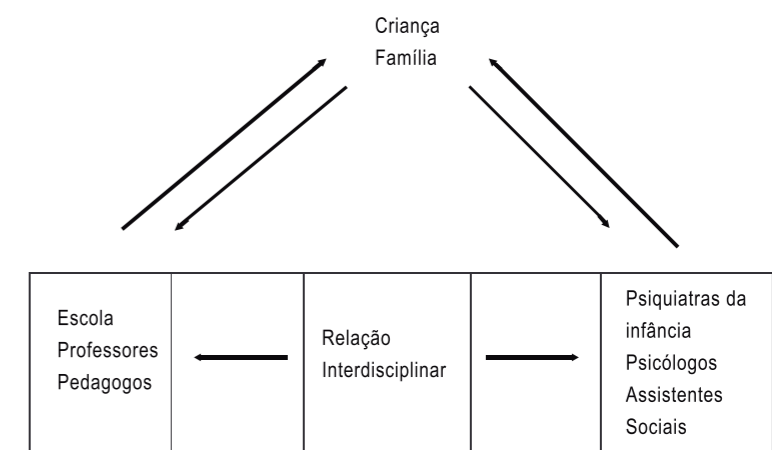
crônicas ou deficiências. Envolvem também patologias familiares e dificuldades sociais. Assim, a interação entre a vulnerabilidade individual e as adversidades ambientais estabelecem o fator de risco. Alguns desses casos podem ser considerados de extrema importância quando da sua inserção em um hospital geral, escola ou creche.

Levando-se em conta essas breves considerações, torna-se evidente que um projeto de saúde mental terá por meta, em primeiro lugar, pensar a criança e o adolescente enquanto populações características, com universos próprios e manifestações comportamentais típicas.

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

Quanto menor é a criança, mais esse processo se torna dependente do grupo familiar, principalmente da mãe, que é quem habitualmente percebe todo e qualquer desvio nesse estado de bem-estar.

Na medida em que a criança se desenvolve, a escola passa também a desempenhar esse papel, constituindo-se, juntamente com a família, no universo da criança.



Visando à implantação de um projeto de saúde mental da criança e do adolescente, podemos estabelecer os passos básicos listados a seguir.

ATENÇÃO PRIMÁRIA

1. Inserção de módulo referente a saúde mental na formação de professores e nas programações escolares de ensino fundamental e médio, enfocando os principais problemas da área.
2. Implementação de um programa sistematizado para identificação precoce e acompanhamento de déficits cognitivos, emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes no âmbito da própria escola.
3. Realizar triagens periódicas de sintomas de transtornos psiquiátricos típicos da infância e adolescência no âmbito da própria escola.
4. Integrar profissionais da equipe de profissionais nos processos de planejamento de práticas inclusivas e elaborações de planos de desenvolvimento individual.
5. Sistematização da avaliação de qualidade de vida das crianças atendidas nos serviços escolares.
6. Avaliação dos eventuais distúrbios de aprendizado e de comportamento surgidos no ambiente escolar.
7. Revisão do ambiente escolar visando à minimização dos fatores de estresse.
8. Elaboração de guias de saúde mental, visando ao esclarecimento de pais e professores quanto aos principais problemas da área, bem como à uniformização de condutas a serem estabelecidas. Esses guias podem ser utilizados em escolas e creches (visando à estimulação de bebês), com treinamento para uso e supervisão periódica das equipes de retaguarda.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Ambulatório Infantil

O ambulatório é o ponto central do sistema, a partir do qual todos os pacientes são registrados e onde se iniciam os processos de diagnóstico e tratamento não passíveis de serem efetuados nos serviços básicos em função de sua complexidade ou gravidade. Atendem, assim, preferencialmente, quadros de agitação, casos psicopatológicos específicos inacessíveis à abordagem em serviços básicos de saúde e psicoses em geral.

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

Programas de psicoterapia breve, a maior parte das vezes dirigidos aos adolescentes, devem estar presentes, bem como programas estruturados de orientação à família em grupo ou individualmente.

Brinquedoteca Terapêutica

Tem como objetivo favorecer a melhora da qualidade de vida de pacientes registrados em um serviço de psiquiatria da infância e da adolescência, bem como de suas famílias. Seu objetivo é propiciar a interação grupal e a aceitação de regras e limites necessários ao convívio social através do brincar, orientando as famílias quanto à possibilidade de desenvolvimento psicossocial de suas crianças e/ou adolescentes. Para tanto, utiliza, enquanto metodologia, atividades lúdicas que usam o brinquedo como objeto intermediário e facilitador e orienta pais individualmente ou em grupo. Atende, assim, crianças até 12 anos ou mais velhas se apresentarem dificuldades cognitivas e sociais acentuadas.

Interconsulta

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

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Hospital-Dia Infantil

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

Enfermaria Infantil

Serviços que são utilizados em poucos casos, inabordáveis sob quaisquer outras formas, de caráter agudo e por pequeno período de tempo, até que os problemas mais emergentes sejam minimizados e os pacientes possam ser inseridos em outros programas. As internações são realizadas quando não há condições médicas de tratamento ambulatorial, sendo a indicação avaliada pela supervisão da enfermaria. Dessa maneira, na medida em que outros modelos terapêuticos mostram sua eficácia (ambulatório, brinquedoteca, hospital-

dia e outros), o índice de internações diminui, sem a necessidade de sua regulamentação.

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

Os pacientes são internados juntamente com um familiar, para que seja preservado o vínculo mãe-filho, importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostra-se de grande importância na diminuição do número de internações, bem como do índice de reinternações.

Um programa assim, por sua abrangência, deve possuir uma equipe complexa, fato este que nos defronta com nossa realidade, extremamente carente na formação de psiquiatras da infância e da adolescência devido ao pequeno privilégio que a especialidade tem tido nos programas de formação em nível de graduação e pós-graduação.

Para a implementação dessas diretrizes, torna-se necessária a determinação de que o atendimento a crianças e adolescentes seja realizado por especialistas na área, devendo estes ser formados a partir de programas básicos, com um mínimo de estrutura teórica e prática referendada pela ABP e ligados a serviços especializados e reconhecidos. É impossível sua realização a partir de cursos livres, ou que o programa seja realizado por médicos (inclusive psiquiatras) sem formação na área, fato observado cotidianamente em nosso país neste momento.

PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA IDOSOS

Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade, o impacto sobre gastos previdenciários e com saúde adquire capital importância, visto que idosos são responsáveis por uma ampla fatia dos custos envolvidos com oferecimento de serviços de saúde. No caso específico da psiquiatria geriátrica, é conhecido o aumento progressivo da prevalência de transtornos cognitivos, mais acentuadamente os transtornos demenciais, à medida que avança a idade. A prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos, apenas para citar um exemplo. Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer. Na verdade, a depressão em idosos é o que se conhece como um dos quatro gigantes de geriatria, sendo os outros três a demência, quedas e infecções.

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

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

Os profissionais envolvidos, sempre em atividades integradas, englobam a equipe de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e musicoterapeutas.

O atendimento a idosos com transtornos psiquiátricos em três níveis de complexidade deve seguir os seguintes passos:

1. Reconhecimento de casos de depressão e demência, além de quadros de ansiedade e psicoses pelas equipes de saúde no serviço primário, incluindo o treinamento dessas equipes em instrumentos básicos de rastreio e quantificação de transtornos, com escalas validadas em nosso meio.
2. Encaminhamento desses casos para os ambulatórios, onde os diagnósticos dos casos suspeitos podem ser refinados a partir do exame médico e exames complementares como a avaliação neuropsicológica e o tratamento instituído. Esses casos serão contrarreferidos para a rede primária, na qual deverá se dar seu acompanhamento.
3. Organização de aulas e equipes de educação sobre temas referentes a idosos na comunidade, juntamente com associações de idosos e de parentes de pessoas idosas com doenças psiquiátricas.
4. Estabelecimento de uma rede integrada de atendimento terciário e quaternário para casos que necessitem de internação.
5. Formação de unidades intermediárias de atendimento, desenhadas para cuidados diários de pacientes com transtornos psiquiátricos, tais como centros-dia para depressão, onde o paciente possa receber atenção e orientação para tarefas ao longo do dia, evitando internação em tempo integral. Inclui unidades de atendimento em centros de atenção diária para demência, visando à reabilitação cognitiva e socialização desses sujeitos.
6. Estabelecimento de práticas dirigidas à promoção de envelhecimento saudável a partir do estímulo a atividades físicas, de lazer, de auto-cuidado e de estimulação cognitiva.

PROGRAMA DE ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA A ÁREA DE ÁLCOOL E DROGAS

Por todos os problemas sociais que o consumo de drogas causa, costuma-se considerar o uso de substâncias como um problema social, e não como um problema de saúde em geral ou um problema relacionado à saúde mental em particular.

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

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

A DQ tem diagnóstico, explicação genética, etiologia e fisiopatologia próprias. Com relação ao diagnóstico, tanto o sistema americano do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) quanto a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde deixam claros os elementos para considerar alguém dependente de uma substância psicotrópica. A ação aguda do álcool e de qualquer droga produtora de dependência, o abuso e a dependência são padrões bastante diferentes e devem ser elucidados quando se inicia o contato com o paciente. A cada padrão deve ser aplicada uma intervenção, sempre a mais eficiente disponível.

Apesar dessas dificuldades inerentes à etiologia da DQ, o tratamento funciona. McLellan et al. (2000), em revisão de mais de 100 ensaios clínicos sobre tratamento da DQ, mostraram que a maioria dos tratamentos produz diminuição do uso de substâncias, melhora da qualidade de saúde física e mental, muito embora sem a necessária cura da doença. O importante é a continuidade dos cuidados pelo sistema de saúde. O Projeto Diretrizes da AMB/CFM (Marques et al., 2012) fornece recomendações para definir modelos de tratamento para cada uma delas.

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

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

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

Em relação à estrutura do tratamento da DQ, vale a pena ressaltar:

1. Não existe tratamento único e ideal para DQ. O ideal seria a organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde física, saúde mental, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc.), buscando a proporcional diversidade de soluções.
2. Devido à natureza da DQ, alguns pacientes podem beneficiar-se de intervenções breves, enquanto outros podem necessitar de tratamentos mais sistematizados e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recursos.
3. Um sistema de tratamento efetivo deveria ter vários tipos de locais onde as ações terapêuticas pudessem ocorrer:
 - Tratamentos genéricos, relacionados à saúde física geral, assistência social adequada, orientação profissional;
 - Tratamentos sistematizados ambulatoriais, como terapias cognitivas, motivacionais, treinamentos de habilidades sociais, grupos de apoio psicológico, grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente), manejo de contingências e prevenção de recaída;
 - Tratamentos intensivos e especializados, com internações em hospital geral, clínicas especializadas, moradias assistidas para dependentes químicos.
4. O objetivo do tratamento é buscar a correspondência entre a natureza e a intensidade dos problemas com a melhor estratégia de tratamento, bem como o melhor local e intensidade do tratamento. Deve-se buscar também um ecletismo esclarecido, onde diferentes doutrinas e escolas de tratamento possam conviver harmonicamente, desde que baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Como a tendência é o tratamento ser feito por tempo prolongado, a sociedade não pode custear intervenções que não tenham suficientes evidências de resultados satisfatórios.

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

Tabela - Nível de serviço, forma de tratamento e serviço

Nível	Forma	Serviço
Primário	Cuidados Primários de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço de acompanhamento médico por clínico geral - Serviço de cuidados psiquiátricos gerais - Tratamento das principais complicações somáticas - Prevenção de doenças transmissíveis pelo uso de substâncias causadoras de dependências - Emergências e acidentes - Desintoxicação ambulatorial - Orientação familiar - Intervenção/orientação breve - Encaminhamento para serviços mais complexos
Secundário	Ambulatório com Acesso Facilitado (Comunitário) ou Ambulatório Médico Especializado	<ul style="list-style-type: none"> - Orientações psicológicas baseadas em evidências (terapias cognitivo-comportamental, motivacionais, treinamentos de habilidade social) - Grupos terapêuticos para facilitar a abstinência - Grupos de orientação profissional (reabilitação psicossocial) - Programa de facilitação de acesso ao tratamento - Avaliação e orientação de comorbidades psiquiátricas - Desintoxicação ambulatorial medicamentosa - Orientação familiar estruturada
	Ambulatório Especializado em DQ	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento de comorbidades psiquiátricas complexas - Tratamentos psicológicos estruturados associados com orientação familiar - Desintoxicação complexa - Hospital-dia - Intervenção estruturada em crise - Núcleo de atenção a pacientes com duplo diagnóstico
Terciário	Programa de Internação em Hospital Geral	<ul style="list-style-type: none"> - Internação em unidade especializada - Desintoxicação complexa e com comorbidade somática e/ou psiquiátrica - Tratamento de intercorrências somáticas - Tratamento de comorbidades psiquiátricas
	Programa de Internação em Unidades Especializadas	<ul style="list-style-type: none"> - Programas estruturados para avaliação e tratamento de comorbidade psiquiátrica e DQ - Programas complexos de reabilitação psicossocial com longa duração (mais de 3 meses) - Moradias assistidas

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

Cada estabelecimento prisional deve contar com equipe de saúde completa para atendimento em nível de atenção básica, dimensionada proporcionalmente à sua população prisional e preferencialmente capacitada para o atendimento das doenças mentais mais prevalentes. Assim, no próprio ambiente prisional, poderia ser prestado atendimento a casos mais leves que não necessitassem remoção para hospitais forenses ou para a rede de média complexidade local. Isso tem dupla vantagem: o atendimento seria prestado mais rapidamente, pois os profissionais estariam mais próximos do apenado, e o risco do duplo estigma seria diminuído (condição de criminoso e doente mental que acompanha todo aquele que tem passagem por hospitais forenses). No entanto, casos de doença mental grave devem ter seu tratamento realizado em serviços adequados, de acordo com indicação técnica, seguindo a Lei 10.216/2001, o Código Penal e o Código de Processo Penal.

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

É indispensável que o Sistema Único de Saúde tenha participação no custeio das despesas decorrentes do atendimento desses pacientes, o que proporcionaria melhores condições de funcionamento dessas instituições.

Os serviços penitenciários devem desenvolver programas específicos para a prevenção do suicídio e para o manejo do abuso e dependência de substâncias psicoativas. Quando da proximidade de livramento condicional ou soltura, as equipes de saúde mental devem estabelecer contato com unidades extra-hospitalares (CAPS, ambulatórios de saúde mental, etc.), de forma a garantir a continuidade do tratamento psiquiátrico fora do ambiente prisional para os indivíduos que dele necessitem.

Considerando que não há evidências científicas da relação entre doença mental e periculosidade, torna-se necessário desenvolver campanhas para quebrar esse estigma e excluir, no Código Penal, o doente mental da condição de perigoso, pelo simples fato de padecer de uma enfermidade psiquiátrica.

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Sobre a distribuição de medicamentos essenciais e de alto custo, encontra-se no Relatório de avaliação de programa: ações de atenção à saúde mental, do Tribunal de Contas da União, a seguinte afirmação: “Entrevistas com gestores estaduais e municipais, com responsáveis pelos CAPS e SRT, além de relatos de familiares e pacientes, evidenciaram deficiências na distribuição dos medicamentos destinados aos portadores de transtornos mentais, traduzidas pela descontinuidade na distribuição dos medicamentos essenciais e demora na distribuição dos medicamentos de alto custo. Nas respostas aos questionários dos CAPS, 41,3% dos respondentes informaram que os pacientes não obtêm os medicamentos sempre que solicitam”.

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

Nas unidades de atenção secundária, além dos medicamentos da cesta básica, devem ser dispensados medicamentos de alto custo. Nesse caso, a ABP, respaldada pela AMB e pelo CFM, fará as propostas dos protocolos para prescrição, atualizando-os periodicamente, respeitando os princípios éticos do receituário médico estabelecidos pelo CFM.

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

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

A ABP propõe que uma estratégia nacional para a prevenção ao suicídio deva ter um programa especial que observe os seguintes preceitos:

1. Promover a educação dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização em relação a fatores de risco e prevenção ao comportamento suicida.
2. Garantir que todos os pacientes atendidos pelo sistema de saúde, após uma tentativa de suicídio (que já é de notificação obrigatória), sejam encaminhados para acompanhamento prioritário nos serviços especializados e atendidos nas primeiras 72 horas após o ocorrido por, pelo menos, um médico psiquiatra.
3. Elaborar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio.

Para isso, a ABP propõe que se faça nos três níveis de atenção à prevenção, como descrito a seguir.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

1. Realização de atividades referentes ao 10 de setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio: caminhadas, simpósios, exposições ou outros, com o intuito de informar a população geral sobre essa prevenção, contribuindo via desmitificação e competências adquiridas pela população.
2. Garantia de formação de professores e educadores para que possam estar aptos a identificar possível risco de suicídio em estudantes e realizar os encaminhamentos necessários.
3. Elaboração de guias e cartilhas de prevenção do suicídio, tanto para a população geral quanto para os profissionais de diversos âmbitos, como professores, clínicos, profissionais de mídias, entre outros.
4. Maior regulamentação da comercialização de agentes tóxicos, gerando maior restrição em sua disponibilidade e possibilidades de comércio.
5. Incentivo para maior geração de indicadores locais e nacionais de casos de tentativas de suicídio e suicídios, para que as ações possam ser mais focais e eficazes.
6. Regulamentação do suicídio como caso de notificação compulsória,

considerando-se que existe um grande problema de subnotificação desses casos, o que dificulta a realização de estudos confiáveis e condizentes com a realidade e, conseqüentemente, prejudica as possíveis ações a serem realizadas.

7. Efetiva implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, contemplando os diversos âmbitos da sociedade.
8. Formação de uma equipe de atenção primária capacitada para identificar casos de risco de suicídio e saber os possíveis e melhores encaminhamentos.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

1. Priorização, para atendimento, de pacientes em risco de suicídio, considerando o caráter grave e, muitas vezes, urgente dessa condição, de forma que esses pacientes não precisem esperar muito pelo início de seu acompanhamento.
2. Criação de um módulo básico de prevenção do suicídio, do qual todos os profissionais na rede de saúde deverão ter domínio, para que possam estar aptos a lidar com esses pacientes e realizar a prevenção do suicídio. Como competências básicas, podem ser listadas: como abordar e entrevistar pacientes em risco de suicídio; avaliação de risco suicida; identificação de fatores de risco e de proteção ao suicídio; como promover a prevenção primária, secundária e terciária do suicídio.
3. Criação de um protocolo de atendimento para pacientes em risco de suicídio.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

1. Garantia de que todos os pacientes atendidos pelo sistema de saúde, após uma tentativa de suicídio (que já é de notificação obrigatória), sejam encaminhados para acompanhamento prioritário nos serviços especializados e atendidos nas primeiras 72 horas após o ocorrido por, pelo menos, um médico psiquiatra.
2. Acompanhamento e monitoramento, pelas autoridades de saúde, para certificar que os indivíduos que fizeram uma tentativa de suicídio estão efetivamente sendo tratados, realizando buscas ativas para os casos em que isso não esteja ocorrendo.
3. Aparelhamento das instituições com medidas de proteção ao suicídio no ambiente institucional, possibilitando internamentos que serão seguros para esses pacientes.

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

REABILITAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

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

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

A ajuda às pessoas com incapacidades decorrentes de um transtorno psiquiátrico para aumentar o nível de seu desempenho de tal forma que possam sentir-se bem-sucedidas e satisfeitas deve ser feita através de alternativas residenciais, facilitação do transporte, programas de suporte comunitário (centros de convivência), oficinas de trabalho protegidas, suporte à atividade escolar, grupos de autoajuda e defesa de direitos.

IV. FINANCIAMENTO

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

Os recursos escassos são aplicados sem a transparência necessária, tornando difícil a obtenção de estimativas precisas. Não há uma rubrica específica da área de saúde mental no orçamento do Ministério da Saúde, e os recursos estão pulverizados sob a forma de verbas inseridas em ações de outras áreas. Isso dificulta o planejamento e a avaliação da efetividade e do custo-benefício dos programas e iniciativas.

V. AVALIAÇÃO E CONTROLE

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

Os parâmetros para avaliação devem ser estabelecidos com critérios científicos em todos os níveis de atenção; devem ser claros e compatíveis com a remuneração. As modificações dos instrumentos de avaliação devem ter como objetivo o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços. As avaliações devem ser periódicas, realizadas em intervalos predefinidos, oferecendo-se aos serviços tempo suficiente para as modificações.

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

VI. FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

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

Nesse sentido, consideramos fundamental uma política de formação e educação continuada que tenha a universidade, principalmente a pública, como o local privilegiado de formação e capacitação do profissional de psiquiatria e saúde mental, em todos os níveis, do técnico ao superior.

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

VII. CONCLUSÕES

1. A ABP, como representante de 12.000 psiquiatras brasileiros, vem defendendo, desde os anos 1960, a reformulação do modelo da assistência em saúde mental no Brasil. Ao longo de seus 48 anos de existência, a ABP sempre lutou por um atendimento eficaz, eficiente, de qualidade e digno para os doentes psiquiátricos, contribuindo, assim, para a elaboração da Lei 10.216/2001.
2. A criação do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e controle social, constituiu-se em extraordinário avanço para toda a população brasileira, significando muito para os doentes psiquiátricos. Mas, lamentavelmente, não foram criados serviços de nível primário e secundário em saúde mental de acordo com as necessidades. Os serviços de nível terciário criados são insuficientes em formato e número e têm se deteriorado progressivamente, com grave comprometimento da qualidade da assistência.
3. A Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é abrangente e moderna em todos os aspectos, acolhe as necessidades dos doentes mentais em seus mais diversos graus de complexidade e cria condições para que a burocracia governamental aperfeiçoe a assistência existente, o que ainda não está sendo feito em tempo e forma adequados.
4. O modelo assistencial que vem sendo implantado e executado pelo Ministério da Saúde não respeita a Lei 10.216/2001 no seu todo. Portanto, é nossa posição que tal implantação não pode nem deve prosseguir.
5. O modelo assistencial adotado vem progressivamente excluindo o médico psiquiatra da assistência ao doente mental e a ele tem atribuído as mazelas do sistema. Por isso, a ABP reitera a importância da atuação efetiva do psiquiatra na atenção aos doentes mentais, ressaltando que seu trabalho é imprescindível.
6. É imperativa a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental que efetivamente atenda as necessidades dos pacientes em todos os níveis de assistência, que conte com estabelecimentos e equipes de intervenção capazes de atuar na promoção, prevenção, atenção e reabilitação.
7. A desassistência aos pacientes psiquiátricos pode ser observada nas longas

filas para marcação de consultas psiquiátricas, na superlotação das emergências psiquiátricas, na ocupação de leitos acima de 100% e no grande número de enfermos nos cárceres e nas ruas.

8. Recomenda-se a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do Sistema Único de Saúde, considerando sua sólida base científica, eficácia e efetividade.
9. A exclusão do hospital psiquiátrico especializado da rede de assistência não se sustenta cientificamente e está gerando desassistência aos doentes mentais.
10. A atual política de medicamentos do Ministério da Saúde precisa ser aperfeiçoada para garantir que a dispensação gratuita da cesta básica de medicamentos tenha qualidade, seja periodicamente atualizada e mantenha a continuidade do fluxo de distribuição. É preciso garantir também a dispensação gratuita de medicamentos de alto custo, deixando de privilegiar indicações para determinados diagnósticos e de promover reserva de mercado, revisando periodicamente seus critérios, dispensando os medicamentos para pacientes em qualquer serviço em que estejam sendo tratados, seja em nível ambulatorial ou de internação, e garantindo a continuidade do fluxo de distribuição.
11. A parcela do orçamento anual da saúde destinada à saúde mental é de 2%. Os recursos atuais são insuficientes, e seu emprego é pouco transparente.
12. É necessário incentivar a migração de psiquiatras do setor privado para o público, motivando-os com remuneração adequada e programas nos quais acredite, nos moldes do Programa Saúde da Família.
13. A ABP, no âmbito de sua competência e objetivando contribuir efetivamente para a implantação, com êxito, do modelo ora proposto, assume o compromisso de auxiliar a estabelecer parâmetros de necessidades para a adequada assistência em saúde mental no Brasil, de definir e atualizar critérios técnicos de indicação dos medicamentos de alto custo, assim como de participar de maneira efetiva na capacitação em saúde mental dos médicos generalistas e na educação continuada dos psiquiatras.
14. AABP continuará acompanhando, avaliando e exigindo a implantação e implementação de uma política de saúde mental para o Brasil, com bases em evidências científicas, em compromissos éticos e sociais, com a efetiva participação dos médicos e baseada na Lei 10.216/2001 e em resoluções do Conselho Federal de Medicina.

VIII. CRÉDITOS

Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria:

Antônio Geraldo da Silva (DF)

Presidente

Itiro Shirakawa (SP)

Vice-Presidente

Claudio Meneghello Martins (RS)

Diretor Secretário

Maurício Leão de Rezende (MG)

Diretor Secretário Adjunto

João Romildo Bueno (RJ)

Diretor Tesoureiro

Alfredo José Minervino (PB)

Diretor Tesoureiro Adjunto

Grupo de Avaliação:

Antônio Geraldo da Silva (DF) - Coordenador

Sérgio Tamai (SP) - Relator

Ana Cecilia Petta Roselli Marques (SP) – Co-relatora

Humberto Corrêa da Silva Filho (MG) – Coordenador dos trabalhos presenciais

Agenor Pares de Lima (SP)

Itiro Shirakawa (SP)

Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias (SP)

Claudio Meneghello Martins (RS)

Eduardo Mylius Pimentel (SC)

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (AL)

João Maurício Castaldelli Maia (SP)

João Romildo Bueno (SP)

Kalil Duailibi (SP)

Luiz Carlos Illafont Coronel (RS)

Marcelo Ortiz de Souza (SP)

Maurício Leão de Rezende (MG)

Miguel Ximenes de Rezende (SP)

Otávio José Figueira Verreschi (SP)

Paulo Roberto Repsold (MG)

Quirino Cordeiro Junior (SP)

Rafael Bernardon Ribeiro (SP)

Ronaldo Ramos Laranjeira (SP)

Salomão Rodrigues Filho (GO)

Sônia Augusta Leitão Saraiva (SC)

Valentim Gentil Filho (SP)

Comissão Revisora:

Antônio Geraldo da Silva (DF)

Sérgio Tamai (SP)

Associados que enviaram sugestões:

Adriana Mendonça Rodrigues (AM)

Alexandre Martins Valença (RJ)

Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros (RS)

Fabio Gomes de Matos e Souza (CE)

Francisco Baptista Assumpção Junior (SP)

Juberty Antonio de Souza (MS)

Katia Mecler (RJ)

Lisieux Elaine de Borba Telles (RS)

Mauricio Viotti Daker (MG)

Osvaldo Luiz Saide (RJ)

Paulo Knapp (RS)

Rafael Moreno Ferro de Araújo (RS)

Raimundo Alonso Batistade Aquino (CE)

Renan Boeira Rocha (SC)

Ricardo Barcelos Ferreira (MG)

Tíbor Rilho Perroco (SP)

Valeska Marinho Rodrigues (RJ)

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:43-6.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

4. Brasil, Conselho Nacional de Secretários da Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde; 2011.
5. Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.057/2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.
6. Dratcu L. Acute hospital care: the beauty and the beast of psychiatry [editorial]. *Psychiatr Bull.* 2002;26:81-2.
7. Gentil V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de 'Reforma Psiquiátrica'. *Rev USP.* 1999;43:6-23.
8. Gentil V. Manicômio, asilo ou hospital psiquiátrico? *Jornal Psiquiatria Hoje.* Associação Brasileira de Psiquiatria. Ano XXII, número 1, 2000-10-18.
9. Gentil V. Entrevista a Mônica Teixeira. *Temas.* 2005;68/69:103-26.
10. Grob GN. *The mad among us.* New York: The Free Press; 1994.
11. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive accreditation manual for hospitals.* Illinois: Oakbrook Terrace; 1996.
12. *Jornal Brasiliense de Psiquiatria.* Associação Brasiliense de Psiquiatria. Ano III, n. 5, junho 2006.
13. *Jornal do Conselho Federal de Medicina.* Junho/julho 2000.
14. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *JAMA.* 2000;284:1689-95.
15. Manifestação sobre as propostas de reformulação da política de saúde mental. *Rev Psiquiatria Clin.* 1993;20:33-42. Republicado pelo *J Bras Psiquiatr.* 1993;42:169-76.
16. Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Abuso e dependência de múltiplas drogas. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes 2012. http://www.projetediretrizes.org.br/projeto_diretrizes2013/drogas.pdf

17. Murray C. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
18. Papeschi R. The denial of the institution. A critical review of Franco Basaglia's writings. *Br J Psychiatry*. 1985;146:247-54.
19. Pederzini A. Programar a psiquiatria. *Hospitalidade*. 1986;50:15-20.
20. Rocha F. Hospício e colônias do Juquery. São Paulo: Brasil; 1912.
21. Rodrigues-filho S. Atenção em saúde mental no Brasil. Texto apresentado no I Seminário Goiano de Saúde Mental; 1986.
22. Saraceno B. Desinstitutionalisation. *Psychiatrie Française (Rev des Syndicats de Psychiatrie Française)*. 1990;3:13-17.
23. Saraceno B. Il progetto dell'Istituto Mario Negri: salute mentale in America Latina. *Epidemiol Psichiatria Social*. 1994;3:49-58.
24. Sarli V. Per un trattamento dello psicotico grave nel servizio psichiatrico. *Fogli di Informazione*. 1986;119:3-11.
25. Schneider L. O uso político da psiquiatria: a luta antimanicomial. *Jornal Mineiro de Psiquiatria*. 2003;22, ano IX.
26. Sonenreich C. Comentários em relação à entrevista do Prof. Valentim Gentil. *Temas*. 2005;68/69:126-34.
27. Talbott JA. Community care for the chronically or mentally ill. *Psychiatr Clin N Am*. 1985;8:437-46.
28. Thomas CR, Holzer CE. National distribution of child and adolescent psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:9-16.
29. Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: ações de atenção à saúde mental. Brasília: Tribunal de Contas da União; 2005.
30. Trudel JF, Lessage A. Le sort des patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants lorsqu'il ny a pas d'hôpital psychiatrique. *Sante Mental au Québec* 2005; XXX 1:47-71.
31. Wallace SA, Crown JM, Cox AD, Berger M. Child and adolescent mental health. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997.

32. WHO Global Health Atlas. <http://www.who.int/globalatlas/>
33. Rodriguez et al., 2009 : Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, editors. *Epidemiología de los transtornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; 2009.
34. WHO (2007) Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization.
35. PAHO, 2009: Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on mental health. Resolution CD49.R17 of the 49th Directing Council. Washington DC: PAHO; 2009.
36. Andrade et al., 2012: Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, et al. (2012) Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE* 7(2): e31879. doi:10.1371/journal.pone.0031879.
37. Relatório WHO-AIMS, Brasil, 2007 : WHO-AIMS Brasil www.health.gov.br/www/index.php/publications/mental-health/337-who-aims-report-on-mental-health-systems-in-br 2007.



**ABP - Rio de Janeiro /Av. Rio Branco, 257 - 13º andar /salas 1310/15 -Centro
CEP: 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ / Telefax: (21) 2199.7500
Site: www.abp.org.br /E-mail: imprensa@abpbrasil.org.br**