

ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DA BAHIA - 2008

MENTAL HEALTH ANALYSIS OF DE STATE OF BAHIA — BRAZIL 2008

Antonio R. Rabelo e Domingos M. Coutinho

Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia; Salvador, BA, Brasil

A Constituição de 1988 realçou, mais que qualquer outra, a função proativa da justiça brasileira em busca não apenas da liberdade e igualdade de seus cidadãos, mas sobretudo da equidade, no sentido de propiciar acesso a quem mais precisa. Os Ministérios Públicos, Federal (MPF) e Estaduais (MPF), vêm cumprindo essa função constitucional. Na área da saúde cada vez mais se especializam seus promotores para esse fim e a saúde mental tem ocupado lugar de destaque por estar intrinsecamente ligada aos direitos individuais e civis. Foi com esse objetivo que, certamente, o MPF-BA solicitou ao CRM-BA, através de quatro tópicos, avaliação da saúde mental no Estado da Bahia. O presente artigo traz a público o Relatório encaminhado ao MPF pelo CRM-BA que, ao mesmo tempo, autorizou seus autores a fazer a presente publicação, que tomou como roteiro os tópicos encaminhados pelo próprio MPF: a) Avaliação das ações de reestruturação da atenção em saúde mental no estado da Bahia; b) Suficiência ou não do equipamento disponível (CAPS, leitos em hospitais gerais, hospitais-dia e outros) e de recursos humanos no sistema público de saúde; c) Efetividade das ações, visando a desinstitucionalização no âmbito do Estado; e d) outras informações julgadas de interesse. Para cada tópico foram descritas as situações reais da saúde mental, feitos comentários e, por fim, assinaladas algumas sugestões de interesse dos gestores federal, estadual e municipais.

Palavras-chave: Saúde mental no Brasil, Psiquiatria no Brasil, reforma psiquiátrica, sistema público de saúde.

The Constitution of 1988 emphasizes, above all, the proactive role of the Brazilian justice system in reaching not only the freedom and equality of its citizens, but, especially, equity, in the sense of propitiating access to those who need it most. The Federal and State Public Ministries (MPF) have been fulfilling this constitutional role. In the health care area, prosecutors are becoming increasingly specialized, and mental health has occupied a prominent place for being intrinsically linked to individual and civil rights. It is certainly for this reason that the MPF-BA requested of the CRM-BA, through four topics, an assessment of mental health in the state of Bahia. This article publicly presents the Report sent to the MPF by the CRM-BA which, at the same time, authorized its authors to create this publication which took as a guide the topics sent by the MPF itself: a) assessment of re-structuring actions of mental health in the state of Bahia; b) sufficiency or insufficiency of available equipment (CAPS, hospital beds in general hospitals, day hospitals, and others) and of human resources in the public health system; c) effectiveness of actions aiming at the desinstitutionalization in the state ambit; and d) other information judged as interest. For each topic real situations in mental health were described, comments were made, and finally, some suggestions of interest to federal, state, and municipal managers were pointed out.

Key words: Mental health in Brazil, Psychiatry in Brazil, Psychiatric reformation, public health system.

A saúde mental no Brasil tem sido objeto de intensa discussão nas duas últimas décadas justamente pelo fato de o serviço público de saúde haver optado, desde 1991, por um modelo comunitário de assistência substitutivo ao tradicional centrado no hospital psiquiátrico, que consumia ao redor de 94% dos recursos financeiros gastos nesse setor.

Além do aspecto técnico propriamente dito, restrito anterior e predominantemente à melhoria dos transtornos mentais ou psiquiátricos, a ampliação do conceito do cuidado como promoção da saúde e bem estar das populações trouxe uma pretensão bem maior e, por conseguinte uma conformação multidisciplinar ampla, cujos atores passaram a ser, não mais as categorias profissionais tradicionais da medicina e da enfermagem, mas as demais relacionadas de qualquer modo com saúde: do direito, das ciências sociais, das ciências políticas, da administração pública, do trabalho e lazer.

Essa amplitude do cuidado se deveu, ainda, pela condição particular e histórica de segregação dos portadores de transtornos mentais, secularmente arraigada na cultura, na teoria e técnica da especialidade, ter sido contraditada agora pelas idéias e diretrizes da Reforma Psiquiátrica (RP), cujo objetivo maior do cuidado é a *inclusão social* desses portadores.

Recebido em 17/07/2008

Aceito em 12/10/2008

Endereço para correspondência: Prof. Antonio R Rabelo. Av. Reitor Miguel Calmon, s/nº, bairro Vale do Canela. CEP: 40110-100. Salvador, Bahia. C-elo: arrabelo@ufba.br.

Esta matéria se constituiu, no CRM-BA, no PC Nº 148985/08, em atenção ao Ofício nº 0018/2008/NTC/ND de 20/02/2008, Referente ao Procedimento Administrativo nº 1.14.000.000371/2002-11 - Reestruturação do setor de saúde mental no Estado da Bahia, com prazo de resposta até 02/04/2008.

A implantação, pois de uma nova rede de cuidado nesses moldes, de natureza comunitária distrital com uma grande quantidade de novos atores e serviços e com a alocação de significativos recursos financeiros públicos não poderia deixar de provocar discussões, críticas, avaliações e propostas, como vem ocorrendo e, certamente o continuará, para o bem de todos os envolvidos e da saúde mental.

Metodologia

O presente trabalho objetivou responder aos quatro pontos listados pelo MPF – Ministério Público Federal no Estado da Bahia, diagnosticando as situações destacadas e analisando-as com base na literatura disponível. Antes disso, achou-se conveniente precedê-los com um histórico sobre as razões, os fatores, os personagens envolvidas e o resultado dos movimentos sociais e das instituições públicas relacionadas à RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira no país e, em particular, no Estado da Bahia, objeto central da solicitação do MPF.

A análise tomou como roteiro cada um dos quatro quesitos do MPF em separado. Para cada um deles foram listados os elementos relacionados com respeito a ações, políticas públicas correspondentes e aparelhamento dos serviços para tal fim, recorrendo-se ao uso de quadros de dados. Ao final de cada conjunto desses elementos foram feitos comentários tópicos correspondentes.

A conclusão final analisou o conjunto das matérias dos quatro pontos do MPF como um todo, fazendo recomendações para os gestores e interessados na saúde mental do País e do Estado.

Pelo fato das matérias em estudo terem sido amplas e complexas e se acreditar que os resultados do presente estudo pudessem subsidiar medidas úteis e eficazes sobre a atual realidade da saúde mental em questão, resolveu-se tratá-las de modo fundamentado orgânico e com a apresentação de dados disponíveis em literatura referida.

Histórico

As décadas 60 – 70 foram período exuberante de movimentos sociais e institucionais de crítica à prática e teoria da psiquiatria, dentre os quais o da *Anti-psiquiatria* fundamentada filosoficamente por Michel Foucault (1961) e militada na Inglaterra (R.D. Laing, D. Cooper e A. Esterson, 1965), o da Comunidade Terapêutica (M. Jones, 1969) e o da Psiquiatria Democrática (F. Basaglia, 1978). Tais movimentos tinham como base e ponto crítico, até então, o cuidado da Psiquiatria como especialidade da Medicina, baseando-se quase que exclusivamente na assistência desenvolvida nos hospitais especializados (Hospitais Psiquiátricos), comumente de grande porte, com até 2.000 a 5.000 internos, a ineficácia de suas práticas, o grande tempo de permanência nesses serviços, que chegava até a mais de 3 décadas, a iatrogenia provocada por essa segregação social de fração significativa da população e o desrespeito aos direitos individuais e civis dos internados, cuja consciência foi mais clara nas duas

últimas décadas do século passado. Tal consciência concluía, que minorias sociais portadoras de particularidades (idosos, índios, tuberculosos, hansenianos, menores, mulheres e portadores de transtornos mentais graves e persistentes ... etc.), ao invés de serem segregadas da Sociedade em razão de suas particularidades naturais, a Sociedade deveria, como função ontológica sua, possuir as tecnologias adequadas para propiciar a elas poder nela *con-viver*, juntamente com os demais cidadãos.

A década de 80 foi, no Brasil, período marcante dos movimentos sociais de reconquista da democracia. O movimento sanitário brasileiro caminhou paralelamente a esses movimentos e resultou, com a IX Conferência Nacional de Saúde (Nov. 1991), num sistema público de saúde de característica coletiva, de participação da Sociedade em sua elaboração, implantação, manutenção e controle, diferentemente dos anteriores, burocráticos, de gabinete e sem a participação devida da Sociedade. A consequência institucional foi a inclusão na Constituição Brasileira⁽¹⁹⁾ nos artigos 196 a 200, da saúde como direito de todos e dever do Estado. Constituída, dessa vez, como promoção, prevenção e recuperação da saúde (Art. 196), com a descentralização, atendimento integral e participação da Comunidade e com definição clara das fontes de recursos (Art. 199), o que resultou na implantação do SUS – Sistema Único de Saúde, baseado no princípio de universalidade, igualdade, equidade e integralidade. As diretrizes formalizadas em ambas as Leis Orgânicas da Saúde^(20,21) regulamentaram a descentralização das ações e seu financiamento pelos três gestores do SUS (União, Estados e Municípios), bem como o controle social de representantes da Sociedade, através dos Conselhos Federal, Estaduais e Municipais e as periódicas Conferências de Saúde nos três níveis de gestão. Apesar da natural complexidade, face aos fatores políticos, econômicos, financeiros, científicos, técnicos e sociais envolvidos com a saúde, esse sistema público de saúde brasileiro – o SUS – vem se aperfeiçoando a cada dia, graças às diversas forças sociais existentes na sociedade brasileira.

No que tangeu à psiquiatria, os movimentos sociais de Reforma Psiquiátrica tiveram ênfase, no Brasil, na metade da década de 70 à de 80. No nível institucional público, contudo não se conseguiu reverter o modelo *hospitalocêntrico*, nem mesmo com certa ênfase dada à *ambulatorização* e descentralização das ações de saúde. Em 1982 a SESAB procedeu a uma relativa reestruturação de suas ações de saúde mental⁽³³⁾, através de a) diminuição do número de internos do antigo Hospital Juliano Moreira (mais de 1.000), com a construção do novo Juliano para apenas 240 leitos; b) serviços de Emergência (nos Centros de Saúde Mental Mário Leal, A. Novis e no Hospital Juliano Moreira); c) implantação de um núcleo de pacientes crônicos com estrutura arquitetônica baseada em conjunto de células/casas para número pequeno de pacientes (6 a 8); d) implantação de 2 Centros Comunitários em Salvador (Mário Leal e Aristides Novis, nos bairros do IAPI e Brotas; implantação de 2 novos ambulatórios

especializados (4º Centro de Saúde e Osvaldo Camargo nos bairros Dendezeiros e Rio Vermelho; e) implantação de um Centro especializado para a infância e adolescência (CLAIA, no IAPI); f) 4 Anexos psiquiátricos a Hospitais Gerais (Ilhéus, Barreiras, Alagoinhas e Jequié), além da descentralização das atividades ambulatoriais em 5 sub-regiões da Capital (Narandiba, IAPI, Brotas, Dendezeiros e Rio Vermelho) e 6 em municípios do interior do Estado (Ilhéus, Itabuna, Vitória da Conquista, Alagoinhas, Teixeira de Freitas e Barreiras) e, por fim, g) contava nessa ocasião, com 2.232 leitos de Hospitais psiquiátricos, 900 dos quais (40,3%) em Unidades da rede pública. Todos esses serviços eram compostos com equipe multidisciplinar. Mesmo assim, não aconteceu a reversão do modelo, basicamente porque o perfil técnico dos ambulatórios, de inspiração nos consultórios, não foi capaz de oferecer tecnologia adequada para o tratamento de portadores de transtorno mental grave e persistente – aqui denominado de transtorno mental maior - população essa freqüentadora dos hospitais psiquiátricos. No final da década de 80 e início da de 90 essa reestruturação baiana da psiquiatria, concebida à época (1980 - 1982) como moderna, já era considerada obsoleta e inadequada, em razão das novas idéias sociais, principalmente com relação aos direitos humanos e os conhecimentos científicos do setor.

Institucionalmente, as idéias da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) só passaram, de fato, a se concretizar a partir da inclusão, pela primeira vez, de novos procedimentos de saúde mental nas Tabelas de financiamento do SIA-SUS e SIH-SUS, através da publicação das Portarias Ministeriais SNAS/MS Nº 189 de 19/11/1991 e SNAS/MS Nº 224 de 29/01/1992^(4,5). Tais instrumentos, além de melhor reger tecnicamente as internações psiquiátricas e os atendimentos ambulatoriais tradicionais (visita domiciliar, atendimentos em grupo, ... etc.), tendo em vista as novas tecnologias e respeito aos direitos humanos, introduziram e normatizaram os procedimentos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, OT – Oficinas Terapêuticas, Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral e Hospital dia.

A inauguração pioneira, em 12/03/1987, do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira na região da Av. Paulista, em São Paulo-SP, veio incontestemente demonstrar⁽²⁵⁾ a eficácia desse novo serviço ambulatorial ou comunitário no atendimento a portadores de transtornos mentais maiores^(9, 10, 35) constituídos pelas *psicoses, neuroses graves, autismo, retardos mentais com transtornos mentais, demências severas e dependência a drogas com grande sofrimento* e que representam 14% da população brasileira⁽²⁴⁾. Essa população, nesse percentual e, em razão da gravidade e cronicidade de seus sintomas, é que,

até então, dirigia-se às internações psiquiátricas, vez que o atendimento consultorial dos ambulatórios tradicionais, baseando seus cuidados no atendimento de consultas episódicas com duração de 6 a 10 minutos e periodicidade de 3 ou mais meses, não oferecia tecnologia adequada a essa população.

Essa experiência brasileira foi, aos poucos, mostrando-se capaz de substituir significativamente as internações psiquiátricas. No caso da Bahia, em mais de 50% dessas internações, vez que: a) nos últimos 5 anos foram descredenciados 1.150 leitos^a e b) implantados 106⁽¹⁷⁾ CAPS^b, quantitativo ainda insuficiente, como se mostrará adiante e, além disso, funcionando inadequadamente por deficiência de supervisão técnica, gestão e capacitação das equipes, principalmente com relação aos CAPS da Capital, recentemente implantados, em número de 9 e ainda não credenciados pelo MS.

Até 2002, os CAPS já apareciam como os serviços estratégicos da saúde mental do SUS. Não se havia conseguido, apesar deles, até então, reverter o modelo hospitalar/ambulatorial-comunitário em razão da sistemática de financiamento atrelar a implantação desses novos serviços na mesma maneira de credenciamento de qualquer procedimento novo no SUS, possível tão somente, se houvesse sobra do teto financeiro do município para financiamento pelo SUS, condição essa sempre inexistente. Nesse período a Bahia, apesar dos muitos esforços empreendidos, só conseguiu implantar 13 CAPS: Itapetinga, Ilhéus, T. de Freitas, Ibicarai, Amargosa, A. Novis (Salvador), Eunápolis e outros três.

A partir de 2002, após consulta pública e discussão ampla com representantes de todos os Estados da Federação em encontro, em Brasília, com a Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS, foram publicadas duas novas portarias sobre os CAPS no SUS: a primeira, de natureza técnica, GM/MS Nº 336⁽⁹⁾ e a segunda, sobre a sistemática de financiamento, a SAS/MS 189⁽¹⁰⁾. Desta vez e de modo inédito, financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Art. 7º da Portaria 336/02) e não mais pelo SIA-SUS, independentemente, pois da existência ou não dos tetos municipais citados. Tratava-se assim, de financiamento “extra-teto”, a terceira modalidade de financiamento das ações regulares do SUS, além das antigas do SIH e SIA-SUS. As Portarias citadas redefiniram os tipos de CAPS para 5 (CAPS I^c, II, III^d [todos esses três, inespecíficos^e], CAPS I^f e CAPS ad^g).

Foi só a partir dessa nova sistemática de financiamento que a implantação dos CAPS, no Brasil e, em particular na

^a 600 da Casa de Saúde Santa Mônica (2003) e 550 do Sanatório Bahia e Casa de Saúde Ana Nery (2006), 51% dos 2.232 cadastrados ao SUS em 2003.

^b Esses já credenciados pelo MS e aproximadamente outros 20, aguardando credenciamento.

^c Único que passou a não exigir o psiquiatra em sua equipe, substituindo-o pelo médico generalista com capacitação em saúde mental.

^d Único funcionando 24 horas durante 7 dias da semana e dispo de 7 leitos para pacientes mais necessitados.

^e Para atender pacientes de qualquer faixa etária, inclusive usuários ou não de substâncias psicoativas (SPS).

^f Para atendimento exclusivo de infanto-juvenis (0 a 18 anos).

^g Para atendimento exclusivo de usuários com grande sofrimento por dependência de substâncias psicoativas (SPA).

Bahia, foi significativamente implementada a RPB, revertendo o modelo hospitalocêntrico, de acordo com os dados de serviços e ações mostrados no próximo item.

O Estado da Bahia

Este item objetiva responder aos quatro pontos solicitados pelo MPF, como assinalado anteriormente. As matérias de cada um deles oferecem, sem dúvida, intersecções entre si, vez que a “*avaliação das ações*” assinalada no ponto “a)” inclui a “*suficiência dos equipamentos*” do ponto “b)” e a “*efetividade das ações*” do ponto “c)”. Respeitar-se-á a cronologia das matérias formuladas nesses 4 pontos, bem como a não repetição das matérias semelhantes neles ora assinaladas, com a preocupação de uma melhor didática de exposição, inclusive para não especialistas.

Na consideração de alguns dados do Estado da Bahia foram comparadas situações do Brasil e alguns deles analisados com base em parâmetros já existentes, para melhor fundamentação.

Foram solicitados^h, por várias vezes, dados e informações recentes à SESAB sobre as matérias aqui consideradas. Infelizmente tais solicitações, apesar de reiteradas, não foram atendidas a tempo. Por conseguinte, os dados aqui referidos foram obtidos da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS⁽¹⁷⁾, referentes à competência Agosto de 2007.

Os Quadros 1 e 2 enumeram os serviços e ações mais relevantes, não os únicos, da saúde mental neste Estado. Orientarão, assim, as análises dos três primeiros pontos do MPF aqui realizadas. No último ponto, o quarto, serão acrescentados outros dados e realizada uma avaliação geral das matérias, bem como consideradas algumas críticas recentemente feitas à política de saúde mental do MS.

Análise dos Quatro Itens do MPF

Avaliação das Ações de Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Estado da Bahia

Neste ponto nos deteremos em relatar os serviços e ações existentes, fazendo análises pontuais e, ao final, alguns comentários. O Quadro 1 enumera 19 itens mais importantes e relacionados à saúde mental, 13 dos quais aos serviços e ações. Os demais, aos recursos financeiros gastos com a saúde mental no Brasil. Não foram informados pela SESAB os dados referentes ao Estado da Bahia, se é que existem. Se existissem seriam úteis para serem comparados com a saúde geral local e se identificar quanto a SESAB tem despendido do próprio Tesouro do Estado com a saúde mental, além do que recebe rotineiramente do SUS/MS, vez que o valor de custeio necessário para todos esses 13 tipos de serviços citados é repassado fundo-a-fundo (União/Estado) pelo MS. Seguindo a cronologia dos itens do Quadro 1.

Leitos em Hospitais Psiquiátricos

De início, inexistente qualquer norma ou recomendação oficial, quer da OMS/OPS, quer do MS, da SESAB ou de qualquer instituição responsável pela saúde pública, sobre o parâmetro de número de leitos psiquiátricos/habitante. Tal fato, inclusive, já foi negado explicitamente pelo então Diretor de Saúde Mental da OMS, Dr. Bertolotti, quando questionado sobre a matéria pela ABP. O que há são estudos que, na intenção de comparar realidades nacionais ou internacionais, estabelecem determinados indicadores (leitos/mil, leitos/10.000), mas sem o estatuto de qualquer parâmetro ou norma oficial. O Quadro 1 mostra a Bahia atualmente com 1.051 leitos psiquiátricos, que representam 0,08 leitos/1.000. No Brasil, apenas DF, RS, MT, AM, PA e AC têm o mesmo indicador ou menor. Dos Estados brasileiros o RJ é que detém o maior indicador, 0,49/1.000⁽¹⁷⁾. **Pergunta-se: 1. Os atuais 1.051 leitos são suficientes para a Bahia?** Como já dito, não há parâmetro oficial sobre leito/hab. A resposta a tal pergunta está relacionada à situação particular de cada rede de saúde mental considerada. A Bahia descadastrou nos últimos 5 anos 1.150 leitos psiquiátricosⁱ. Esperava-se que isso fosse provocar grande desassistência. Claramente não se o verificou. Não há, atualmente, nenhum estudo metodologicamente correto que avalie a situação dos pacientes egressos desses leitos, nem o aumento ou não de portadores de transtornos mentais, vivendo nas ruas. Afirmar a esse respeito são especulações empíricas ou relatos de fatos pessoais e individuais carecedores ainda de aferição científica. Sabe-se, contudo, que, para se conseguir vaga de internação psiquiátrica atualmente está, obviamente mais difícil que antes do fechamento dos dois últimos hospitais (C.S. Ana Nery e Sanatório Bahia) em 2006. Sabe-se também, que dos pacientes psiquiátricos internados nos hospitais de Salvador, 46% são de outros municípios⁽³⁴⁾ do Estado. Isso leva a se concluir que a urgência está na implantação de leitos, poucos, dois a quatro, em cada hospital geral dos municípios do interior do Estado onde existe um CAPS ou um ambulatório de saúde mental. Por fim, que a suficiência do número de leitos está relacionada à quantidade e qualidade dos serviços extra-hospitalares (CAPS, Hospital-Dia, Leitos de psiquiatria em Hospital Geral, Ambulatórios e número de SRT – Serviço de Residência Terapêutica). **2. A dificuldade de se conseguir vaga de internação atualmente é em razão do número de leitos inferior ao devido ou ao número insuficiente e baixa eficácia dos equipamentos extra-hospitalares existentes no Estado?** O número adequado de leitos está relacionado à suficiência numérica e qualitativa dos equipamentos extra-hospitalares. Isso é um axioma dos conhecimentos atuais da RPB e de publicações internacionais^(28,37). Além disso, é compreensível que os técnicos da área, no caso a saúde mental, lutem por melhores condições da oferta de serviços. Vale lembrar, contudo, que a realidade das ações de saúde mental

^h Através do Ofício Nº 2.151/08 – Presidência do CRM-BA.

ⁱ 600 da Casa de Saúde Santa Mônica (2003) e 550 dos Sanatório Bahia e casa de Saúde Ana Nery (2006), 51% dos 2.232 cadastrados ao SUS em 2003.

Quadro 1. Serviços de saúde mental no Brasil e na Bahia – 2007.

Serviços	Brasil		Bahia	
	Nº	%/Total	Nº	%/Total
1.Leitos em Hospitais Psiquiátricos	38.491		1.051	
2.Leitos em Hospitais gerais	367		106	
3.Vagas em Hospitais-dia			30	
4.CAPS I	537	45,47	70	67
5.CAPS II	350	29,64	23	21,1
6.CAPS III	40	3,39	2	1,7
7.CAPSi	89	7,54	4	3,7
8.CAPSad	165	13,97	7	6,5
9.CAPS – TOTAL	1.181	100,00	106	100,00
10.SRT – Serviço de Residência Terapêutica	498		20*	
11.PVC – Programa de Volta para Casa (nº pacientes)	2.977		?	
12.Ambulatório com atendimento em saúde mental (BPA)	860	?**	37	?**
13.Centros de Convivência	36		0	
14.Gastos com a saúde mental extra-hospitalar (R\$)	517.476.979,39		?	
15.Gastos com a saúde mental hospitalar (R\$)	425.802.569,33		?	
16.Gastos com a saúde mental extra-hospitalar (%)	54,86		?	
17.Gastos com a saúde mental hospitalar (%)	45,14		?	
18.Gasto com a saúde geral pelo MS	46.185.556.742,00	?	?	
19. % gasto pelo MS com saúde mental em relação ao gasto com a saúde	2,4		?	

Fonte: Brasil-MS 2007.

* 11 em Feira de Santana, 6 em Salvador, 1 em Ibicaraí e 2 em Juazeiro; ** Dados não disponibilizados sobre o número de Consultas das diversas categorias profissionais, visitas domiciliares e atendimentos grupais registrados no BPA – Boletim da Produção Ambulatorial do SIA-SUS.

Quadro 2. Estimativa do número de pacientes atendidos mensalmente pelos CAPS, SRT e PVC – 2007.

Serviços	Brasil				Bahia			
	Nº	Média/Atend/Mês		Tot/Pac/ Atend/Mês 2 x 4	Nº	Média/Atend/Mês		Tot/Pac/ Atend/Mês 6 x 8
		Port 189 APAC	Real			Port 189 APAC	Real	
CAPS I	537	165	300	161.100	67	165	300	20.100
CAPS II	350	220	360	126.000	23	220	360	8.280
CAPS III	40	300	400	16.000	2	300	400	800
CAPSi	89	155	150	13.350	4	155	150	600
CAPSad	165	190	150	24.750	7	190	150	1.050
CAPS - TOTAL	1.181			521.200	103			30.830
SRT.	479	8	6	2.874	20	8	5	100
PVC (nº pacientes)	2.977				?			

Fonte: Brasil-MS 2007.

difficilmente terá prioridade maior que as demais especialidades da saúde. Nesse sentido, são por demais conhecidas, inclusive através da mídia, as dificuldades, em qualquer Estado brasileiro, de qualquer cidadão conseguir leito de internação clínica, cirúrgica, vaga em PA e, mais ainda, em UTI. Acima foram referidos 6 Estados com a mesma relação de número de leitos/hab. Dentre esses, dois, RS e MT, têm maior número de CAPS por 100.000 hab., respectivamente, 0,74 e 0,70, quando a Bahia tem 0,51. Além disso, RS tem 104 serviços ambulatoriais e 38 SRT e a Bahia apenas 37 e 19, levando-se em conta ainda, que

RS tem população de 10.845.087 hab. e a Bahia 13.950.146 (IBGE – Estimativa 2006). O que a saúde mental sempre clamou até hoje foi o fechamento de 1.150 leitos psiquiátricos de 2003 até o presente, no Estado, sem a conseqüente alocação dos recursos correspondentes às AIH de psiquiatria desses leitos para o setor da saúde mental, por demais carente, simplesmente pela não apresentação à CIB – Comissão Intergestores Bipartite - BA de um projeto *ad hoc*! A avaliação da quantidade e qualidade dos serviços extra-hospitalares da Bahia será considerada nos próximos 4 itens abaixo.

Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais (HG)

A Bahia possui 106 desses leitos, perdendo para SP (440), RJ (177) e MG (200), Estados mais populosos que a Bahia. O Estado do RS, contudo menos populoso que a Bahia, tem 114⁽¹⁷⁾. Esse serviço é incentivado pela RPB por não discriminar, nem estigmatizar os pacientes com transtorno mental neles internados, além de ser melhor e apropriadamente atendidos em suas co-morbididades clínico-cirúrgicas. Há, contudo, muita dificuldade em se convencer Diretores de Hospitais Gerais a dispor leitos para psiquiatria, quando, além dos preconceitos reinantes estão eles, a todo tempo, lutando para a ampliação de leitos de clínica e cirurgia, sempre insuficientes, como se assinalou. Um Convênio UFBA/SESAB/FAPEX, N° 093/2003 (DOE de 03/06/2003) intitulado “Estratégias para a reforma psiquiátrica no Estado da Bahia”, além de ações de capacitação, recuperação de serviços da SESAB e UFBA e a implantação do CAPS docente-assistencial da HUPES/UFBA no bairro do Garcia, previa a implantação de 30 leitos de psiquiatria no HGE. Isso não foi conseguido pela SESAB até então. Além disso, o HUPES/UFBA, na intenção de contribuir com o cumprimento do TAC – Termo de Ajuste de Conduta MPF/MS/SESAB/SMS Salvador celebrado no 2º semestre de 2005, à época do fechamento dos 550 leitos de 2 Hospitais psiquiátricos contratados ao SUS^j, disponibilizou à SESAB, além de sua tradicional enfermaria 3B, uma outra de 20 leitos no Hospital Universitário HUPES/UFBA, para que fosse adequada à internação de pacientes psiquiátricos, o que também não foi aceito, até então, por aquela instituição estadual gestora da saúde. Em 2002, o Grupo de Trabalho para elaborar o Plano Plurianual de Saúde Mental 2004-2007 do Estado (Portaria GS/SESAB de 21/01/2003) sugeriu e incluiu no PDR – Plano Diretor de Regionalização (NOAS-SUS 01/2002) a implantação 120 leitos de psiquiatria em hospitais gerais em cada uma das então 5 Macro-regiões do Estado, através do remanejamento de AIH dos 9 hospitais psiquiátricos de então por Projeto a ser apresentado à CIB. Apesar da disponibilidade de recursos financeiros incluídos no orçamento da SESAB para esse fim, sua Coordenação de saúde mental não incentivou, nem realizou tal meta. **Comentário:** É sabido que, em serviço público, nada é fácil nem célere. Havendo, todavia sensibilidade e decisão política, ações terminam por se concretizar mais rapidamente, mesmo que de modo parcial. E para esse mister não há dificuldade de recursos financeiros, mas apenas da transferência de AIH. Além do mais, muitos hospitais de municípios do interior do estado acatariam com facilidade o cadastramento de 2 ou mais leitos nesse procedimento, se incentivados forem pelas instâncias competentes. Na realidade, alguns desses hospitais já o fazem compulsoriamente, quando o CAPS, encerrando suas atividades às 17 horas, em feriados e fins de semana têm demandado curtas internações de 1 a 3 dias.

Vagas em Hospitais-Dia (HD)

O procedimento da internação em hospital-dia, existente desde 1991 na Tabela do SIH-SUS⁽⁴⁾ foi um recurso tímido e inicial da RPB às críticas das internações em hospitais psiquiátricos. O MS, desde essa época e, a nosso ver com certa razão, não o privilegiou e, até mesmo, o desconheceu, em suas diretrizes e ações. O fato é que o CAPS, sendo um atendimento extra-hospitalar como o hospital-dia e, além disso, ser intrínseca a sua proposta técnica a *inclusão social* através de atividades técnicas *extra muros*, suplantou, em termos de qualidade de proposta técnica, o HD, diminuindo sua importância e anacronizando-o. Além disso, um CAPS atende mensalmente, em média, 300 - 350 pacientes, quando o HD apenas 30, praticamente com uma mesma equipe técnica^(4,5). No Estado da Bahia esse procedimento foi introduzido no Hospital Universitário pelo então Prof. Álvaro Rubin de Pinho na década de 70 com 10 vagas, ainda hoje existentes. Além desse, o único existente a partir de 1993 é o do Sanatório São Paulo para 30 vagas, máximo estipulado pelo SUS para cada Unidade. **Comentário:** Pelas razões técnicas, gestoras e epidemiológicas acima expostas, o HD restou em procedimento obsoleto, embora ainda existente na tabela de financiamento do SUS. Pelas razões aqui expostas, é muito mais útil, moderno e acordante com as diretrizes da RPB, cadastrar leitos de psiquiatria em hospital geral ou implantar um CAPS do que vagas de HD.

Os Serviços Substitutivos (Itens 4 a 12 do Quadro 1 e Quadro 2) Os CAPS (com assinalamento especial, no final, à situação de Salvador)

Os CAPS são uma experiência autóctone brasileira^k de serviço para atendimento a portadores de transtornos mentais maiores (TMM), em sua quase totalidade, os mesmos que procuram a internação psiquiátrica, excetuando-se, apenas os casos de *emergência psiquiátrica demorada* (não controladas durante o período de funcionamento do CAPS [das 08 às 17 horas]) e os impossibilitados de passar a noite em suas residências por razão de seu quadro clínico. Além disso, por conta de seu objetivo maior, a *inclusão social* e atividades *extra muros*, para o qual todos os demais procedimentos (medicação, cuidados em grupo de diversas naturezas [ressocialização, habilitação social e obtenção de rendimento financeiro para boa parte deles] e individualmente) são meios, os CAPS se tornaram os serviços estratégicos e por excelência da rede de saúde mental. Em face desse achado de excelência, as dificuldades político-institucionais, financeiras e a própria política da RPB de, ao mesmo tempo, empreender esforços para a implementação de outros serviços (como os ambulatoriais, por exemplo), quase todo o esforço dos gestores do SUS, principalmente do Federal, MS, foi concentrado, nos últimos 9 anos, na implantação e consolidação dos CAPS. No último item questionado pelo

^j Casa de Saúde Ana Nery (320 leitos) e Sanatório Bahia (230 leitos), além de 600 da Casa de Saúde Sta. Mônica, fechados em 2003.

^k Inaugurada em 12/03/1987 com o CAPS Luis Cerqueira, em São Paulo⁽³⁵⁾.

Quadro 3. Parâmetros de cobertura para CAPS.

Parâmetros	CAPS/100.000 hab.
Cobertura muito boa	≥ 0,70
Cobertura regular/boa	0,50 – 0,69
Cobertura regular/baixa	0,35 – 0,49
Cobertura baixa	0,20 – 0,34
Cobertura insuficiente/crítica	< 0,20

Fonte Brasil-MS 2007.

MPF (item “d”), serão analisadas críticas a essa política do MS. Na análise dos itens 4 a 9, dos Quadros 1 e 2, percebe-se, que de acordo com as diretrizes da política do MS e da RPB, a Bahia, se não está entre os melhores Estados, no que tange ao quantitativo de serviços, não está também entre os piores, análise que será detalhada abaixo com os dados do Quadro 3. De 1991 a 2002, o Estado da Bahia foi um dos que menos avançou na implantação desses novos serviços, a despeito de uma série outra de iniciativas (criação da Comissão Estadual de Saúde Mental ligada ao CES-BA – Conselho Estadual da Saúde; implantação de uma equipe de supervisão permanente dos serviços de saúde mental; realização de diversos cursos de capacitação de equipes para os CAPS e outros serviços; elaboração e apresentação no CES-BA do Plano de Trabalho em Saúde Mental para o Estado em 08/06/1998; do Plano Quadrienal de Saúde Mental em 31/10/2002 e realização das I, II e III Conferências Estaduais de Saúde Mental... etc.). Conseguiu-se, apesar de tudo, implantar apenas 13 CAPS, pelo fato de, até então, esses serviços, como se assinalou no início, serem financiados, tão somente quando havia disponibilidade de teto financeiro no município correspondente, situação quase nunca existente. A partir de 2002, com a publicação das já citadas Portarias Ministeriais 336 e 189/2002^(9,10), os CAPS passaram a ser financiados com recursos “extra-tetos”, independentemente da disponibilidade dos tetos municipais. Através dessa nova fonte de recurso o MS intensificou, no que pôde, a implantação dos CAPS, SRT e PVC – Programa de Volta para Casa. Até Dezembro de 2006 a Bahia já estava com 103 CAPS credenciados pelo MS e outros tantos em tramitação para serem. Além disso, foi criada, por iniciativa da própria SESAB, a Escola de Supervisores clínico – institucionais (aproximadamente com 15 participantes) para acompanhar e auxiliar a capacitação permanente dos Recursos Humanos das equipes de significativo número de CAPS no Estado, estratégia essa essencial para serviços de novo perfil técnico como o dos CAPS, apesar, diga-se, de algumas críticas feitas a essa iniciativa, principalmente pela sistemática de seleção não pública dos supervisores. De 2007 ao presente, pouquíssimos CAPS foram credenciados no Estado. Os dados do MS⁽¹⁷⁾ mostram a Bahia com 106 CAPS até Agosto de 2007 e nenhum encaminhamentos de credenciamento da SESAB

para o MS. O MS definiu parâmetros mostrados no Quadro 3, que levaram em conta a cobertura populacional dos CAPS. Os dados fornecidos pelo MS colocam a Bahia com o parâmetro de 0,51 CAPS/100 mil hab., situando-o entre os de Cobertura regular/boa, o 11º entre os melhores dos 27 Estados da Federação. Esses parâmetros se basearam num indicador operacional de 1 CAPS/100.000 hab., que levou em conta que o CAPS I responde a uma população de até 50.000 hab., os CAPS II, CAPSi e CAPSad até 100.000 e o CAPS III até 150.000 hab. Tais parâmetros, como sempre, melhor se adequam a Estados menores e com maior densidade populacional, geralmente os das regiões Sudeste e Sul. A Bahia, por ser um Estado de grande dimensão geográfica, tem 95% de seus municípios com população menor de 100.000 habitantes. Isso significa que o parâmetro geral de 1 CAPS/100.000 hab. penaliza a Bahia, para a qual esse parâmetro geral é insuficiente e inadequado. Segundo ele, o Estado deveria ter, numa população de 14.000.000 de hab. (IBGE – Estimativa 2006), 140 CAPS, quando, levando-se em conta o grande número de municípios com menos de 100.000 deveria ter, pelo menos 1 CAPS/70.000 hab., o que exigiria a cobertura de 200 (14.000.000 ÷ 70.000) CAPS e não 140. **Em conclusão, o Estado da Bahia carece de mais 94 CAPS.** Demonstra claramente essa idéia o item 4 do Quadro 1, onde a Bahia tem 67% de CAPS I, próprio para municípios pequenos com população entre 20 a 70.000 hab., parâmetro da Portaria GM/MS 336/02⁽⁹⁾, quando o percentual do Brasil para esse tipo de CAPS é 45,47%. Além disso, em todos os demais CAPS (itens 5 a 8 do Quadro 1) os percentuais baianos, conseqüentemente são todos menores que os percentuais brasileiros. **Com relação ao município de Salvador:** É conhecida a resistência da Gestão municipal da saúde da Capital, no período 1999 -2006 aos freqüentes e intensos apelos de todos os setores ligados à saúde mental, inclusive das II e III Conferências Estaduais e Municipais de Saúde Mental e ações do MPF – Ministério Público Estadual. Em nada adiantou tais esforços em sensibilizar a fortaleza de tamanha resistência, sempre vitoriosa durante todo esse período. Resultou que, a seu final, não havia qualquer rubrica relacionada a saúde mental no Orçamento municipal, nem mesmo para a aquisição de medicamentos da especialidade. Ainda na Gestão anterior, em final de 2005 foi assinado pelo MPF, MS, SESAB e SMS Salvador um TAC – Termo de Ajuste de Conduta para a implantação de 13 CAPS e 9 SRT até Junho de 2006. Por força desse instrumento o MS repassou, através de Convênio, pouco mais de R\$ 1.200.000,00 em duas parcelas iguais, a primeira no primeiro semestre de 2006 para implantação dos serviços e a segunda no segundo semestre do mesmo ano para capacitação de RH. A posição atual é que desse Termo foram implantados 09 CAPS¹, afora os 2 anteriores repassados pela SESAB há aproximadamente 7 anos^m e 6

¹ O. Camargo (Rio Vermelho), Luiz M. Lessa (Rio Vermelho-CAPSi), E. Saback (Pernambucós-CAPSad), Rosa Garcia (Boca do Rio), A.R. Peregrino (Jardim Baiano) e F. Basaglia (Itapuã), e três ainda sem imóvel, embora com equipe funcionando parcialmente em salas emprestadas das sedes do Distritos Sanitários correspondentes, futuros CAPS de S. Caetano, Cajazeiras e do Subúrbio Ferroviário.

^m Aristidis Novis (Brotas) e Adilson Sampaio (Caminho de Areia), desmembrado do atual Centro de S. Mental Prof. Rubin de Pinho.

SRT, abrigando média de 30 residentes. Não foi possível obter informações a tempo do real funcionamento desses SRT. Com relação aos CAPS, a situação é por demais caótica: nenhum deles está ainda cadastrado pelo MS - o que faz a PMS - Prefeitura Municipal de Salvador perder uma receita mensal de quase R\$ 400.000,00 - por estarem eles ainda sem Alvará de VS, medicamentos, alimentação, com equipes reduzidas e não suficientemente capacitadas, mesmo após citado TAC, funcionando, enfim, mais como ambulatórios de baixíssima produtividade. Além daqueles recursos acima referidos, já foram repassadas pelo MS as verbas de incentivo de implantação (Brasil - MS 2004) para 5 CAPS, num total de R\$ 150.000,00. Mesmo com o esforço hercúleo da atual Coordenação de Saúde Mental do município - por sinal a mesma de ambas as gestões anteriores - tal situação não pôde ser revertida por conta da gestão da própria SMS - Secretaria Municipal da Saúde, que tem agravado a cada dia o funcionamento desses CAPS com o atraso constante no pagamento do salário dos profissionais, o que tem levado no último mês, ao quase fechamento dos serviços. Além disso, não se vislumbram perspectivas de melhora dessa situação até o final da presente gestão municipal e ambos os CAPS já credenciados (A. Novis e A. Sampaio), que anteriormente funcionavam razoavelmente, estão entrando no rolo compressor dos demais, com a evasão de psiquiatras, falta de medicamentos e desestímulo dos demais profissionais.

Os SRTs

O Programa Serviço de Residência Terapêutica (SRT) foi instituído pelas Portarias GM/MS Nº 106 de 11/02/2000 (Brasil - MS 2000a), teve normatizado seu financiamento diário de R\$ 23,00/residente (com 2 a 8 residentes/SRT)⁽¹⁴⁾ e sua implantação incentivada por um aporte de R\$ 10.000,00/SRT⁽¹³⁾. Os Quadros 1 e 2 mostram o exíguo número (20) até então de SRT, apesar das razões técnicas, epidemiológicas, do incentivo financeiro para sua implantação e manutenção, cujo valor repassado pelo SUS para cada residência pode chegar, a depender do número de seus residentes (máximo de 8), até R\$ 5.704,00/mês^a, afora os valores financeiros que os pacientes aí residentes e inscritos no PVC podem receber (média de R\$ 400,00/mês). O número de pacientes crônicos, sem qualquer vínculo sócio-familiar possível para acolhê-los, é muito grande. Pelo menos 20% dos 1.050 internos em leitos psiquiátricos (Quadro 1, item 1), ou sejam 210^b, teriam indicação para, devida e tecnicamente preparados, serem residentes em, pelo menos, mais 26 SRT, 16 das quais em Salvador, vez que 60% deles residem na Capital.

O PVC

Programa de Volta para a Casa: foi inaugurado quando da promulgação da Lei 10.216 de 06/04/2001⁽²²⁾ e regulamentado

pela Lei 10.708/03⁽²³⁾. Destina, até então, R\$ 400,00 para cada paciente que estiver internado em hospitais psiquiátricos por mais de 2 anos consecutivos e para pacientes de rua, que não mais tenham vinculação sócio-familiar. Para tanto, os municípios interessados, sob coordenação do Gestor Estadual - a SESAB - credenciam-se no MS para, posteriormente, encaminhar os dados de cada paciente, através de um protocolo publicamente estabelecido. Sabe-se que a Bahia tinha, até 2006, 20 municípios cadastrados no PVC^(13 14 18). Não foi possível, contudo se obter qualquer informação atual desse programa junto à SESAB, apesar de solicitada, sobre o número de pacientes efetivamente inscritos no Programa, embora informalmente se saiba que, nos SRT de Feira de Santana, há pacientes devidamente inscritos. O único dado oficialmente disponível é de ordem nacional, com 248 pacientes inscritos até 2003 e 2.741 até Agosto de 2007⁽¹⁷⁾.

Ambulatórios

A Bahia conta com 37 ambulatórios com atendimentos em psiquiatria, 7 dos quais em Salvador^p e os demais em alguns municípios do interior do Estado. O único controle da produção desses serviços pode ser obtido através do DATA-SUS, com a cobrança mensal do BPA - Boletim da Produção Ambulatorial do SIA-SUS. Não se pôde obter a produção global nacional e local, tampouco por Unidade. Estima-se que sejam feitos mensalmente 15.500 atendimentos na Capital e aproximadamente 10.000 em municípios do interior do Estado. Esse tipo de serviço tem sido objeto de críticas por diversas entidades^(1 31), em razão de sua baixa capacidade resolutive e péssima qualidade do atendimento, com consultas durando em média 5 a 8 minutos e periodicidade de mais de 3 meses. Não se deve esquecer, todavia que dos pacientes atendidos pelos 106 CAPS do Estado da Bahia, aproximadamente a metade (49,58%) é do procedimento *não-intensivo*. A realidade cotidiana desses serviços tem demonstrado serem eles, de fato, pacientes ambulatoriais, vez que, em razão das condições de deslocamento, principalmente de zonas rurais, além de outras, têm podido comparecer ao CAPS apenas uma única vez no mês, enquadrando-se, assim tecnicamente no perfil de "pacientes ambulatoriais". Com base nesse raciocínio, os 49,58% dos 30.830 usuários atendidos nos 106 CAPS da Bahia (Quadro 2) representam 15.286 atendimentos "ambulatoriais", praticamente a mesma produção aqui estimada dos atuais e tradicionais ambulatórios e com melhor remuneração. Uma consulta ambulatorial é remunerada pelo SUS em R\$ 3,70 a R\$ 7,00 e um único procedimento/atendimento *não intensivo* do CAPS com R\$ 14,85 e, além disso, com uma qualidade técnica superior. Na conclusão final do ponto "d" do MPP será mais bem discutida a situação dos ambulatórios.

^a R\$ 23,00 x 8 pac. x 31 dias/mês = R\$ 5.704,00. A esse valor pode ainda ser somado o total correspondente ao número de residentes passíveis de ser inscritos no PVC, cada qual, podendo receber mensalmente R\$ 400,00 do Programa - SUS.

^b 1.050 (Quadro 1) x 0,20 = 210. Esse número pode ser acomodado em, no mínimo, 26 SRT (cada qual com o máximo de 8 residentes).

^p Hospital Juliano Moreira, Mário Leal, Aristidis Novis, Osvaldo Camargo, Rubin de Pinho, HUPES/UFBA e OSID.

Sobre os Medicamentos

Os medicamentos psicofarmacoterápicos são dispensados no Estado em 3 Programas: **Programa de Assistência Farmacêutica Básica** - dispensa medicamentos para a Atenção Básica de todos os municípios brasileiros. Dentre eles há 4 medicamentos da área de saúde mental: *Diazepam*, *Fenobarbital*, *Carbamazepina* e *Fenitoína*⁽¹⁸⁾; **Programa Estadual de Medicamentos Essenciais** (Programa Estadual de Medicamentos da área de saúde Mental/CEAF/CESM Out 2008) elenca os critérios de inclusão, os 19 medicamentos da especialidade e três Módulos municipais, a depender da complexidade do atendimento de saúde mental: Módulo I para municípios que contam apenas com médicos generalistas; Módulo II quando contam com psiquiatra e Módulo III quando contam com serviços especializados, principalmente CAPS. Este Programa, implantado pela Portaria GM/MS 1.077, anteriormente de responsabilidade dos gestores Federal (80%) e Estaduais (20%)⁽⁶⁾ foi modificado pela recente Portaria GM/MS 3.237⁽¹⁸⁾, que definiu a responsabilidade de financiamento, dessa vez, para os três gestores, não mais por valores absolutos, mas por valores em reais per capita/ano: União R\$ 4,10 e Estado e Municípios R\$ 1,50 cada. Tal portaria foi recentemente pactuada em nível estadual, através das Resoluções CIB 39, 48 e 55/2008; e **Programa de Medicamentos Excepcionais** (Alto Custo) - implantado pela Portaria SAS/MS Nº 345⁽¹¹⁾, definiu o “PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETIZES TERAPÊUTICAS – ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA” para pacientes ambulatoriais, cuja aquisição é dispendiosa, quer pelo custo do medicamento, quer pelo tempo de uso. Este Programa foi redefinido ultimamente pela Portaria GM/MS 2.577 (Brasil – MS 2006), que corrigiu os valores defasados dos medicamentos. Na área da Psiquiatria manteve os mesmos cinco medicamentos: Risperidona, Clozapina, Ziprasidona, Quetiapina e Olanzapina. **Comentários:** 1) Com relação aos CAPS: Não há explicação, diante dos argumentos ora arrazoados, pois, para que a Gestão SESAB de 2007 até o presente não tenha dado continuidade à implantação de CAPS da gestão anterior, continuidade essa seguida pela maioria dos Estados. Isso é mais incompreensível, quando se sabe que o investimento financeiro para a implantação e manutenção de CAPS está a cargo exclusivo do MS, através de transferência integral fundo-a-fundo, cabendo ao Estado e aos municípios pleiteantes, apenas aviar as providências burocráticas para tanto, contidas nas Portarias MS 336 e 189/02. Além disso, a atual gestão incorreu nos mesmos erros acima criticados sobre o modo de seleção dos supervisores, agora chamados de “apoiadores institucionais”, selecionados, dessa vez, sem qualquer critério público e transparente por uma Fundação terceirizada pela SESAB. E pior, com perfil técnico, salvo raríssimas exceções e por mera casualidade, inexperiente e inadequado para exercer o apoio técnico como “supervisores” ou “apoiadores” de que tanto necessitam e necessitarão por alguns anos as equipes do CAPS. Essa função é a principal estratégia para melhorar a eficiência desses novos serviços, justificada e freqüentemente

criticada por diversas instituições relacionadas à saúde mental^(1,28,29). Se, como se demonstrou, a Bahia carece ainda de, no mínimo, mais 96 CAPS para perfazer o total de 200, para se conseguirem quantidade e qualidade os programas de implantação (quantitativo) e o de capacitação/supervisão (qualitativo), têm que caminhar concomitante e paralelamente, afora todas as demais razões acima já assinaladas. Especificamente em relação à cidade de Salvador, a situação referida sobre a rede de CAPS é singular, complexa e não vem apresentando sinais de solução, em razão das atuais e graves dificuldades de gestão, gerenciamento e financeira pelas quais atravessa a SMS, que tem perversamente inviabilizado os esforços da Coordenação de Saúde Mental e dos Coordenadores dos serviços municipais. É urgente, pois serem tomadas medidas burocráticas necessárias e, talvez excepcionais junto às SESAB e MS com prazo de ajuste acordado para o credenciamento dos novos CAPS da Capital junto ao MS, além da implantação de outros, segundo a meta acordada no TAC citado; 2) Com relação aos SRT: pelos dados e razões acima apresentados, não é compreensível que os Gestores Estadual e Municipais deste Estado não tenham coordenado e operacionalizado um Programa disponível desde o final de 2000, sem praticamente qualquer custo para eles. Acrescente-se, ainda, a importância desse serviço para as diretrizes da RPB: respeito aos direitos humanos, eficiência técnica e qualidade de vida; 3) Com relação ao PVC: não é compreensível que o Gestor Estadual, quer na gestão anterior, quer na presente, não tenha estimulado a operacionalização local do Programa, apesar dos incentivos de implantação e de manutenção, sem praticamente qualquer custo pra ele e os Gestores municipais afetos. Sem se falar ainda, na acordância desse Programa com as diretrizes da RPB de diminuição de leitos psiquiátricos, além de outras já citadas no item anterior. Na Bahia, apesar de 20 municípios já cadastrados desde 2005 no Programa, há pouquíssimos pacientes inscritos em 2 ou 3 municípios apenas; 4) Com relação aos Medicamentos: diferentemente das querelas ideológicas e corporativas da década de 70, parece ser consenso hoje não poder se tratar paciente com TMM – Transtorno Mental Maior (psicoses... etc.) sem o uso de medicamentos, além dos demais cuidados técnicos próprios da clínica psicossocial. O primeiro Programa acima assinalado (Assistência Farmacêutica Básica) fica, na prática, restrito aos médicos da Atenção Básica. O segundo (Medicamentos Essenciais) tem sido de significativa relevância para o atendimento da demanda saúde mental, principalmente com a implantação do número de CAPS nos últimos 7 anos, afora uma descontinuidade ocorrida, neste Estado, nos três primeiros trimestres de 2007, felizmente corrigida e algumas deficiências eventuais e pontuais de alguns medicamentos do elenco. Mesmo antes da última Portaria 2.577/06 alguns municípios, não todos, supriam a falta desses medicamentos, quando esgotado o estoque enviado trimestralmente pela SESAB. Agora, com a recente Portaria 3.237/07⁽¹⁸⁾, os gestores municipais estão obrigados legalmente a co-financiar o Programa juntamente com a União e o Estado,

na base de R\$ 1,50 per capita/ano. O terceiro Programa (Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo) foi, neste Estado, estrategicamente descentralizado pelo Programa de Saúde Mental da SESAB intitulado PEMAC II - PROGRAMA ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO – Outubro de 2003, que complementou, em nível estadual, as Portarias GM/MS No. 204/96, 345, 346, 1.318/02 e 846/02 e o Protocolo Nacional acima citado. Esse programa de alto custo é inteiramente financiado pelo MS, complementado pelo Estado apenas quando o preço do medicamento ultrapassar o valor definido em Portaria ministerial para cada medicamento. A intenção do PEMAC II foi de que qualquer serviço de saúde mental especializado pudesse solicitar a inclusão do paciente através das DIRES – Diretorias Regionais de Saúde (em número de 32 no Estado). Esperava-se com isso, que, a essa altura, já houvesse, pelo menos, aproximadamente 6.000 pacientes incluídos no Programa, como ocorre em Estado do Nordeste com população bem inferior à deste Estado. Até o presente não chegam eles a 3.000. A razão desse entrave é que os encarregados pelo Programa de Alto Custo (não só de saúde mental) na maioria das DIRES do interior do Estado não são devidamente treinados, têm demonstrado pouco interesse em encaminhar as solicitações de inclusão e os serviços de saúde mental solicitantes, principalmente os CAPS, não têm sido devidamente sensibilizados sobre o Programa, que exige, de fato, certo detenimento em se preencherem os protocolos individuais a cada trimestre. Além disso, o “estoque regulador” que bem funcionou até há aproximadamente 3 anos só agora passa a ser reconstituído, propiciando inclusão mais rápida dos pacientes. É intenção da atual Diretoria Estadual da Assistência Farmacêutica da SESAB – a DASF – além de estar recompondo o “estoque regulador”, implantar outros Centros de Referência de dispensação desses medicamentos (além dos atuais três, H. Juliano Moreira, H. E. Mário Leal e H.E. Lopes Rodrigues - Feira), inclusive no Hospital Universitário Professor Edgar Santos/UFBA e, talvez, fazer pactuações diretas com municípios interessados, onde existam CAPS ou outro serviço ambulatorial de saúde mental. Esses medicamentos, além de melhor, porém, discreta, eficácia, provocam bem menos os conhecidos sintomas secundários de “impregnação medicamentosa” dos neurolépticos tradicionais, pouco desejados quando se pretende incluir socialmente os usuários. Alguns deles, contudo, exigem acompanhamento cuidadoso para se evitarem as síndromes metabólicas que podem causar em alguns pacientes.

Suficiência ou Não do Equipamento Disponível (CAPS, Leitos em Hospitais Gerais, Hospitais-Dia e Outros) e de Recursos Humanos no Sistema Público de Saúde

Na apresentação do presente relatório chamou-se atenção para as várias intersecções ou matérias repetidas nos 4 pontos propostos pelo MPF. No ponto anterior, sobre a avaliação das ações de reestruturação da atenção em saúde mental, já muito se disse sobre a “suficiência ou não do equipamento disponível...”, entendendo-se nele os serviços descritos e

tipicamente analisados com o auxílio dos Quadros 1, 2 e 3 e de parâmetros oficiais.

Complementaremos, por conseguinte este ponto, nos termos de sua formulação, no que tange a “...recursos humanos no sistema público de saúde”, nos seus aspectos quantitativo e qualitativo ou de capacitação.

Aspecto Quantitativo dos RHs

É bem possível que a SESAB não disponha dos dados sobre os RH que lidam, no Estado, no campo da saúde mental. Deixando, por isso, de lado, o que se refere aos RH dos Hospitais psiquiátricos, Ambulatórios, Leitos em H. Gerais e vagas em H-Dia, nos deteremos nos postos de trabalho criados com a implantação dos novos serviços, principalmente com os CAPS. É notório o pequeno número de especialistas, principalmente de médicos e psiquiatras, fato mais notável pela concentração deles em grandes centros urbanos. O periódico Lancet, em seu artigo *Mental health systems in countries: where are we now?*⁽²⁷⁾, parte de uma coleção de 6 artigos nominada *The Lancet series on Global Mental Health: Article Collection* e com o título geral *No Health without Mental Health*⁽²⁸⁾, assinala um aumento do número de profissionais com a implantação dos serviços comunitários de saúde mental no Brasil, os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, porém ainda pequeno: 5.259 postos de emprego para psiquiatras (3/100.000 hab.), 3.119 para enfermeiros psiquiátricos (1-7/100.000 hab.), 12.377 para psicólogos (10/100.000 hab.), 1.985 para assistentes sociais (1/100.000 hab.) e 2.661 para terapeutas ocupacionais (\pm 2/100.000 hab.), além de outros, financiados pelo SUS. Esses dados são de 2004 e constaram do Relatório AIMS⁽³⁷⁾ publicado em 2005. Outros dados desse Relatório sobre a situação da saúde mental no Brasil serão mostrados quando da análise do ponto “c” abaixo. Essa carência não deixa de ser resultado da cultura da medicina e dos órgãos de saúde terem encarado por muito tempo a *saúde mental* como uma *especialidade* médica ou da saúde, uma ação transversal ou pontual e não uma condição ou componente da saúde, como definido pela OMS/OPS^(26 32), juntamente com os outros dois, o *social* e o *físico*: “*saúde mental como estado de bem estar, no qual o indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode enfrentar as dificuldades da vida, trabalhar produtivamente, usufruir desse seu trabalho e estar apto a contribuir para a Comunidade*”, dentro de suas possibilidades, é claro. Dados atualizados, contudo sobre o quantitativo de RH desses serviços podem, sem erros, ser retirados dos quantitativos dos próprios serviços substitutivos listados no Quadro 1, como será feito abaixo. Pois é *conditio sine qua* para o credenciamento deles, a composição de uma equipe mínima referida nas Portarias ministeriais correspondentes. Esse quantitativo, como mostra o Quadro 4, foi calculado com base nessa equipe mínima, apesar de, principalmente os CAPS da Capital e alguns de cidades grandes e médias do interior terem suas equipes geralmente com mais componentes que o mínimo exigido. Levou-se em conta, apenas, nesse cálculo, as categorias dos

níveis universitário e médio (NU e NM), desprezando-se as de nível elementar (NE). Além desses, a quase totalidade dos CAPS I, independentemente da presença do médico generalista com capacitação em saúde mental em sua equipe, conta com um psiquiatra supervisor ou orientador, em razão da complexidade da clientela, com relação a diagnóstico e tratamento. Esses não foram aqui computados. A relação de NU/NM é aproximadamente 1 : 1. Foram levados em conta aqui, no Quadro 4, apenas os CAPS credenciados pelo MS, embora se estime a existência de aproximadamente 22 outros em funcionamento, não ainda credenciados pelo MS, a exemplo de 9 de Salvador⁹. O Quadro 4, com base na Portaria 336/02, mostra, pois a criação mínima de 12.543 postos de trabalho no Brasil e 1.035 no estado da Bahia, afora os não computados acima. **Comentário:** Como visto, o quantitativo dos recursos humanos está à mercê do número de serviços, não apenas implantados, mas credenciados pelo MS. Acima se justificou, com base em parâmetros e comparação com outros Estados similares, a necessidade de mais 94 CAPS para o Estado, além dos 106 já existentes e credenciados. Do total do Quadro 4, no tocante à Bahia, mostrou-se que há, seguramente e no mínimo, uma relação média de 10 postos de trabalho para cada CAPS credenciado. Foi também assinalado, que o custeio desses RH e dos CAPS é responsabilidade exclusiva do MS e a possibilidade de credenciamento desde 2002 esteve sempre aberta, desejável e colocada como meta e estratégia nas publicações do MS e, inclusive no Relatório AIMS versão 2.2 (WHO 2006), além de outras^(3 28 29).

Mais uma vez reafirma-se a incompreensão de a SESAB não continuar o ritmo de credenciamento de CAPS iniciado em 2002.

Aspecto Qualitativo dos RHs

Os serviços substitutivos, principalmente os CAPS, pela natureza própria de sua proposta técnica, são serviços novos e diferentes dos demais até então existentes na área de saúde mental (Hospitais, Ambulatório tradicional, Leitões em Hospitais Gerais e Hospitais-dia). Por assim serem, nenhuma categoria profissional da equipe multidisciplinar de saúde mental é capacitada por sua IES – Instituição de Ensino Superior

correspondente para trabalhar nesses novos serviços. Além disso, a implantação intensa dos serviços nos últimos 5 anos congregou significativo contingente desses técnicos, obviamente com pouca experiência de trabalho nesses serviços e, boa parte deles, na própria saúde pública. Todas as instituições ligadas à saúde têm manifestado frequentemente a importância estratégica da capacitação dos RH dos CAPS, associando-a à eficácia e qualidade do cuidado por eles prestado, tidas, ainda, como baixas. Essa realidade postula, claramente, pois a necessidade de capacitação e treinamento continuados dessas equipes, passíveis de serem feitos, através das modalidades enumeradas abaixo e, ao mesmo tempo, analisadas: a) Supervisão institucional: Em Comentário do item sobre “**Os Serviços Substitutivos**” e, com respeito aos CAPS, já se referiu o problema da supervisão, inclusive sobre seus métodos de seleção – independentemente do nome que se queira dar, “supervisores” ou “apoiadores institucionais” - e o perfil técnico que devem ter para o exercício dessa função. A necessidade real dessa capacitação se fundamenta em dois pilares: um de **natureza técnica ou clínica**, por se tratar de um serviço de proposta técnica inovadora e equipe nova; o outro, de **natureza programática ou institucional**, focada no desempenho do serviços. Para não se criarem 2 grupos de supervisores separados, um de supervisão técnica e outro de supervisão administrativo-institucional, não parece haver, inconveniente em se chamar essa atividade ou função - seja lá que nome possa vier a ter - de **supervisão clínico – institucional**, que bem contempla a finalidade pretendida. Por se tratar de uma função por demais especializada, demandam-se experiência e perfil técnico com currículo especial e adequado para quem a exercer. A Portaria ministerial Nº 1.171 (Brasil – MS 2005) utiliza a certa e exatamente esse mesmo termo “**supervisão clínico – institucional**”, em seu Art. 4º, alínea “a”. E, após 9 considerandos, coloca, no inciso III do Art. 5º, a necessidade de um currículo adequado a essa função, pelas razões aqui destacadas, como um dos critérios de seleção desses supervisores. Essa mesma Portaria, com respeito à seleção, se não realizou uma seleção pública, que seria impraticável em nível nacional, privilegiou a sugestão dos interessados, em respeito ao princípio ético e técnico

Quadro 4. Quantitativo de RH dos CAPS – Brasil e Bahia – 2007.

Nº	Serviços	Brasil			Bahia		
		Total CAPS	Nº Tec. Nu/NM/CAPS	Total Técnicos	Total CAPS	Nº Tec. Nu/NM/CAPS	Total Técnicos
1.	CAPS I	537	9	4.833	67	9	603
2.	CAPS II	350	12	4.200	23	12	276
3.	CAPS III	40	16	640	2	16	32
4.	CAPSi	89	10	890	4	10	40
5.	CAPSad	165	12	1.980	7	12	84
	TOTAL	1.181		12.543	103		1.035

⁹ O. Camargo (Rio Vermelho), Luiz M. Lessa (Rio Vermelho-CAPSi), E. Saback (Pernambucês-CAPSad), Rosa Garcia (Boca do Rio), A.R. Peregrino (Jardim Baiano) e F. Basaglia (Itapuã), e o de S. Caetano e Cajazeiras e do Subúrbio Ferroviário.

psicanalítico de respeitar o desejo e sugestão dos supervisionandos; b) Cursos específicos de capacitação: No citado boletim Saúde Mental em Dados Nº 4 do MS⁽¹⁷⁾, há um item sobre “Programa de Formação...” (p. 23), onde são listados, no período de 2003 – 2006 a execução de 74 programas de Cursos de Pós-graduação (360 horas), Cursos de Aperfeiçoamento (até 100 horas) e de Eventos. Três desses Cursos de pós-graduação aconteceram na Bahia: 2 em Salvador (UFBA) e 1 em Vitória da Conquista (UFRJ), com um total de 140 alunos e 140 Monografias, algumas das quais publicadas em periódicos locais e apresentadas em eventos nacionais. Na Bahia, em 2007 e 2008, nenhum deles aconteceu; c) Eventos periódicos semestrais ou anuais, locais, regionais e estadual: As práticas dos novos serviços substitutivos carecem de integração das experiências, dificuldades e acertos vividos pelos diversos serviços. Eventos dessa natureza deveriam ser incentivados pelo Gestor Estadual e grupos regionais de Gestores municipais; d) Vinculação trabalhista: É por demais conhecida de todos a instabilidade dos RH dos CAPS, em sua maioria contratados de modo precário, na maioria das vezes com contratos por apenas 1 mês. Levando-se em conta a necessidade de capacitação especializada e permanente para os profissionais dos CAPS, as havidas alternâncias políticas terminaram por destruir ou diminuir o desempenho de muitos CAPS neste Estado. Tal situação, além de desrespeitar preceitos constitucionais, legislações vigentes, bem como freqüentes e antigas ações dos Ministérios Públicos Estadual e Federal, viola o direito das pessoas de planejar a sua vida, por mascaradamente lhes impedir o exercício imprescindível de sua habilitação profissional e social, conquistadas durante mais de uma década de estudos. Pelo fato de a maioria dos profissionais dos CAPS ser jovem, os poucos anos seus vividos não foram ainda suficientes para lhes mostrar o quanto isso fará falta em suas vidas futuras. Ainda bem que nos últimos anos as intervenções dos MP têm sido observadas por alguns municípios, com a realização de concursos públicos. A metodologia aplicada por tais concursos, infelizmente tem sido pouco específicas para as áreas de atuação dos aprovados, principalmente com relação aos CAPS. De que vale um gênio que não tem nenhum perfil para trabalhar com portadores de transtornos mentais, em serviços com proposta técnica nova como a dos CAPS? Se se requer currículo especial para um intensivista, para um urgentista... por que não o exigir para a especialidade de um serviço como o CAPS? Tal seleção não pode jamais ser feita por um mero teste de múltipla escolha com questões mofadas em bancos de dados! Especialidade e eficiência, além disso, são selecionadas com prova oral e histórico profissional, privilegiando-se a especialidade desejada; e) Parcerias docente–assistenciais: A atual gestão

da SESAB tem, mais que qualquer outra e, apesar do pouco tempo, valorizado a parceria entre extensão ou assistência na saúde e a pesquisa e ensino da Universidade, haja vista o INCOBA, HUPES, além de outras. Na área, contudo, da saúde mental nada aconteceu até então e, pelo contrário, tem sido lentas por demais a resolução das dificuldades para implementação dessas parcerias. Informações extra-oficiais que se têm tido dão conta do contrário: não privilegiar essas parcerias. O CAPS do Garcia, por exemplo, fruto do Convênio UFBA/SESAB/FAPEX já aqui citado, extensão do serviço de psiquiatria do HUPES/UFBA, está desde Novembro pronto, mas sem poder ser inaugurado por falta dos RH solicitados a um dos convenientes. Esse serviço será o segundo CAPS ligado a Universidades Federais (UFRJ e UFBA), campo de ensino, estágio, pesquisa e divulgação de conhecimentos e práticas da saúde mental. Preencherá, assim, o vazio conhecido e divulgado da baixa qualificação dos RH do setor e de aproximação da Universidade com a realidade da Comunidade. Quem mais lucra ou perde com essa situação são, enfim, os usuários e, em segundo lugar, os estudantes e suas instituições de ensino do setor.

Efetividade das Ações, Visando a Desinstitucionalização no Âmbito do Estado

As situações descritas nos dois pontos anteriores falaram, a nosso ver, suficientemente dessa efetividade. Os movimentos e conhecimento das ciências sociais ou humanas têm mostrado que não é possível vida normal em qualquer instituição total¹. O único e verdadeiro local de qualquer pessoa, de minorias ou de majorias, descobrir os bens, prazeres e satisfações na medida e limite de seus gostos e possibilidades é, tão somente, a realidade da vida na Comunidade, distrito ou cidade. E, obviamente, vida assim é impossível sem o exercício da liberdade gerida pelo próprio interessado ou dono. Assim, foi acertada a escolha brasileira por uma saúde mental Comunitária. Tal acerto, por exemplo, foi reafirmado, recentemente, pelo Relatório AIMS (WHO 2005) publicado em 2005 e apresentado para discussão entre psiquiatras e outros profissionais da saúde mental do Brasil, em encontro promovido pela OMS, intitulado “Por uma Ação Global para o Aprimoramento da Saúde Mental no Mundo”, realizado em 19/11/2007, em São Paulo e coordenado pela UNIFESP e MS. Alguns pontos desse Relatório relacionados ao Brasil respondem, em muito, aos 4 pontos questionados pelo MPF ao Conselho Regional de Medicina e abaixo resumidos: a) continuidade do investimento para a expansão do sistema comunitário, principalmente para incremento da cobertura e ampliação do acesso ao tratamento dos transtornos mentais graves (aumentar o número e eficiência dos CAPS em operação); b) ampliação expressiva dos leitos psiquiátricos

¹ Aqui tomada como lugar, a modo de exílio, que serve para substituir por mais de 2 a 15 dias ou mais a vida na Comunidade ou na cidade de determinadas pessoas. A saída dessa instituição é, pois chamada de *desinstitucionalização*. Por exemplo, a vida de um portador de transtorno mental atendido no procedimento *intensivo*, caracterizado pela ida durante, até, os 5 dias úteis da semana das 7 às 17 horas e por qualquer tempo, não é tida como institucionalização porque a sua vida, residência e lazer se dão na Comunidade, na Cidade, do mesmo modo como o das pessoas que trabalham 8 a 9 horas também nos dias úteis. Neste sentido não é correto o uso, nesses casos, do termo “*transinstitucionalização*”.

em hospital geral, que ajudam na minimização do estigma e têm o benefício do acesso a exames laboratoriais e de imagem, importantes no cuidado de alguns transtornos mentais graves; c) ampliação do atendimento de emergências e disponibilidade de leitos psiquiátricos no Pronto Socorro; d) ampliação do Programa de Volta para Casa e de outras ações de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência; e) ampliação, de modo decisivo, da oferta de ações de saúde mental na atenção primária, especialmente nas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; f) formação de gestores de serviços na área específica de saúde mental, preparando profissionais que possam desenvolver uma integração efetiva da assistência psiquiátrica com a rede primária; g) testar modelos abrangentes na cobertura e acesso universal aos serviços, principalmente no cuidados aos transtornos mentais graves^s; h) no campo da pesquisa, as políticas devem ser constantemente avaliadas e aperfeiçoadas, com papel ativo da pós-graduação e das agências financiadoras; i) o Conselho Nacional de Pesquisa e o Ministério da Saúde aplicaram, há dois anos atrás, 6 milhões de Reais na pesquisa em áreas definidas como prioritárias, havendo uma expectativa de uma nova rodada deste tipo de financiamento com parceria dos MCT e MS; j) ampliação do financiamento SUS, que, pela sobrecarga que os transtornos mentais impõem na Comunidade, deveria estar acima dos 2% da percentagem do orçamento gasto atualmente com a saúde.

Comentário: A efetividade questionada neste ponto “c” está considerada nesses últimos subitens acima apresentados pelo Relatório AIMS, outros autores (Mari 2007) e nos demais pontos considerados anteriormente. As deficiências assinaladas e comentadas neste ponto do MPF consideraram os defeitos existentes e críticas pertinentes, os quais, ao invés de invalidar a escolha feita pelo Brasil por uma saúde mental pública comunitária, parecem fincar balizas auxiliares que servem de orientação e consolidação dessa escolha. No ponto seguinte e último deter-se-á, embora resumidamente, em controvérsias recentes sobre essa política de saúde mental brasileira forjada pelos movimentos sociais do setor, lideradas institucionalmente pelo MS e seguida pelos demais gestores do SUS. No item final, Recomendações, serão sintetizadas as diversas conclusões assentadas em seus diferentes tópicos.

Outras Informações Consideradas de Interesse

As matérias questionadas pelo MPF foram, a nosso ver, abordadas nos três pontos antecedentes. A tomada de conhecimento, contudo, de algumas críticas de setores envolvidos com a saúde mental certamente fará conhecê-las melhor. O ambiente de oposição de idéias faz parte da democracia. Seus resultados, apesar de poder demorar, serão, com certeza, sempre os melhores para a Sociedade. Em 2006 e 2007 foram intensas as críticas^(1,31) de entidades psiquiátricas,

principalmente da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria, sobre a política de saúde mental do MS, por, além de outras coisas, haver substituído a política do “hospitalocentrismo” pela do “capscentrismo” (sic), desprezando o atendimento nos ambulatorios, que continuam se deteriorando há décadas, sem uma política de assistência de uma rede integral de serviços de saúde mental. Tais críticas resultaram na elaboração pela ABP do documento “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil – 2006”⁽¹⁾. Teoricamente é possível que boa parte dos técnicos da área tenha uma proposta até bem acabada e ideal sobre uma rede integral de cuidado em saúde mental. Acima foi dito que, apesar dos movimentos sociais da RPB terem sido amplos e intensos nas décadas de 70 e 80, pouco ou quase nada se conseguiu em transformar tais idéias em ações e serviços, melhorando a qualidade dos portadores de transtorno mental. Só a partir de 1991 é que foi isso possível, graças à implantação, pelo SUS, de medidas concretas e eficazes, através, de duas Portarias ministeriais sobre a assistência psiquiátrica^(4,5) e outras tantas que as seguiram. A promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde pública e, em particular, em saúde mental, são ações por demais complexas, justamente pelos abismos entre as idéias, as técnicas e os fatos. Medeiam-nas fatores políticos, econômicos e sociais, especialmente em regimes democráticos, onde, felizmente, as contradições, apesar de lentificar, em curto prazo as transformações, em longo prazo, por 5, 10, 20, 30 anos... terminam por encontrar, acertadamente, caminhos mais próximos do melhor. Regimes assim, como princípio, têm que respeitar as liberdades e as opiniões. Os dados epidemiológicos dos transtornos mentais^(2,3,24,28,32) mostram uma prevalência de transtornos mentais em torno de 25 - 30% da população, dos quais 3% são de portadores de transtornos severos e persistentes ou transtornos mentais maiores; 11% com grande sofrimento mental por dependência de substâncias psicoativas (SPA), incluindo o álcool e os 11 a 16% restantes de transtornos mentais menores. No caso do Estado da Bahia, para a população dos 3 e 11% (14%) (aproximadamente 1.960.000 hab. estariam dispostos os CAPS, os SRT, os Leitos em Hospitais Gerais e, excepcionalmente, os leitos de Hospitais especializados de psiquiatria; aos restantes dos 11 - 16% (1.540.000 – 2.240.000 hab.) estariam dispostos os ambulatorios, dados esses baseados numa população Baiana de aproximadamente 14.000.000 habitantes (IBGE – Estimativa 2006). As críticas à política de saúde mental do MS, têm encontrado algumas justificativas, por exemplo, na ausência completa de política para os ambulatorios, destinados, pelo seu perfil técnico, a atender o contingente maior da população de portadores de transtornos mentais, embora os leves ou menores. Também, na insuficiência do número de CAPS e SRT implantados, na alegada ineficiência desses novos

^s Compreendendo as psicoses, neuroses graves, autismo, retardo mental acompanhado de grande dificuldade de adaptação social e demências severas (3% da população), os casos em que a droga avassala a vida da pessoa, reduzindo sua possibilidade de existência, a dependência do álcool depois da adolescência (6 a 10% da população) e as drogas ilícitas (cerca de 1% da população).

serviços, na diminuição “compulsória” de leitos psiquiátricos e na não alocação dos recursos que financiavam as AIH de leitos descredenciados¹ para o setor da saúde mental, fazendo com que, apesar de tudo, o país passasse a gastar menos 26,7% (de 1995 para 2005) após a implantação dos serviços comunitários da RPB^(3 28 29 30 37). Distorção essa que deve ser corrigida. Por que teria a política do MS se dedicado e investido mais naqueles 14% e esquecido os 11 – 16% de pacientes restantes? Afastando-se dos aspectos ideológicos e corporativos, que fogem à natureza deste trabalho e que, de certa forma não deixam de estar presentes na forma de veiculação dessas críticas, não tanto no seu conteúdo, alguns colocações podem ser contrapostas: a) o maior grau de sofrimento e dificuldade de inclusão social dos portadores de transtornos mentais maiores, representados nos 14%; b) a iatrogenia e danos aos direitos humanos para com a maioria dos internados em hospitais psiquiátricos, opinião internacionalmente de significativo consenso, face às conquistas da moderna tecnologia e dos reconhecidos direitos de uma minoria social, os portadores de transtornos mentais maiores; c) por fim, a dificuldade em se conseguir burocrática e institucionalmente a alocação de recursos financeiros para uma atividade - a ambulatorial - que não é específica nem exclusiva da saúde mental, mas de toda a rede de saúde do SUS. Há reais dificuldades no sistema de saúde SUS em se remunerarem os procedimentos ambulatoriais (consultas, atendimentos grupais, visitas domiciliares... etc.) de saúde mental com valores maiores que os das demais especialidades da saúde. Foi possível se conseguirem, por outro lado, valores maiores na Tabela do SIA-SUS para os procedimentos/dia dos CAPS¹⁰ de R\$ 18,10, R\$ 15,90 e R\$ 14,85^u, acima, pois dos R\$ 3,70 e R\$ 7,00 dos procedimentos ambulatoriais, exatamente por não haver similares a eles nos demais da saúde e, por conseguinte na Tabela do SIA-SUS. Apesar de haver significativa justificativa nesse raciocínio, não parece, contudo ser o único, nem inviabilizador incontestado da preocupação da política do MS, com relação aos ambulatórios. Por outro lado, pretender-se ao mesmo tempo intensificar a implantação dos novos serviços (CAPS, SRT e Leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais), redesenhar e implantar melhor o perfil e desempenho dos ambulatórios esbarrar-se-ia na questão sempre complexa dos recursos financeiros, premidos por todas as demais demandas de áreas outras da saúde, essas, talvez, até, com maior apelo técnico e midiático bem conhecidos. No conjunto dessas dificuldades, se o MS não se tivesse concentrado, como opção de estratégia política, na implantação, durante vários anos, desses chamados serviços novos e específicos da especialidade da saúde mental, certamente as vicissitudes e alternâncias políticas terminariam por restringir sua eficácia, sua consolidação e, até mesmo, apagá-los com o tempo. Além disso, há que se ressaltar, que a implantação de 106 CAPS em municípios da Bahia, incluindo

a Capital⁽¹⁷⁾, na grande maioria dos quais jamais havia assistência em saúde mental, veio suprir grande e ampla falta de cobertura numa especialidade de alta prevalência populacional (25 - 30%)^(2,24,28,32), e centenariamente desprezada por, além de outros fatores, o estigma cultural de que é vítima. A crítica ao “capscentrismo” parece desconhecer, apesar de tudo, o bem oferecido para as famílias e usuários atendidos nos diversos municípios, principalmente os menores, por esses CAPS. Pois dos 30.830 (Quadro 1) pacientes atendidos mensalmente pelos 106 deles implantados no Estado, quase a metade (45,47% [Quadro 1, item 4]) é do procedimento *não-intensivo*. A realidade cotidiana desses serviços demonstra serem eles, de fato, pacientes ambulatoriais, vez que, em razão das condições de deslocamento de zonas rurais longínquas, além de outras, podem comparecer ao CAPS apenas uma única vez no mês, enquadrando-se assim, no perfil técnico de “pacientes ambulatoriais”. Apesar dos pontos criticados sobre a política de saúde mental do MS, não há razão de se desconhecer os bens sanitário e social trazidos com a implantação da rede de CAPS. Afinal de contas, deve-se perceber que “capscentrismo” é sinônimo, em última instância, de *ambulatorização*, *reversão do modelo hospitalocêntrico* ou, “*ambulatorismo*”, conceitos esses perseguidos há décadas pela maioria dos que militam na saúde mental.

Conclusões e Recomendações

Este último item, seguindo a cronologia dos assuntos acima abordados, esquematiza de modo simples e objetivo conclusões, recomendações ou sugestões que pareceram úteis para um documento de natureza propositiva. Documento assim poderá, acreditamos, ajudar aos seus responsáveis e interessados nas medidas mais importantes para melhorar o desempenho e qualidade da assistência em saúde mental, resultado dos conhecimentos recentes trazidos pelas disciplinas da medicina, da psiquiatria da enfermagem, da psicologia, da assistência social, do trabalho ocupacional, da farmácia, da pedagogia, do direito, da segurança, do lazer, da estética, da ética e de outras mais relacionadas com a saúde mental e qualidade de vida da população baiana.

A maioria das recomendações abaixo alinhadas é de competência de instâncias do Gestor estadual, dentro de sua função de coordenar, complementar, suplementar, organizar, supervisionar, incentivar, capacitar RH, normatizar e manter banco de dados com relação às ações do SUS no âmbito do Estado, seguindo a NOAS 01/2002:

1. Leitos Psiquiátricos, Vagas em Hospital-Dia e Emergências:

- Ampliar a implantação de leitos de psiquiatria em hospitais gerais, principalmente nos municípios do interior do Estado e dos que compõem a região metropolitana de Salvador:

¹ No Brasil, de aproximadamente 92.000 em 1992 para 38.000 leitos 2007⁽¹⁷⁾ e, na Bahia, de 2.232 em 2003 para 1.051 em 2007 (*Ibidem*).

^u Respectivamente para os procedimentos *intensivo*, *semi-intensivo* e *não intensivo*.

- a) acatar, por parte da SESAB e SMS de Salvador, a disponibilização de mais uma enfermaria do HUPES/UFBA para psiquiatria;
- b) insistir na implantação de leitos de Psiquiatria no HGE, um dos itens constantes do Convênio UFBA/SESAB/FAPEX N° 093/2003, vigente até 30/06/2008 publicado no DOE de 03/06/2003 e seus aditivos;
- c) incentivar e coordenar, a cargo da SESAB, o credenciamento de, pelo menos, 2 leitos em cada Hospital Geral de municípios onde existe um CAPS, meta que já constou do PDR/SUS-BA;
- d) abandonar a idéia de implantação de vagas em Hospital-dia, a não ser em hospital geral, salvo situações muito especiais, como no HUPES/UFBA, em razão da preferência a ser dada a serviços do modelo CAPS;
- Supervisionar o desempenho e qualidade da internação dos 1.051 leitos de hospitais psiquiátricos:
 - a) agregando serviços intermediários às Unidades que os possuem;
 - b) fazendo cumprir o estabelecido na Lei 10.216/2001 sobre as comunicações compulsórias ao MPF, estabelecendo parcerias com esse para tal fim;
 - c) reduzindo o *tempo médio de permanência* para aquém do limite mínimo de 30 - 45 dias, nos casos clinicamente possíveis, determinado compulsoriamente pela sistemática de cobrança das AIH-SUS.
- Estabelecer central/serviço de regulação para os casos de emergência psiquiátrica da Capital em parceria com a SESAB e MS.

2. Serviços Substitutivos:

- Intensificar sua implantação e:
 - a) alcançar o total de 200 CAPS credenciados pelo MS;
 - b) agilizar os processos de tramitação na SESAB e CIB-BA de projetos dos municípios pleiteantes;
 - c) estimular a implantação de CAPS através de consórcio de municípios com menos de 20.000 habitantes e que se equidistam por distâncias com menos de 20 km;
 - d) inaugurar, o mais breve possível, através da alocação dos RH humanos já solicitados pela UFBA, o CAPS II do Garcia docente-assistencial pertencente ao Complexo HUPES/UFBA no Distrito Social Barra-Rio Vermelho
 - e) incentivar e coordenar e ampliação dos SRT, com base no quantitativo de pacientes crônicos internados em hospitais psiquiátricos e que se enquadrem nos critérios estabelecidos pelo Programa;
 - f) incentivar a inscrição de usuários no PVC em municípios já credenciados no MS e estimular o cadastramento de outros;
 - g) a cabo da SMS de Salvador: aviar, o mais breve, a adimplência dos requisitos exigidos (Alvará da VS,

medicamentos, alimentação e complementação das equipes do CAPS) para o credenciamento dos 9 CAPS junto ao MS; atingir o quantitativo de 19 CAPS credenciados da Capital, de acordo com o parâmetro de 1/150.000 hab. (para população de 2.900.000 hab.); ampliar o número de SRT e PVC de acordo com a população crônica existente nos Hospitais psiquiátricos de Salvador e moradores de rua com transtornos mentais sem vínculo sócio-familiar; melhorar a capacitação das equipes dos CAPS recém implantados, através de cursos especiais e do estabelecimento de supervisores clínico-institucionais para os CAPS, em parceria com a SESAB.

- Instituir o mais breve possível um corpo de supervisores clínico - institucionais com perfil adequado a essa função, através de sistema de seleção transparente e respeitando a intenção dos Gestores relacionados aos CAPS, se possível, nos moldes da supervisão clínico - institucional estabelecida e em vigor pelo MS;
- Incentivar, nos CAPS, as atividades geradoras de renda, essenciais para a *inclusão social* de parte dos pacientes que oferecerem condições para tanto, através de linhas de financiamento especiais.
- Incentivar, na Capital e municípios outros estratégicos, a implantação de CAPS III.
- Implementar as atividades dos ambulatórios de saúde mental, promovendo:
 - a) inicialmente, encontros especiais para discussão do modelo;
 - b) supervisionando seu desempenho e qualidade;
 - c) complementando o quadro de RH para diminuir o grande intervalo interconsultas e tempo de atendimento;
 - d) melhorando o fornecimentos dos insumos: medicamentos, material para as oficinas... etc.

3. Recursos Humanos:

- Aumentar os postos de trabalho para, em pelo menos, 960 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde mental, sem ônus para a SESAB e municípios pleiteantes, através do credenciamento de mais 96 CAPS no Estado;
- Propiciar o apoio necessário para a manutenção e aprimoramento do corpo de supervisores clínico – institucionais, através de Cursos de aperfeiçoamento e atualização periódicos, local de reuniões e logística adequados.
- Alocar os recursos humanos solicitados para a inauguração em Abril – Maio de 2008 do CAPS docente – assistencial do Distrito Sanitário Barra - Rio Vermelho no bairro do Garcia;
- Promover eventos científicos anuais de saúde mental de âmbito estadual, privilegiando os serviços substitutivos CAPS, SRT, leitos em hospitais gerais e

cuidadores do PVC, objetivando integração e avaliação de experiências, bem como estimulando encontros regionais de grupos de CAPS de mesma região geográfica;

- Financiar, pelo menos, 2 cursos de pós-graduação *lato sensu* de 15 em 15 meses, de preferência coordenados por IES idôneas.

4. Outras:

- Elaborar e manter atualizado, em nível estadual, banco de dados, contendo os serviços dos diversos níveis de atenção, seus recursos humanos e gastos financeiros com a saúde mental das redes extra – hospitalar e hospitalar, identificando-os por município;
- Reativar a CESM – Comissão Estadual de Saúde Mental, comissão permanente e assessora do CES – Conselho Estadual de Saúde – BA, existente oficialmente e com regimento já publicado em DOE;
- Incentivar, coordenar e promover a atividade matricial em saúde mental com o PSF, em parceria com MS e municípios onde existem serviços de saúde mental.
- Estimular e repassar recursos em parceria com a FAPESB, incentivando pesquisas e projetos na área da saúde mental, inclusive sobre a geração de renda por portadores de transtorno mental.
- Restabelecer a regularidade do fornecimento dos medicamentos essenciais (rotineiros) com base no elenco programado para cada nível de complexidade do serviço, conforme programa da SESAB implantado desde 2000.
- Agilizar e reformular o fluxo de solicitação e dispensação dos medicamentos de Alto Custo na área de saúde mental.

Referências

1. ABP *et al.* Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. ABP, Brasília. 2006.
2. Almeida-Filho, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB *et al.* Brazilian Multicentric study of psychiatric morbidity – Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, 171: 524-29, 1987.
3. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin DI; Mário Dinis M L M, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil, *Rev Bras Psiquiatr*, v. 29, nº 1, p. 43-6, 2007.
4. Brasil – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 189. Brasília, 19 Nov., 1991.
5. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 224. Brasília, 29 Jan., 1992.
6. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.077. Brasília, 24 Ago., 1999.
7. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 106. Brasília, 11 Fev., 2000a.
8. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.220. Brasília, 07 Nov., 2000b.
9. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 336/02, 2002a
10. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 189/02, 2002b
11. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 189/02, 2002c
12. Brasil – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.935, 16 Set., 2004.
13. Brasil - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 246. Brasília, 17 Fev., 2005a.
14. Brasil – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.174, 07 Jul., 2005b.
15. Brasil - Ministério da Saúde. Um Outro Olhar – Manual Audiovisual sobre Centro de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica. FUJB-Fund. Univ. José Bonifácio e NUPPSAM - IPUB/ UFRJ. Rio de Janeiro, 2006.
16. Brasil – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.577, DOU de 10 Out., 2006.
17. Brasil – Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Números*, Ano II, Nº 4. Brasília, Agosto, 2007.
18. Brasil – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.237, 24 Dez., 2007.
19. Brasil – Palácio do Planalto. Presidência da República. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
20. Brasil – Palácio do Planalto. Presidência da República. *Lei 8.080 de 19 Set.*, 1990a.
21. Brasil – Palácio do Planalto. Presidência da República. *Lei 8.142 de 29 Dez.*, 1990b
22. Brasil – Palácio do Planalto. Presidência da República. *Lei 10.216*, 06 Abril, 2001.
23. Brasil – Palácio do Planalto. Presidência da República. *Lei 10.708*, 31 Jul., 2003.
24. Delgado PG. Saúde mental e pública para todos. O Globo. Rio de Janeiro, 27 Jul, 2006. Acesso em 16/10/2007 em < <http://oglobo.globo.com/jornal/opinião/285013858.asp>>
25. Goldberg J. *Clinica da Psicose – um projeto na rede pública*. Te Corá, Rio de Janeiro, 1994.
26. Herman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice. 2005. http://mmm.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (accessed Aug 20, 2007).
27. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbero M, Seedat S *et al.* Mental health systems in countries: where are we now? – The Lancet series on Global Mental Health:Article Collection. *Published on line September 4, 2007* DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61241-0.
28. Lancet - The Lancet series on Global Mental Health:Article Collection. *Published on line September 4, 2007* DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61241-1.
29. Mari JJ, Almeida-Filho N, Delgado PGG. *International Conference on the Lancet Series on Global Mental Health and Mental Health Policies in Brasil – Program*. Unifesp. São Paulo, 19 Nov, 2007b.
30. Mari JJ. Uma Chamada de ação global para o avanço da saúde mental. *Psiquiatria Hoje*. Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano XXIX, Nº 6, 2007.
31. O Globo. *Sem Hospícios, morrem mais doentes mentais - O País*. 912 ed., p. 14, 09 Dez., 2007.
32. OPS - Organização Pan-americana da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genève, Suíça, 173 p., 2001.
33. Rabelo AR, Assis-Filho B, Cruz-Filho DD, Santos FLM, Oliveira IG *et al.* Reestruturação das Ações de Saúde Mental no Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol. 9, nº 2: 57-113, 1982.
34. Rabelo AR. *Características Sociodemográficas e de Morbidade Psiquiátrica da População internada nos Hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia*. Tese Doutorado em Neurociências. Fac. Medicina.UFBA, 2002.
35. Rabelo AR, Mattos AAQ, Coutinho DM, Pereira NN. *Um Manual para o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. 2 ed. Salvador. EDUFBA, 2006.
36. Trudel JF, Lessage A. Le sort de patients souffrant de troubles mentaux graves et persistents lorsqu'il ny a pas d'hôpital psychiatrie. *Senté Mental au Québec*, XXX 1: 47-71, 2005.
37. WHO – World Health Organization. *AIMS – Assesment Instrument for Mental Health Systems*. Version. 2.2. Geneva, 2005.