

*Universidade Nova de Lisboa  
Faculdade de Ciências Médicas*

**"Revisão dos mecanismos de monitoramento, avaliação e  
qualificação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras  
Drogas a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e  
da garantia dos direitos humanos"**

Adélia Benetti de Paula Capistrano

*Dissertação do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental*

Orientador: Prof. Dr. Benedetto Saraceno

2016

## Agradecimentos

À minha família, pela sede de justiça e fome de liberdade, em toda sua radicalidade e sensibilidade.

Às (aos) amigas (os) e companheiras (os) do movimento estudantil (Bia, Marília, Fabíola, Cássia, Mitie, Júlia, Pedrinho, Gabo, Brisa, Luis Fernando), do Fórum Paulista da Luta Antimanicomial e do CAPS II Arco-Íris, que me formaram através de questionamentos, encontros, cutucões, pressões, críticas, acolhimento e muita alegria.

A quem me apresentou a diversidade ao longo desse caminho: Carlão, Conceição, Mário, Brunos, Franciscos, Willian, Tião, Mônica, Elias, Marcos, Antônio, Flavinho, Maria José, Bruno e Alexandra.

Às queridas e queridos da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, pela intensidade e apoio em momentos felizes e terríveis, por me ajudarem a compreender as entranhas burocráticas e criativas da gestão federal da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e por me acolherem em Brasília.

Ao Roberto Tykanori e Fernanda Nicácio, pelo convite à inserção na Política Nacional através de núcleos temáticos, leituras, encontros e práticas recheadas de sabedoria, delicadeza.

Ao pessoal do Espírito Santo, Alagoas, Rio de Janeiro, Prudentópolis, Gurupi, Cabo de Santo Agostinho, Barbacena e Juiz de Fora, por me apresentarem tantas RAPS diferentes.

Aos companheiros Camila, Ruy, Denis, Jana, Gabi, Eder e Junior, pela coragem!

Ao Lancetti, pelo apadrinhamento.

A Taia, pela orientação e amizade.

Ao Benedetto Saraceno, pela paciência e inspiração.

Obrigada!

ADÉLIA BENETTI DE PAULA CAPISTRANO

**Revisão dos mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da garantia dos direitos humanos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental Internacional (International Master in Mental Health Policy and Services).

Orientador: Prof. Dr. Benedetto Saraceno

2016

## RESUMO

CAPISTRANO, A. B. P. **Revisão dos mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da garantia dos direitos humanos.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2016.

A Reforma Psiquiátrica brasileira se configura como movimento político que luta pela superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico para o cuidado em uma rede articulada de serviços comunitários e abertos. Tem como marcos: 1) inversão de recursos historicamente investidos em hospitais psiquiátricos, quando em 2006 se atingiu maior proporção de gastos nos serviços extra-hospitalares; 2) fechamento de mais de 51 mil leitos em hospitais psiquiátricos entre 2002 a 2014; 3) instituição de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Considerando os desafios de consolidação da RAPS de maior participação social em sua implementação e na garantia dos direitos humanos, resgatou-se a responsabilidade do Ministério da Saúde na construção de instrumentos de monitoramento, avaliação e qualificação da RAPS. Este estudo teve o objetivo analisar estas metodologias a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do SUS e das recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, verificar suas limitações e propostas de superação para efetivá-las. Dentre os resultados, foram encontradas diversas menções ao monitoramento, avaliação e qualificação de serviços e programas da RAPS, com articulação intersetorial e muitas vezes sem continuidade das ações planejadas nem disseminação dos resultados. A maior parte das recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial referentes à “Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental” foram implantadas parcialmente ou não foram implantadas. Na conclusão, se apresenta a complexidade do tema e a necessidade de ser priorizada e efetivada a ampliação de espaços de discussão e negociação entre os diversos segmentos envolvidos para subsidiar a tomada de decisão acerca do planejamento e da escolha dos mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação da RAPS.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; monitoramento; avaliação; qualificação; gestão federal

## ABSTRACT

CAPISTRANO, A. B. P. **Review of Brazilian National Mental Health Policy's monitoring, evaluation and qualification strategies by principles from Brazilian Psychiatric Reform and the guarantee of human rights.** Dissertation (Masters) - Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon, Lisbon, 2016.

Brazilian Psychiatric Reform is set as a political movement that advocates for the transition from hospital-centered model to mental health care at articulated network of open community services has as landmarks: 1) switch-over of resources historically invested, when in 2006 it reached a higher proportion of spending on extra-hospital services than in psychiatric hospitals; 2) closing more than 51,000 beds in psychiatric hospitals from 2002 to 2014; 3) establishment of the Psychosocial Care Network - RAPS for people with mental disorder and needs arising from the use of crack, alcohol and other drugs. Considering the challenges and gaps for the continuous consolidation of RAPS, social participation empowerment and human rights guarantee, it was recalled Ministry of Health's responsibilities on implementation monitoring, assessment and qualification of RAPS's services and strategies. The objectives in this study are: to raise the existing methodologies, analyzes them by the principles of Brazilian's Psychiatric Reform and the recommendations of the IV National Mental Health – Intersectoral Conference, proceeded the systematization of implemented strategies, limitations and proposals for overcoming its effectiveness. Among the results, it was found several monitoring, assessment and qualification references and intersectoral coordination of services and RAPS programs, often without continuity of actions planned or initiated or dissemination of results and impacts. Most of the recommendations of IV National Mental Health – Intersectoral Conference concerning "Information management, assessment, monitoring and planning in mental health" were partially or not implemented. In conclusion, it is presented the complexity of the theme and the need to prioritize and carried out the expansion of devices for discussion and negotiation between the stakeholders to support decision-making about the planning and selection of mechanisms for monitoring, assessment and qualification of RAPS.

Key-words: Psychiatric Reform; monitoring; assessment; qualification; federal management

## RESUMEN

CAPISTRANO, A. B. P. **Revisión de los mecanismos de monitoreo, evaluación y calificación de la Política Nacional de Salud Mental, alcohol y otras drogas a partir de los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y la garantía de los derechos humanos.** Tesis (Maestría) - Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nueva de Lisboa, 2016.

La Reforma Psiquiátrica brasileña se configura como un movimiento político que lucha por la transformación del modelo centrado en los asilos por una red articulada de servicios abiertos. Tiene como puntos de referencia: 1) la inversión de recursos históricamente invertidos, cuando en 2006 se alcanzó una mayor proporción de los gastos en servicios extrahospitalarios que en los hospitales psiquiátricos; 2) el cierre de más de 51.000 camas en los hospitales psiquiátricos de 2002 a 2014; 3) establecimiento de la Red de Atención Psicosocial - RAPS para personas con o trastorno mental y necesidades que surgen del uso de crack, alcohol y otras drogas. Teniendo en cuenta los retos para la consolidación de RAPS y mayor participación social, se recuperó a competencia del Ministerio de Salud de monitoreo de la ejecución, evaluación y calificación de RAPS. Este estudio fue diseñado con el objetivo de evaluar las metodologías existentes, analizarlos a partir de los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, de SUS, y de las recomendaciones de la IV Conferencia Nacional de Salud Mental – Intersectorial, y proponer la superación de las limitaciones para su eficacia. Entre los resultados, se encontró varias referencias de supervisión, evaluación y calificación de los servicios de RAPS, con coordinación intersectorial, sin la continuidad de acciones planificadas o difusión de los resultados e impactos. La mayor parte de las recomendaciones de la IV Conferencia de Salud Mental relativas a la "Gestión de la información, evaluación, seguimiento y planificación en salud mental" se llevaron a cabo parcialmente o no se han cumplido. En conclusión, se presenta la complejidad del tema y la necesidad de establecer prioridades para la ampliación de espacios de discusión y negociación entre los distintos sectores involucrados para apoyar la toma de decisiones de planificación y elección de mecanismos de seguimiento, evaluación y calificación de RAPS.

Palabras clave: reforma psiquiátrica; monitoreo; evaluación; calificación; gestión federal

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1. Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.....p. 16

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Mecanismos e estratégias de Avaliação.....p. 58

Tabela 2. Mecanismos e estratégias de Monitoramento.....p. 59

Tabela 3. Mecanismos e estratégias de Monitoramento – Continuação 2.....p. 60

Tabela 4. Mecanismos e Estratégias de Monitoramento – Continuação 3.....p. 61

Tabela 5. Mecanismos e estratégias de Qualificação.....p. 62

Tabela 6. Recomendações IV CNSMI sobre Infra-estrutura e materiais de divulgação.....p. 64

Tabela 7. Recomendações da IV CNSMI sobre Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos...p. 65

Tabela 8. Recomendações da IV CNSMI – Sub-eixo Auditorias e processos de avaliação.....p. 67

## **LISTA DE SIGLAS**

AIH - Autorização de Internação Hospitalar – AIH

Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C

Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA/I

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAT – Casa de Acolhimento Transitório

CDPD - Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CdR – Consultório de Rua

CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

CIST - Cadastro de Inclusão Social pelo Trabalho

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DCNT - doenças crônicas não transmissíveis

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GT – Grupo de Trabalho

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NBDHSM - Núcleo Brasileiro de Direito Humanos e Saúde Mental

PET - Programa de Educação pelo Trabalho

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento institucional do SUS

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PVC – Programa de Volta para Casa

QR – QualityRights (Direito é Qualidade)

RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Ministério da Justiça)

SGEP – Secretaria de Gestão Participativa

SGETES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SAI/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PARTE I - INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>11</b> |
| CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....   | 11        |
| CONSOLIDAÇÃO E MARCOS DA POLÍTICA .....   | 15        |
| ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA GESTÃO FEDERAL DO SUS NO<br>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL ..... | 18        |
| DESAFIOS .....  | 21        |
| <b>PARTE II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL.....</b>   | <b>23</b> |
| HIPÓTESES .....   | 23        |
| <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>METODOLOGIA .....</b>  | <b>25</b> |
| ANÁLISE E DISCUSSÃO .....   | 27        |
| MECANISMOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE<br>EXISTENTES NA GESTÃO FEDERAL DO SUS .....                     | 27        |
| <b>SISTEMATIZAÇÃO .....</b>   | <b>56</b> |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>  | <b>68</b> |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 71        |

## PARTE I - INTRODUÇÃO

### CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A conquista da saúde como direito garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1988 foi fruto de intenso debate de grupos de profissionais e usuários dos serviços de saúde, gestores e entidades organizadas, ressaltando o caráter de luta pela redemocratização do estado pelo qual o país passava à época, denominado Reforma Sanitária (BRASIL, 1986). Com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS através das Leis nº 8080/1990 e 8142/1990, legitimado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é iniciado o processo de mudança do modelo de atenção à saúde a partir das premissas da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado em prover as condições para seu pleno exercício (BRASIL, 1988). Traz ainda o conceito ampliado de saúde, com fatores determinantes e condicionantes envolvendo alimentação, moradia, habitação, trabalho, lazer, etc., com os princípios e diretrizes que envolvem, entre outros:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- integralidade e equidade da assistência;
- preservação da autonomia das pessoas;
- direito à informação;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com ênfase nos municípios e regionalização e hierarquização dos serviços de saúde; entre outros

A Lei nº 8154 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, além das transferências de recursos financeiros, através das instâncias colegiadas:

- Conferências de Saúde: a serem realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde; e
- Conselhos de Saúde: de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo nas três instâncias federadas, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e controle

da execução da política de saúde (inclusive no aspecto financeiro e econômico) nas instâncias correspondentes.

Concomitantemente, é iniciado o processo da Reforma Psiquiátrica ao final da década de 70, que se configura como um movimento político contra as violações de direitos humanos ocorridas nos hospitais psiquiátricos e pela consequente transformação do modelo de assistência vigente (MARSIGLIA, R., DALLARI, D. A., COSTA, J. F., et. al., 1987). Entendido como lugar de confronto e embate entre posições de defesa da liberdade e garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e manutenção da lógica centrada no modelo asilar, é desde o início marcada pela militância, protagonismo e negociações de diferentes atores:

*“Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.”*  
(YASUI, 2006, p.26)

ABOU-YD (2009) apresenta o “ponto de encontro” entre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica na garantia dos direitos sociais, com defesa da vida e da igualdade de direitos e à luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em confronto com interesses econômicos e corporativos. Explicita que a clínica antimanicomial tem como meta a “reconstrução do campo dos direitos para os loucos”, invenção esta que vem do confronto:

*“entre interesses coletivos, de um lado, e particularíssimos e nem sempre nobres interesses, de outro. Num front, os loucos e seus parceiros; noutro, homens de ciência, alguns políticos e empresários da loucura. Em meio a tudo isso, vida, sonhos, cidades, paixão e investimentos públicos tentam produzir uma nova cartografia para circunscrever a experiência da loucura em combate contra a ética do lucro, o hospício, o abandono e a morte.”* (p. 92-93, ABOU-YD, 2009)

Por outro lado, Amarante (1995), apesar de concordar com a aproximação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica em vários níveis, argumenta sobre suas importantes diferenças, tais como o foco no acolhimento da singularidade dos usuários e na desinstitucionalização das práticas profissionais no caso da Reforma Psiquiátrica, versus a construção de fluxos e controle epidemiológico da Reforma Sanitária. Apesar de não ser o foco deste estudo, tal discussão se faz necessária ao se tratar da interface e influência do campo da saúde mental na articulação com serviços de saúde em geral. A proposta de que a pessoa em sofrimento mental seja vista como sujeito de direito, um cidadão, rompe radicalmente com a noção passiva de doente, assim como quando se propõe que a população atue ativamente no processo político de construção da saúde, saindo do

papel passivo de “consumidores de saúde”. Amarante (1995) vai além ao explicitar que a prática manicomial, centrada na reprodução da violência institucional e na exclusão, só poderá ser superada quando todos os leitos forem fechados, os hospitais lacrados e o *modelo de tratamento* desconstruído:

*“O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico.”* (p. 494, AMARANTE, 1995)

Este movimento de tensionamento e construção criativa tem como consequência uma série de eventos que marcaram a consolidação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil. Em publicação sobre saúde mental comunitária em países de baixa renda, a Coordenação de Saúde Mental à época apresenta um panorama histórico da Política (PORTO, K. F.; CORDEIRO, F.; DELGADO, P. G. G., 2010), que será acrescido de informações de Amarante (1995) e Delgado (2011):

- Entre 1978-1991
  - Ocorre a crítica ao modelo hospitalocêntrico, com a I Conferência de Saúde Mental no Rio de Janeiro e no II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru (São Paulo) em 1987, que culminou no lema “Por uma sociedade sem manicômios”;
  - Iniciam-se as primeiras experiências de transformação concreta do modelo asilar e de abertura de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, a partir do histórico fechamento do hospital psiquiátrico Anchieta, em Santos/SP, da inauguração do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Luis Cerqueira em São Paulo/SP;
  - Apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado em 1989, para extinguir progressivamente os hospitais psiquiátricos;
- Entre 1992-2000
  - Aumento da implementação de serviços abertos de base comunitária, os CAPS, com publicações de Portaria pelo Ministério da Saúde sobre regulação e financiamento;
  - São lançados projetos de lei locais (de estados e municípios) que tratam da reorganização do modelo de atenção à saúde mental;

- Ocorre a II Conferência de Saúde Mental e a ratificação da Declaração de Caracas pelo Brasil;
- Entre 2001-2009
  - É publicada a Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, após mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional, com substanciais modificações no texto original, principalmente ao que se refere à “extinção” dos hospitais psiquiátricos. A Lei aprovada dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental no Brasil;
  - Ocorre a III Conferência de Saúde Mental ao final de 2001, que apresenta o esforço de estruturar o novo modelo de atenção a fim de efetivar seus princípios;
  - Ocorre a expansão de serviços de base comunitária, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT e do Programa De Volta para Casa, benefício financeiro de auxílio-reabilitação psicossocial para ex-moradores de hospitais psiquiátricos, propostas de integração da saúde mental na atenção primária;
  - Há a ampliação da avaliação e vigilância nos hospitais psiquiátricos existentes através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria – PNASH/psiq e progressiva redução de seus leitos;
  - Políticas específicas para a saúde mental infanto-juvenil e das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e
  - Apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades locais de associações e cooperativas de usuários e familiares de saúde mental no campo do trabalho e inclusão social e suporte e financiamento para capacitação de profissionais de saúde mental e pesquisa em saúde mental.

Como pode ser visto, com a instituição da Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica torna contornos de política de estado, com o estabelecimento de diretrizes e princípios claros e gerais acerca da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Apresenta-se como transformação do paradigma do modelo centrado em internações em hospitais psiquiátricos o de cuidado em rede de serviços comunitários integrados, abertos, com diretrizes da defesa dos direitos das pessoas com sofrimento mental.

Ao longo dos anos foram realizadas diversas ações da gestão federal de modo a instituir e regular serviços substitutivos aos manicômios, ofertar financiamento a programas específicos e fornecer diretrizes da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o que será apresentado a seguir.

## CONSOLIDAÇÃO E MARCOS DA POLÍTICA

A consolidação da Política de Saúde Mental pode ser avaliada através de alguns marcos:

- Inversão do direcionamento de recursos federais historicamente destinados a hospitais psiquiátricos, que em 2006 se alcançou maior proporção de investimentos em serviços extra-hospitalares do que para hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011A);
- Fechamento de quase metade dos 51 mil leitos em hospitais psiquiátricos existentes no ano de 2002 ao longo de doze anos (BRASIL, 2015A)
- Publicação da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A instituição da RAPS ocorre a partir da regulamentação da Lei 8080/1990 através do Decreto nº 7508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS através de Regiões de Saúde e Redes de Redes de Atenção à Saúde prioritárias, que focam a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Esta busca superar a fragmentação do cuidado através de estruturas operacionais, sistemas de funcionamento e territórios definidos, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Ainda, apresenta a prerrogativa da pactuação regional dos desenhos e planejamento das redes de serviços através das instâncias gestoras das Regiões de Saúde (BRASIL, 2011B).

A RAPS tem a finalidade de “*criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas*” (BRASIL, 2011B), apresenta diretrizes de funcionamento, objetivos e operacionalização. Está conformada por sete Componentes, com seus respectivos pontos de atenção, o que pode ser visualizado na imagem a seguir:

Imagem 1. Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial

| Componentes                                | Pontos de atenção   |
|--|---|
| Atenção Básica em Saúde                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família;</li> <li>• Consultório na Rua;</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul> |
| Atenção Psicossocial                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.</li> </ul>   |
| Atenção de Urgência e Emergência           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192;</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul>                            |
| Atenção Residencial de Caráter Transitório | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento;</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial CT's.</li> </ul>   |
| Atenção Hospitalar                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitos de saúde mental em Hospital Geral.</li> </ul>   |
| Estratégias de Desinstitucionalização      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos;</li> <li>• Programa de Volta para Casa;</li> <li>• Programa de Desinstitucionalização.</li> </ul>                          |
| Estratégias de Reabilitação Psicossocial   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;</li> <li>• Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.</li> </ul>                                     |

A imagem mostra que mesmo serviços de saúde que tradicionalmente não são considerados do campo da saúde mental, devem se organizar e responsabilizar pela atenção às pessoas com transtornos mentais. Dentre os pontos de atenção elencados, apenas os Centros de Convivência e Cultura não possuem financiamento e regulação (cadastro e requisitos de funcionamento a serem seguidos) pelo Ministério da Saúde. As Estratégias de Desinstitucionalização abrangem também o Programa De Volta para Casa (PVC) – auxílio financeiro para pessoas egressas de longas internações em hospital psiquiátrico – e o Programa de Desinstitucionalização, instituído em 2014 pela Portaria nº 2.840, marco recente que institui financiamento para equipes de profissionais que promovam a garantia de cuidado integral e de direitos de moradores de longa permanência de hospitais psiquiátricos através de estratégias substitutivas, buscando a progressiva inclusão social e produção de autonomia através de processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014B). As Estratégias de Reabilitação Psicossocial prevêem incentivo financeiro pontual para iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, que implicam no fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, sendo normatizada pela Portaria nº 132 de

26 de janeiro de 2012. Como pode ser visto, instituição da Rede de Atenção Psicossocial abrange serviços de saúde de diferentes níveis e complexidades, além de incorporar temas referentes à habitação e geração de renda.

Destaca-se que a Portaria 3088/2011 apresenta aspectos referentes à operacionalização da RAPS, estabelecendo etapas de diagnóstico das necessidades de saúde no território, planejamento e desenho da rede, pactuação entre os gestores envolvidos, qualificação e acompanhamento/monitoramento da implantação. Os Grupos Condutores a nível municipal, regional e estadual são espaços privilegiados para a negociação e operação da RAPS, sendo composto por representantes das gestões. Ainda, traz a possibilidade de instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial, com previsão de participação da população e coletivos organizados com a finalidade de acompanhar e contribuir na implementação da RAPS (BRASIL, 2011B).

Em 2014 a RAPS contava com 2.200 CAPS, 888 leitos de saúde mental em hospital geral, 34 Unidades de Acolhimento e 289 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados – o processo de habilitação/cadastro passa pelo envio do projeto do serviço a ser implantado pelo gestor local, análise técnica pelo Ministério da Saúde, com possibilidade de adequação para atender às normas vigentes de funcionamento, aprovação e publicação de portaria – pelo Ministério da Saúde, havia 4349 beneficiários do PVC e 25.988 leitos em hospitais psiquiátricos. Foram investidos mais de 15 milhões de reais em iniciativas de Reabilitação Psicossocial entre 2005 e 2013, que contemplaram projetos de Economia Solidária, geração de trabalho e renda e fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, dentre tantos outros programas e ações instituídos em todas as regiões do país (BRASIL, 2015A).

Estes dados refletem a consolidação da RAPS no território brasileiro e da implantação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas como um todo. Mais do que prover o acesso à atenção psicossocial, a instituição da RAPS tem induzido a mudança da lógica do modelo de cuidado a partir das realidades regionais. A partir da experiência profissional da autora como assessora técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde – CGMAD desde 2013, foi possível verificar que novas formas de cuidado e produção de autonomia aos usuários de saúde mental estão sendo criadas, apesar das limitações inerentes à complexidade de se transformar um modelo ainda não hegemônico na sociedade brasileira.

## ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA GESTÃO FEDERAL DO SUS NO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Faz-se necessário apresentar brevemente as atribuições e responsabilidades da gestão federal do SUS, para contextualizar as ações previstas de monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A retomada deste debate a nível nacional se justifica pela sustentabilidade da Política e pelas responsabilidades impostas para esta esfera de gestão.

Segundo a Lei nº 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, Capítulo IV, Seção I, Artigo 15, são atribuições comuns à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a:

*“I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; (...)*

*V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;” (BRASIL, 1990)*

Além disso, compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), Seção II, Art. 16:

*“XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; (...)*

*XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; (...)*

*XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.” (BRASIL, 1990)*

O Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013, que aprova a estrutura regimental e quadro de cargos e funções do Ministério da Saúde, apresenta o monitoramento, avaliação e qualificação dos serviços e programas de saúde como competência de diferentes órgãos do Ministério da Saúde. À Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde compete:

*“VIII - apoiar a formulação do planejamento, monitoramento e avaliação de programas e projetos do Ministério da Saúde; (...)*

*IX - participar do Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços;” (BRASIL, 2013A)*

Esta possui em sua estrutura o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, que tem a competência de formular a Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, coordenar os processos, articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação dos órgãos do Ministério da Saúde, desenvolver metodologias, apoiar iniciativas, viabilizar e coordenar ações que visem à produção do conhecimento no campo, participar da coordenação deste processo coletivo e sistematizar e disseminar informações para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS (Art. 10, BRASIL, 2013A).

Quanto à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), compete o estabelecimento de normas, critérios, parâmetros e métodos, desenvolvimento de sistemas, mecanismos de gestão, controle, monitoramento e avaliação das ações de organização e implementação das redes de atenção à saúde. A SAS possui o Departamento de Atenção Especializada e Temática, que tem a competência de coordenar os processos de elaboração e avaliação da RAPS.

Ainda, compete à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP o apoio às estratégias para “mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde” (Art. 34). Além disso, cabe a esta promover em parceria com o Conselho Nacional de Saúde a realização das Conferências de Saúde; implementar a política de estímulo à participação da sociedade nos processos de avaliação dos serviços, através do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS; bem como coordenar as ações do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, através do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS. Este tem a responsabilidade de, entre outras:

*“II - auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde, e a regularidade técnico-financeira da aplicação dos recursos do SUS, em todo o território nacional; (...)*

*VI - informar à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde sobre resultados de auditoria que indiquem a adoção de procedimentos visando a devolução de recursos ao Ministério da Saúde;*

*VII - informar os resultados e as recomendações das atividades de auditoria aos interessados, aos órgãos e às áreas técnicas do Ministério da Saúde correlatos ao objeto da apuração, para fins de adoção de providências cabíveis;*

*VIII - orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades integrantes do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;” (Art. 37, BRASIL, 2013A)*

Cabe mencionar que esta responsabilidade está prevista no Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde - 8080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, articulação interfederativa, planejamento e assistência à saúde. Neste, é definido o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, acordo entre os entes federativos para organizar e integrar as ações e serviços na Região de Saúde, garantindo a integralidade da assistência e que:

*“definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.” – Art. 35 Decreto 7508/2011).*

O Decreto traz ainda a responsabilidade do Ministério da Saúde em definir “*indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e serviços de saúde*”, a partir do Plano Nacional de Saúde, bem como do Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS – DENASUS, de controlar e fiscalizar o COAP (BRASIL, 2011C). Segundo publicação de 2011 sobre Auditoria do SUS, o DENASUS:

*“ênfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção do auditor em relação ao SUS, em sua responsabilidade de apoiar a gestão, de manter uma conduta permanente de vigilância aos indicadores de saúde e aos resultados das ações” (P. 12, BRASIL, 2011D)*

O documento apresenta ainda a definição de auditoria, que, entre outras especificações, é baseada no exame dos fatos através de diferentes técnicas para verificar a adequação ao que é preconizado pelas leis e normas vigentes.

Como pôde ser visto, diferentes órgãos são responsáveis pelos processos de avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde, que por sua vez, envolvem a participação de pessoas e entidades de fora do Ministério da Saúde, incluída aí a população. Isto está previsto tanto através

da realização das Conferências de Saúde quanto do incentivo à participação na Política de Ouvidoria do SUS. O papel de fiscalização da implementação da política ocorre pelo Departamento de Auditoria enquanto a formulação da política de monitoramento de forma mais geral cabe à Secretaria Executiva. A SAS e o Departamento de Atenção Especializada e Temática são incumbidos com a formulação de parâmetros e critérios para subsidiar a avaliação e monitoramento das ações de saúde mental. É necessário informar que a CGMAD, está aí inserida conforme a normatização. No entanto, desde 2014 a CGMAD está subordinada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), sem a consequente regularização normativa.

## DESAFIOS

A instituição de uma política de estado enraizada a partir da promulgação da Lei 10.216/2010, que permitiu a criação de diretrizes, programas e financiamento a nível nacional, ao mesmo tempo com esforços de superação do modelo ultrapassado de segregação e de violação aos direitos humanos, teve efeitos notáveis e progressivos, inclusive com reconhecimento internacional (WHO-AIMS, 2007).

A previsão de acompanhamento da implantação da política por parte dos *stakeholders*, por exemplo através das Conferências de Saúde Mental, Grupos Condutores da RAPS e Conselhos de Saúde, são conquistas a serem preservadas e ampliadas. Isto se torna fundamental ao considerar a permanência do embate político e social na esfera nacional, tanto a partir de corporações de profissionais quanto de setores mais conservadores da sociedade.

Como exemplo das reações contrárias à atual Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, o debate atual sobre o uso de álcool, crack e outras drogas vem produzindo questionamentos acerca da efetividade da RAPS no manejo da atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso dessas substâncias. Por um lado, se contrapõe estratégias de criminalização, repressão, e “higienização urbana” através do isolamento e encarceramento dessa população, vista a partir de uma questão moral. De outro, a defesa da garantia de acesso aos direitos sociais para uma população em vulnerabilidade e consequente oferta de atenção à saúde, moradia e renda, ao considerar as necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas de forma mais ampla e complexa, como reflexo da forma de organização da sociedade (BRASIL, 2003).

Outro exemplo são as permanentes críticas ao modelo psicossocial por parte de corporações de profissionais (marcadamente médicos psiquiatras), ao afirmarem que a Política de Saúde Mental em curso tem como premissa a desvalorização do saber psiquiátrico e redução do papel do profissional psiquiatra, gera “desassistência generalizada” e que há uma ausência de avaliação da qualidade e resolutividade dos serviços, trazendo a relevância da fundamentação da Política por meio de evidências científicas e melhoria da eficiência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014. P. 6-7). Políbio Souza (2009), ao discorrer sobre os avanços e vulnerabilidades do programa de atenção à crise em saúde mental na capital do estado do Minas Gerais, menciona a ação desses atores:

*“Os defensores do manicômio, recentemente e, de maneira agressiva, se organizaram, nacionalmente, para combater as diretrizes antimanicomiais da Reforma Psiquiátrica. Entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que já apoiou o processo de Reforma, passaram a combatê-la de forma sistemática envolvendo, neste embate, a imensa maioria das Associações e Conselhos de Medicina. E, pela primeira vez, vimos um alinhamento explícito entre as posições da FBH (Federação Brasileira de Hospitais) e da ABP na verdade, a adesão da segunda às teses da primeira. Em documento recente, a ABP, inadvertidamente, deixa evidente, a sua contestação da Reforma em si, uma vez que ignora toda a rede construída e os avanços, propondo uma nova rede, que brota do nada, pensamento mágico, com outra nomenclatura (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006). No processo de implantação do SUP e da Hospitalidade Noturna uma a uma de nossas concepções foram combatidas por estes setores. Colocaram, por exemplo, sob fogo cerrado as concepções e o modelo de hospitalidade da Reforma e fizeram o primeiro combate aberto e frontal à Portaria 336 do Ministério da Saúde” (SOUZA, P.J.C., 2009. P. 119-120)*

Do lado dos que apoiam a Política de Saúde Mental, também ocorrem questionamentos acerca de seus desafios, impasses e lacunas, com temas que abrangem desde a transmissão, formação e educação permanente para profissionais da RAPS (LOBOSQUE, A.M., 2009); maior participação de usuários na RAPS e nos espaços de controle social; parcerias intersetoriais; consolidação da rede e fortalecimento do movimento social; garantia dos direitos humanos e cidadania (BRASIL, 2010), entre outros.

As responsabilidades de monitoramento e avaliação da Política de Saúde Mental se justificam também pela necessidade de decisão política a respeito da priorização de alocação de recursos limitados, principalmente nos tempos atuais de contenção de gastos, bem como para qualificação das ações desenvolvidas. Resgata-se a competência da direção nacional do SUS em “acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências

*municipais e estaduais*”, (Art. nº 16, BRASIL, 1990), e de “*apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o território nacional*”, (Art. 14, BRASIL, 2011B).

Tal tarefa se mostra complexa pelo fato de a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas apresentar-se de através de serviços e ações múltiplos, específicos para cada realidade local, em constante transformação. Como monitorar e avaliar serviços e ações com características próprias de seu contexto, a partir de mecanismos comuns? O que de fato foi implantado e como está operando? Como medir o impacto desta Política na vida da população para quem ela é destinada? Quais as limitações da gestão federal nessa tarefa? Como garantir a participação coletiva dos atores interessados a nível nacional?

Entendendo a grandiosidade de tal incumbência, este trabalho se aterá ao levantamento e análise dos mecanismos da gestão federal referentes ao monitoramento/indicadores, avaliação e qualificação da RAPS, para contribuir de alguma forma na construção deste processo.

## **PARTE II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL**

### **HIPÓTESES**

- A construção e avaliação de mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação dos serviços de saúde mental no Brasil requerem a contextualização e adaptação a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- Os atuais mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação de programas, serviços e ações de saúde mental estabelecidos pela gestão federal não refletem a complexidade das ações realizadas nem disseminam os resultados esperados.
- Ao levar em conta o contexto brasileiro que prevê a participação da população na implementação das políticas públicas de saúde do SUS, a efetividade da implantação de mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação das ações por parte da gestão federal requer negociações e pactuações junto a gestores locais, profissionais e usuários da rede de saúde mental.

- A sistematização de experiências de monitoramento, avaliação e qualificação dos serviços e ações de saúde mental pode facilitar a implementação de mecanismos mais efetivos de avaliação do impacto das ações na vida dos usuários de saúde mental.

## **OBJETIVOS**

Este trabalho busca em um primeiro momento resgatar as metodologias existentes de monitoramento, avaliação e qualificação das ações e programas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da esfera da gestão federal do Brasil e analisa-las partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial e do SUS, no sentido da garantia dos direitos humanos para pessoas com a experiência do sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em seguida, será apresentada uma sistematização das estratégias implementadas, limitações encontradas e propostas de superação para efetivação destas ações.

## METODOLOGIA

A metodologia empregada neste estudo baseia-se na abordagem Qualitativa Dialética. Minayo (2001), ao discorrer sobre a pesquisa qualitativa nas ciências sociais, apresenta que a pesquisa qualitativa:

*“trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”* (p. 21-22, MINAYO, 2001)

A autora traz ainda a discussão sobre concepções de posturas teóricas que opõe a pesquisa quantitativa de cunho positivista (mais “objetiva”), à investigação qualitativa da Sociologia Compreensiva, que seria mais subjetiva, exploratória e intuitiva. No entanto, defende que não há oposição entre o conjunto de dados quantitativos e qualitativos na tentativa de abranger a realidade, sendo estes complementares, de interação dinâmica e de diferente natureza de apreensão dos fenômenos. Segundo ela, a influência do Positivismo nas ciências sociais trata da utilização de *“termos de tipo matemático para a compreensão da realidade”* e da análise a partir de *“instrumentos padronizados e pretensamente neutros”*, com o uso de variáveis que possibilitem a generalização e objetividade. A Sociologia Compreensiva, por sua vez, tem como tarefa central a *“compreensão da realidade humana vivida socialmente”*, sendo o “significado” o conceito central da investigação, e a subjetividade o *“fundamento do sentido da vida social”*, o que constitui o social e é *“inerente à construção da objetividade nas ciências sociais.”* (p.22-24, MINAYO, 2001)

Ao invés de quantificar as relações sociais, os teóricos da Sociologia Compreensiva se atêm à compreensão e explicação:

*“da dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.”* (p. 24, MINAYO, 2001)

Prossegue mencionando as críticas feitas às duas teorias, sobre a restrição ao que pode ser observado e quantificado atribuído ao Positivismo e o empirismo e subjetivismo dos pesquisadores da Sociologia Compreensiva, propondo a abordagem Dialética de forma a:

*“abarcam o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos.*

*Dessa forma, considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam”* (p. 24-25, MINAYO)

Tendo em vista a complexidade de análise proposta neste estudo, entende-se que a abordagem qualitativa dialética pode auxiliar na compreensão da implantação de mecanismos de monitoramento/indicadores, avaliação e qualificação da Política Nacional de Saúde Mental a partir de levantamento bibliográfico e pesquisa documental de material produzido pelo Ministério da Saúde e outras instâncias da gestão federal.

Os dados serão analisados a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e do Sistema Único de Saúde, no sentido da garantia dos direitos humanos para pessoas com a experiência do sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A análise de conteúdo será feita a partir das categorias “monitoramento”, “indicadores”, “avaliação” e “qualificação”, que em seguida serão comparadas com as recomendações do sub-eixo “Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental” da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial de 2010 - para verificar se foram “implantadas”, “implantadas parcialmente”, “não implantadas” e “sem registro”.

Após a sistematização dos dados, será feita a discussão e apresentadas propostas de superação dos limites elencados.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

### MECANISMOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EXISTENTES NA GESTÃO FEDERAL DO SUS

Serão apresentadas a seguir informações produzidas pela Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) referentes a Relatórios de Gestão, Portarias, Notas Técnicas e publicações, bem como dados coletados nos Sistemas de Informação em Saúde oficiais do Ministério da Saúde que contenham informações sobre **monitoramento/indicadores, avaliação, qualificação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**. Quando for necessário um maior detalhamento sobre o tema, recorrer-se-à artigos, pesquisas produzidas por outras partes.

#### Secretaria de Gestão Participativa (SGEP)

Por meio de pesquisa no portal da internet do Ministério da Saúde, especificamente no campo destinado ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASU da SGEP, foi possível encontrar os Relatórios de Gestão/Gerenciais dos anos de 1999 e de 2002 a 2012. Nestes, ao buscar por termos como “saúde mental”, “psiquiatria”, “psicossocial” e “Conte com a Gente” (marca de governo das ações e serviços da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas entre os anos 2011-2015), não apareceram resultados nos documentos referentes aos anos de 2004 a 2007. Nos demais relatórios, são apresentadas informações a seguir.

Em 1999 é mencionada a elaboração de instrumentos de orientação, avaliação, roteiros e formulários de visita à área Hospitalar/Psiquiatria.

Em 2002, há atuação do DENASUS em “*disciplinar a realização de auditorias especializadas*”, baseada na Portaria DENASUS nº 02/2000 (p. 22, BRASIL, 2003), o que gerou o Comitê Coordenador de Auditoria (CCA) na área de Psiquiatria, modelo reconhecido como experiência inovadora em Gestão Pública. O texto apresenta:

*“Mais importante, em face da situação calamitosa encontrada na assistência da especialidade no país, o relatório do CCA Psiquiatria forneceu as bases diagnósticas para as mudanças na política de atenção à saúde mental. Em paralelo, a Nota Técnica nº 45 (referente ao relatório da auditoria realizada no maior hospital psiquiátrico do país, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, na região metropolitana do Rio de Janeiro), determinou a edição da Portaria MS nº 1.218, de 01/11/2000 – que alterou a condição de*

*gestão do município. O Resumo Executivo do citado relatório, por sua vez, provocou a atuação conjunta dos gestores do Ministério, da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro para intervir no sentido de dar dignidade às ações de Saúde na prestação da assistência aos enfermos. Assumia, assim, o DENASUS, na sua esfera de atuação, o papel de balizador do comportamento ético no âmbito do SUS. Faltava, entanto, aprofundar a sistematização do que passou a ser responsabilidade distinta do componente federal do SNA, e adequar organicamente os componentes de todas as esferas ao SUS. A Portaria MS nº 401, de 29/03/2001, na direção do acima referido, disciplina o fluxo de apuração de denúncias relacionadas ao funcionamento do SUS, ao tempo que a Portaria MS nº 402, também de 29/03/2001, organiza a força de trabalho do DENASUS” (p. 22, BRASIL, 2003)*

A partir desta experiência e de outras realizadas na área da hemodiálise, menciona-se a criação de um roteiro para auditoria da gestão do SUS, a importância do trabalho ser realizado em conjunto com outros órgãos do Ministério da Saúde e instâncias externas a este e a necessidade de fortalecimento e ampliação dos Comitês de Auditoria Especializada de Psiquiatria.

Em 2003 o Relatório de Gestão mostra que na realização de auditorias referentes à Assistência Farmacêutica, uma das constatações mais frequentes é de “*medicamentos destinados à saúde mental fornecidos de forma descontínua e com dificuldade no acesso ao local de dispensação*” (p. 20, BRASIL, 2004). Durante o ano de 2003, foram realizadas 884 auditorias/perícias por objeto, sendo 3 referentes à “Assistência/Psiquiatria”, o que totaliza cerca de 0,33% das realizadas. Em 2008, foram programadas 1% das auditorias na área “Assistência/Psiquiatria”; em 2009, 0,35% (7 de um total de 1.310); em 2010, 0,86 % (13 de 1562) e em 2011, foram 0,70% do total de auditorias encerradas. Não há dados específicos sobre o tema “Assistência/Psiquiatria” no Relatório de Gestão de 2012.

Os Relatórios de Gestão da SGEF de 2011 e 2012 apresentam outras informações acerca dos processos de fiscalização e avaliação da Política de Saúde Mental. Em 2011, é apresentada pesquisa através de inquérito telefônico feita pela Ouvidoria do SUS com estabelecimentos de cuidados às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas as Comunidades Terapêuticas - CT. Realizada em duas etapas, a primeira com o objetivo de “*conhecer o trabalho das comunidades terapêuticas, além de obter informações sobre essas entidades e incluí-las em um banco de dado de informações do Ministério da Saúde*” (p. 60, BRASIL, 2012A), com amostra de 875 CT e na segunda etapa tendo como objetivo “*Complementar as informações das entidades que responderam a primeira com questões relacionadas à documentação, trabalho desenvolvido e composição das equipes e, assim, obter um cadastro atualizado*” p. 61, BRASIL, 2012A). Outra

ação apresentada foi a conclusão dos Relatórios de Auditoria das Forças Tarefas de Hospitais Psiquiátricos em 134 Hospitais Psiquiátricos de 122 municípios, dentre os 189 visitados.

Por fim, o Relatório de Gestão de 2012 apresenta o fortalecimento da rede de saúde mental (com a marca de governo “Conte com a gente”) como um dos objetivos estratégicos de 2011-2015, vinculados ao Plano Plurianual e ao Plano Nacional de Saúde. Assim, houve a tentativa de realizar um controle interno e elaboração de protocolo com roteiro para ação de auditoria em Comunidades Terapêuticas - CT e realização de ações de controle, que necessitariam de readequação do foco de ação da auditoria. O texto explicita a impossibilidade de apresentar Relatório Consolidado da ação devido às limitações para efetivar a revisão do protocolo em conjunto com a área técnica da política quanto para a aplicação do mesmo, tendo em vista tempo exíguo a partir da celebração dos convênios com as CT (BRASIL, 2013B).

Além dos Relatórios de Gestão, podem ser encontrados no site do DENASUS, campo Consulta Pública, os relatórios de auditorias encerradas. Em uma breve pesquisa por relatórios relacionados à Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, foram encontradas auditorias com a finalidade de verificar fluxo de atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas para a população infanto-juvenil (Auditoria nº 14399/2014) , auditoria de CAPS (Auditoria nº 15101/2015), de CAPS e da RAPS como um todo (Auditoria nº 14770/2014), bem como de verificação de irregularidades na cobrança de procedimentos de hospital psiquiátrico (Auditoria nº 10401/2010) (Relatórios Auditoria nº 10401, 14399, 14770, 15101, BRASIL, 2016). As auditorias apresentam diversificação nos objetos verificados, baseiam-se nas regulamentações dos serviços e normas de funcionamento mais gerais (estrutura física, recursos humanos, fornecimento de alimentação, horário de funcionamento, fornecimento de medicação, etc.), como da Vigilância Sanitária (adequação às normas, fluxos), de financiamento e pressupostos da RAPS (existência de Grupo Condutor e Fórum de Saúde Mental, rede de serviços, etc.) bem como, por vezes, apresentarem avaliação dos usuários dos serviços (BRASIL, 2016). É interessante mencionar que em um dos relatórios pesquisados (Relatório de auditoria nº 14770) indica não conformidade acerca de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção, preconizados pela Portaria nº 3.088/2011 que institui a RAPS e recomenda a implantação de monitoramento e avaliação através dos mesmos. No entanto, não há menção acerca de quais seriam estes indicadores.

A análise destes Relatórios de Gestão indica uma atuação intensa na fiscalização de hospitais psiquiátricos pelo DENASUS no ano de 2002, inclusive com a criação do Comitê Coordenador de

Auditoria em Psiquiatria. No entanto, não foram localizadas informações nos Relatórios seguintes acerca deste mecanismo. Dentre as informações disponíveis acerca do número de auditorias realizadas em hospitais psiquiátricos, nos anos de 2003, 2008, 2009 e 2011, a porcentagem de auditorias varia entre 0,33% e 1% do total, ao contabilizar as variações de auditorias realizadas, programadas e encerradas. Nos anos de 2011 e 2012 surgem as ações de pesquisa e definição de protocolo referentes ao funcionamento de Comunidades Terapêuticas como estratégias prioritárias dentro da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Por fim, a análise mostrou incongruência nas atribuições do DENASUS e da auditoria em si ao exigir destes estabelecimentos indicadores ainda não pactuados ou disseminados de forma mais abrangente. Outro ponto importante trata da fragmentação de ações dentro do próprio Ministério da Saúde, visto que ações separadas de auditoria sem a participação da área técnica de saúde mental, que tem contato mais próximo dos territórios, que possibilite o compartilhamento de informações acerca da complexidade dos serviços a partir da realidade local, pode produzir avaliações e atribuição de responsabilidades equivocadas, com consequentes encaminhamentos que não contribuam para a qualificação e adequação dos serviços.

### **Secretaria de Atenção à Saúde – SAS**

Foram encontrados dois Relatórios de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES, subordinada à SAS do Ministério da Saúde, referentes aos períodos de 2003-2006 e 2007-2010. Em ambos foram pesquisados termos referentes ao **monitoramento/indicadores, avaliação e qualificação** da Política, cujos resultados envolvem uma gama de ações e estratégias previstas e/ou realizadas.

- **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**

Em relação ao **monitoramento**, é citada a assinatura pelos Ministro da Saúde e Secretário Especial de Direitos Humanos da Presidência da República a Portaria Interministerial nº 1.055 de 17/05/2006, que institui Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de

Direitos Humanos e Saúde Mental, com as finalidades de articular estes campos; produzir informações qualificadas; desenvolver mecanismo de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais e criar mecanismos para acolher e encaminhar demandas (BRASIL, 2007).

Além disso, é mencionado investimento na capacitação para gestores municipais de saúde mental na primeira Turma Nacional de Formação em Economia Solidária, em 2006, com o objetivo estratégico de desenvolver planejamento de apoio e monitoramento das experiências de Economia Solidária locais, bem como a construção de sistema de informação qualificada sobre atenção em saúde mental à população infanto-juvenil, por meio de um projeto de pesquisa em parceria com outras instituições intitulado “Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes”, com a disponibilidade dos resultados após a conclusão da análise dos dados.

Em relação à “**avaliação**”, foram encontradas discussões acerca dos Ambulatórios de Saúde Mental, da dificuldade de se avaliar a efetividade da produção ambulatorial de consultas realizadas e da necessidade de aprofundamento da análise sobre o funcionamento, articulação com os serviços da atenção básica e com os CAPS e resolutividade. É apontado que levantamentos mais sistemáticos acerca deste serviço estariam em andamento. Ainda, são apresentadas experiências exitosas de desinstitucionalização em municípios brasileiros; a previsão de realização do Seminário Nacional de avaliação do Programa de Volta para Casa em maio de 2007; e o Projeto Avaliar-CAPS:

*“pesquisa realizada entre os anos de 2004-2005, com 77% dos CAPS credenciados à época, com a participação das Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental. A pesquisa iniciou um processo de Avaliação Permanente de avaliação dos serviços e já em 2006, iniciou-se o monitoramento dos serviços, com resultados ainda não disponíveis.”* (p. 71, BRASIL, 2007).

São apresentados pesquisas financiados ou apoiados pelo Ministério da Saúde ou em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, sobre temas como avaliação dos CAPS; intervenções para o tratamento de transtornos mentais na Atenção Básica, mudança da prática de institucionalização de crianças e adolescentes com necessidades especiais; análise de programas de atendimento a homens autores de violência contra as mulheres; análise sobre a transformação do modelo de atenção à saúde mental em curso; estudos de prevalência de transtornos mentais em populações específicas, censo psicossocial, entre outros (BRASIL, 2007).

Em 2006, é publicada a Portaria nº 678, que institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS, desenvolvida com parceria entre Ministério da Saúde e 06 centros universitários brasileiros.

No Relatório de Gestão é difundido o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), primeiro processo avaliativo sistemático dos hospitais psiquiátricos no Brasil (Portaria nº 251/2002), cuja análise versa sobre a viabilização, conjuntamente com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) (Portarias GM/MS nº 52 e 53, de 20 de janeiro de 2004) e com a expansão de serviços comunitários, de avaliação e redução de leitos psiquiátricos e fechamento de hospitais psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento, o que desencadeou vários processos de substituição do modelo de atenção à saúde mental.

Também foram demonstrados **indicadores** referentes à saúde mental na Atenção Básica, cuja inclusão foi iniciada em 2005, bem como sobre a avaliação de cobertura da rede CAPS através do indicador CAPS por 100.000 habitantes:

*“A avaliação da cobertura da rede Caps deve levar em conta a população residente nos estados e nos municípios. (...) Tal indicador deve ser sensível às peculiaridades de cada serviço da rede Caps e à capacidade de resposta efetiva de cada um deles (Caps I, Caps II, Caps III, CAPSi e CAPSad). Desta forma, considerou-se para o cálculo do indicador que o Caps I provê cobertura efetiva a 50.000 habitantes; que o Caps III dá cobertura a 150.000 habitantes; e que os Caps II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes. (...)*

*Considerando as estimativas populacionais do IBGE para os anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006, o indicador Caps/100.000 habitantes é capaz de refletir a efetiva capacidade de resposta dos serviços para uma população residente sempre crescente. Considera-se que um estado ou município tem de razoável a boa cobertura quando o indicador ultrapassa 0,50. (...) O indicador aplicado à população brasileira reflete, por sua vez, um sensível aumento da cobertura, que, ainda que esteja aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, revela uma melhora progressiva da cobertura assistencial.” (p. 14-16, BRASIL, 2007)*

A análise do Relatório de Gestão 2003-2006 indica ações de monitoramento previstas ou incentivadas nos campos do apoio a experiências de Economia Solidária, na instituição de instância governamental Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental e na construção de sistema de informação sobre atenção em saúde mental infanto-juvenil. É explicitada a importância de

avaliação mais sistemática acerca dos Ambulatórios de Saúde Mental, apresentadas experiências exitosas que poderiam servir de modelo para processos de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos, previsão de seminário para avaliação do Programa de Volta para Casa e o PNASH/Psiquiatria, instrumento mais concreto de avaliação de hospitais psiquiátricos. O investimento em pesquisas relacionadas ao funcionamento de serviços (AVALIAR-CAPS) e do impacto da mudança de modelo da Política de Saúde Mental também é exposto, apesar de os resultados ainda não estarem disponíveis. O indicador CAPS/100 mil habitantes parece ser o instrumento de análise da cobertura de acesso à atenção em saúde mental mais consolidado.

- **Saúde Mental no SUS: novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**

O Relatório de Gestão do período 2007-2010 apresenta a continuidade de alguns processos iniciados na gestão anterior e outros iniciados. No campo do **monitoramento**, traz impasses na instituição do Núcleo Brasileiro de Direito Humanos e Saúde Mental (NBDHSM), que foi aprovado e apoiado pela plenária da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial de 2010 e instalação de Comitê Executivo composto por representantes de órgãos do governo, sociedade civil e universidades, em novembro de 2010 (p. 10-11, BRASIL, 2011E).

Como novas ações, diz da inclusão de profissionais de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria GM 154/2008), que necessitaria de melhor monitoramento. Ainda em relação à Atenção Básica, aponta a previsão de monitoramento pelo CONASEMS e Ministério da Saúde para ações de supervisão e matriciamento da rede de atenção integral à saúde mental, financiadas pelo Ministério da Saúde como parte da estratégia de *Saúde mental nos pequenos municípios* da região da Amazônia Legal, Centro Oeste, Nordeste e alguns estados do Sudeste, bem como do Projeto “Observatório Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica”, em processo de implantação à época, com objetivo de desenvolver metodologias de monitoramento, avaliação e produção de insumos para formação continuada.

Há também a proposta de monitoramento de:

- novos dispositivos financiados através de editais, como os de acolhimento transitório para casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas e medidas de proteção social (Casas de Acolhimento Transitório – CAT);
- projetos de ações de promoção, prevenção e cuidados primários a crianças e adolescentes em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas (Consultório de Rua - CdR);
- leitos em comunidades terapêuticas (CT) selecionadas em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, no âmbito do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), de 2009;
- do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, de 2010.

É importante mencionar que foram selecionados projetos-pilotos de CdR através do PEAD, que resultaram no financiamento deste dispositivo e das CAT através do Plano de 2010 e que tiveram a seguinte avaliação inicial:

*“Estas medidas, ainda em implantação, estão sob monitoramento, mas já aumentam a acessibilidade das ações de atenção à saúde mental, sobretudo nas grandes cidades”* (p. 78, BRASIL, 2011F)

Trazem ainda resultados satisfatórios de CdR já implantados, com

*“ações de assistência primária, prevenção e melhora do acesso aos serviços de saúde e promoção de qualidade de vida. São experiências exitosas sob supervisão, avaliação científica (através de convênio com a UFBA) e acompanhamento do Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua. O resultado destas experiências permite o apoio à sua intensificação para outras cidades do país. Considerando o bom resultado dessas experiências, a necessidade de ampliação do acesso aos cuidados de saúde no SUS para pessoas que usam crack, álcool e outras drogas, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens moradores de rua em situações de vulnerabilidade e risco e a importância da formação continuada de profissionais redutores de danos, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde realizou 2 Oficinas Nacionais de Consultórios de Rua, com vistas ao realinhamento das diretrizes das ações desses dispositivos e sua consolidação da Política do SUS. Por serem dispositivos ainda experimentais, necessitam monitoramento contínuo.”* (P. 52, BRASIL, 2011F)

Quanto à **avaliação**, é citada a efetivação da realização do Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa em 2007 com o objetivo de avaliar dificuldades e avanços. Com a participação de gestores, profissionais, acadêmicos e usuários de todo o país, teve como resultado a divulgação de uma Carta Aberta com convocação aos gestores de saúde mental a realizar processos de desinstitucionalização em todos os municípios que sediam hospitais psiquiátricos no país.

Ademais, apresentou-se o produto do I Edital Saúde Mental de apoio a pesquisa com a interface saúde mental e saúde pública, mencionado no Relatório de Gestão anterior, concretizado na publicação de suplemento especial da Revista Saúde Pública (Rev. Saúde Pública vol. 43 supl. 1, São Paulo, de agosto de 2009), com artigos originais e principais resultados. As pesquisas versam sobre a avaliação da Rede de Atenção Psicossocial ou de CAPS em municípios específicos, satisfação de usuários de CAPS, análise de critérios de admissão, encaminhamento e continuidade do cuidado em CAPS; prevalência e fatores de risco da Hepatite C entre usuários de drogas, prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios de um estado, avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no SUS, avaliação de modelos de tratamento e de instrumentos de triagem para populações específicas, compreensão da concepção de saúde por grupo específico, análise de determinantes sociodemográficos com o desenvolvimento de problemas de comportamento e competência social em crianças.

Uma segunda versão deste edital foi realizada em 2008, com o financiamento de 70 projetos com linhas de pesquisa que envolvem: a) Sistemas e Serviços de Saúde Mental: “Saúde mental na Atenção primária”, “Desinstitucionalização e inclusão social”, Gestão e organização da atenção”; b) Álcool e outras drogas; e c) Crianças e adolescentes.

Há menção também sobre financiamento de 42 projetos de pesquisa sobre crack (padrão de consumo, vulnerabilidade e modelos de intervenção e cuidados) do MS com o Ministério da Ciência e Tecnologia, no âmbito do PEAD. Outra pesquisa financiada com o objetivo de identificar o perfil dos usuários de crack no Rio de Janeiro, Macaé e Salvador resultou na publicação de um artigo em 2013 (SILVA CRUZ, M. et al, 2013).

Conjuntamente, são apontados os resultados do Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial – AVALIAR CAPS do Ministério da Saúde. Realizado em três edições (2004/2005, 2006 e 2008/2009) o Programa é assim definido:

*“O AVALIAR CAPS se caracteriza por ser não somente um Programa de pesquisa, mas também um instrumento de gestão, de indução da produção de informação nos serviços e uma oportunidade para fomentar uma atitude reflexiva nos serviços de saúde mental diante das práticas e caracterizado como instrumento de pesquisa e de gestão, indução e produção de informações nos serviços e uma oportunidade para fomentar uma atitude reflexiva nos serviços de saúde mental diante das práticas cotidianas. O processo de avaliação tem como objetivo fornecer subsídios para a gestão (nacional, estadual e municipal), mas também possibilitar que cada unidade, ao responder o questionário, realize*

*uma discussão coletiva sobre sua clínica e os modos de efetivar a atenção psicossocial no território”* (p. 91-92, BRASIL, 2011F).

O texto discute o processo avaliativo das práticas em saúde mental, afirma a impossibilidade de traduzi-los em “variáveis quantitativas precisas”, da avaliação ocorrer o mais próximo possível da realidade dos serviços e que seja capaz de traçar indicadores de qualidade, produzir estimativas acerca da:

- Estrutura do serviço: recursos humanos, disponibilidade de computador e acesso à internet;
- Processo: clínica da atenção psicossocial, parcerias intra e intersetoriais, ações de geração de renda, relação com a atenção básica;
- Resultado em relação às pessoas atendidas: atendimento aos casos mais graves, funcionando como referência no território, encaminhamentos de referência territorial, encaminhamentos

É feita a seguinte avaliação dos dados da pesquisa:

*“De forma geral, os dados do AVALIAR CAPS 2008/2009 permitem afirmar que se a rede CAPS tem problemas, e ela certamente os tem, ela parece caminhar na direção de uma nova clínica e de novas características para o trabalho da atenção psicossocial no SUS.”* (p. 94, BRASIL, 2011F)

Outro levantamento realizado em 2010 pela Coordenação de Saúde Mental buscou caracterizar os CAPS álcool e outras drogas (CAPSad) em “*resolutividade e potencialidade, levantar o perfil da população e o desenho das redes de saúde e intersetoriais*” (p. 61), por meio de questionário eletrônico a ser preenchido pela coordenação de 148 CAPSad de municípios de todas as regiões do país. Apesar da análise em andamento à época, dados preliminares versam sobre a equipe de profissionais, atividades e estratégias realizadas, presença de leitos de repouso/desintoxicação leve e de leitos de retaguarda, população atendida e substância com maior frequência de uso, fluxo da rede intra e intersetorial, capacitação e supervisão da equipe de profissionais, entre outros. A análise prossegue apontando a necessidade de potencializar ações de acompanhamento, fiscalização e supervisão continuada por parte da Coordenação de Saúde Mental em parceria com instituições de pesquisa e cooperação, além de indicar a possibilidade de análise mais profunda sobre o serviço ao se inserir a variável de atendimentos sem Autorização de

Procedimento de Alta Complexidade – APAC, que não são quantificados ou faturados pelos municípios.

Dentre outras ações instituídas nessa gestão, ocorrem dois Encontros nacionais sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança, com experiências de programas exitosos de atenção a essa população, que resultaram na construção das Normas para Atenção ao Paciente em cumprimento de Medida de Segurança, à época em pactuação com o Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Em relação aos **indicadores**, foi feita a ponderação acerca da limitação do indicador CAPS/100 mil habitantes para regiões específicas do Brasil, como é o caso da Região Norte, já que este poderia não refletir de fato o estado da cobertura em saúde mental, sendo relevante instituir outros parâmetros para avaliação da cobertura da rede da região.

Surge o *ranking* dos estados do Brasil a partir do indicador de leitos em hospitais psiquiátricos por mil habitantes e expõe a proposta de construção de indicadores de saúde mental da população negra, pesquisa de impacto do racismo na subjetividade, entre outras. Estas propostas são apresentadas no âmbito da IV Conferência de Saúde Mental-Intersetorial ocorrida em 2010, última vez que foi realizada. Em seu Relatório final, apresenta desafios, impasses e conquistas da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas implementada nos anos anteriores e será objeto de discussão deste trabalho em breve.

Como pode ser visto, vários projetos instituídos pela Coordenação de Saúde Mental partem do contato com experiências exitosas locais, tais como os CdR e Casas de Acolhimento Transitório - CAT, que são avaliadas e em seguida replicadas e financiadas como modelos de serviços. As pesquisas apoiadas e realizadas também buscam a análise de diferentes aspectos da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, apesar de seus resultados necessitarem de um exame mais minucioso. Destaca-se a menção neste Relatório do reconhecimento internacional sobre o processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental em curso no Brasil, que caminha para se tornar referência no campo da saúde mental e na prevenção e tratamento da AIDS (podem ser vistos nas revistas *The Lancet* de 2007. A menção ao WHO AIMS Report on Mental Health System in Brazil (WHO-AIMS), possibilitaram a divulgação de dados brasileiros e servem como base para a comparação e avaliação de Programas de Saúde Mental internacionais.

A análise dos resultados alcançados permitiu subsidiar a tomada de decisões a nível central acerca da qualificação dos serviços e estabelecimento de diretrizes mais gerais.

O texto acima apresenta uma característica de funcionamento da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde de conhecer experiências exitosas realizadas nos territórios, avaliá-las em parceria com centros acadêmicos e incorporá-las à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

#### **Ações entre 2011-2014**

Visto que não foi encontrado Relatório de Gestão específico da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas referente ao período 2011-2015, será apresentada a análise dos Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e demais publicações destes anos.

#### **Secretaria de Atenção à Saúde - Relatório de Gestão 2011**

O Relatório de 2011 traz informações sobre o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde para 2011-2015 com

*“ações voltadas a expansão e qualificação da rede de serviços existentes, criação de novos serviços e ações voltados à atenção em saúde mental, com ênfase na assistência a usuários de crack, álcool e outras drogas, contemplando interface com a política de atenção básica em saúde, política de atenção à urgência e emergência, ações voltadas à qualificação dos profissionais do SUS, articulação com ações de cultura, e ações voltadas à atenção em saúde mental para populações vulneráveis e específicas, como: criança e adolescente, pessoa em situação de rua, indígenas, pessoas privadas de liberdade, entre outros.” (p. 301)*

É interessante notar a priorização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas pelo Ministério da Saúde, o que implica no envolvimento de diferentes áreas na construção de estratégias para se alcançar os objetivos traçados.

Isso é refletido no Programa de Apoio ao Desenvolvimento institucional do SUS – PROADI, instituído pela Portaria GM/MS nº 936 de 27/04/2011, que trata de parceria com instituições filantrópicas de reconhecida excelência aptas a realizar projetos – seis Hospitais de Excelência – para buscar soluções estratégicas para a melhoria da gestão e qualificação do SUS, em quatro

grandes áreas de atuação: Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologia; Capacitação de Recursos Humanos; Pesquisas de Interesse Público em Saúde e Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Dentre as prioridades para a elaboração de projetos (Portarias nº 966/2011 e nº 611/2011), foram elencados os seguintes temas para o triênio 2012-2014: “Promoção do acesso, qualidade, integralidade e cuidado em rede”, “Financiamento e Gestão do SUS”, “Inovação científica e tecnológica” e “Desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores do SUS”. Em cada um destes, é apresentado ao menos um objetivo que envolve a área da saúde mental e da atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No entanto, nenhum dos projetos encampados pelos Hospitais de Excelência versavam sobre o tema, tanto no Relatório de Gestão em questão quanto nos referentes aos anos 2012, 2013 e 2014.

Ao tratar sobre os desafios da implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, o Relatório de 2011, apresenta a “*qualificação permanente dos CAPS cadastrados*”; o “*monitoramento de novos dispositivos que passaram a compor uma resposta mais integrada à demanda oriunda do consumo prejudicial de álcool e outras drogas*”. (p. 301, BRASIL, 2012A). Apresenta ainda no campo dos avanços o edital de financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede, através da VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas; a redução de leitos em hospitais psiquiátricos como consequência da aplicação do PNASH/Psiquiatria e do PRH; a continuidade do PET-Saúde e de capacitação em saúde mental a técnicos de enfermagem e agentes comunitários nas Escolas Técnicas do SUS, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); realização de oficina de alinhamento técnico para as escolas de redução de danos selecionadas no edital de 2010 e do Curso de Gestão de Empreendimentos da Saúde Mental, em parceria com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ITCP/SENAES). Apresenta ainda a celebração de convênio com a Fundação Oswaldo Cruz para formar especialistas em saúde mental, álcool e outras drogas e com a Universidade Federal do Ceará para formar terapeutas comunitários integrativos para atuarem em situações de desastres e catástrofes em 5 estados brasileiros.

Também é citado neste documento o fortalecimento das articulações intersetoriais e interministeriais para a promoção da saúde mental e o enfrentamento do crack, consumo do álcool e outras drogas por adolescentes e jovens, que tinha como uma das ações a realização de um “*estudo sobre a atual abordagem em saúde mental a adolescentes nos CAPS, incluindo usuários de crack,*

*álcool e outras drogas*” (p. 306). Não foram encontradas outras informações acerca dos resultados desta ação. De forma semelhante, na apresentação da implementação de Políticas de Atenção à Saúde da População Penitenciária, é citada a intenção de se qualificar o atendimento a pessoas portadoras de transtorno mental que se encontram em conflito com a lei.

Há ainda informações acerca da expansão de serviços de saúde mental e dos indicadores dos programas, tais como:

- Índice de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, mencionado anteriormente;
- Taxa de cobertura do auxílio-reabilitação psicossocial - Programa "De Volta Pra Casa" – em que a fórmula de cálculo usada é o número de pessoas recebendo auxílio de reabilitação psicossocial sobre o número de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos vezes cem, sendo a fonte de dados o DATASUS e a CGMAD (p. 415-16, BRASIL, 2012A);
- Taxa de participação dos Serviços Extra-Hospitalares de Atenção Psicossocial no Gasto total com Atenção Psiquiátrica, cuja fórmula de cálculo é o total de gastos do SUS com serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial dividido pelo total de gastos com saúde mental (ambulatorial e hospitalar) multiplicado por 100. É esclarecido ainda que o índice atingido, 70,56, se refere ao ano de 2010 tendo em vista que as informações referentes a 2011 só estariam completas pelo sistema DATASUS em março de 2012 e que este indicador foi pactuado para o Plano Plurianual (PPA) de 2008-2011. (p. 420, BRASIL, 2012A)

A manutenção de informações coletadas por estes indicadores pode fortalecer o monitoramento das ações de expansão de CAPS, do PVC e da aplicação dos recursos federais nas ações de substituição do modelo de atenção em saúde mental.

### **Secretaria de Atenção à Saúde - Relatório de Gestão 2012**

O Relatório de Gestão de 2012 retoma as definições do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde onde são citados objetivos relacionados com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que envolvem diferentes áreas da Secretaria de Atenção à Saúde.

Na área da qualificação, há o registro de diferentes projetos de formação e educação permanente a trabalhadores de saúde e áreas afins, tanto para profissionais do CAPS e outros

serviços da RAPS sobre o tema Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, referente à Política de Atenção à Saúde da Criança e Aleitamento Materno, bem como para trabalhadores da Atenção Básica e dos CAPS sobre “Promoção de estratégias de saúde relacionadas aos transtornos mentais e consumo de álcool e drogas” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Foi citada ainda a formação de jovens na promoção de saúde e prevenção de violência e do uso de álcool e outras drogas no âmbito das Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente Jovem, do programas Crack: É possível vencer e do plano Juventude Viva. (p. 141, BRASIL, 2013C). Ocorreram também publicações de editais de seleção de bolsas de Residência multiprofissional e em psiquiatria em parceria com o Ministério da Educação e a SGETS; capacitação de policiais comunitários a partir do Programa Crack é possível vencer; novas turmas do Curso de Gestão de Empreendimentos da Saúde Mental nas modalidades à distância e presencial, em parceria com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro; e elaboração do documento Linha de Cuidado das Pessoas com Autismo e suas Famílias no SUS, com vistas à ampliação do acesso e qualificação da atenção.

Apesar de não ser explícita a relação entre “qualificação” dos serviços e ações da RAPS com a produção de eventos, entende-se que o encontro e discussão de seus *stakeholders* possibilita certa avaliação e criação de estratégias de superação para sua limitação. Eventos realizados como o Colegiado Nacional de Saúde Mental, com função deliberativa de articulação do processo de gestão, composto por Coordenadores de Saúde Mental dos estados e das capitais e representantes do governo federal e a IV Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, para a construção de estratégias para implantação da RAPS especialmente para o público infanto-juvenil, podem ser considerados como estratégias de avaliação inclusive da gestão.

A respeito do monitoramento e acompanhamento de ações, há menção sobre a responsabilidade do programa de saúde mental municipal que possui equipe de saúde de apoio aos beneficiários do PVC, em “*definir a estratégia de acompanhamento dos beneficiários e realizar a avaliação regular do processo de reintegração social.*” (p. 233, BRASIL, 2013C). As informações fornecidas pelo Ministério da Saúde restringem-se ao número de beneficiados e ao volume de recursos dispendidos.

Apresentam-se dados de expansão de serviços (monitoramento sobre o acesso) e do quantitativo de recursos disponibilizados para os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e do Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional (que

prevê ações de prevenção, promoção e tratamento de agravos também no campo da saúde mental, além da atualização de informações sobre o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes.

No campo da Produção Ambulatorial e Hospitalar da Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, é feita análise sobre a complexidade de avaliação dos sistemas e serviços de saúde, cujo foco se mantém na eficácia, eficiência e efetividade, com menos estudos acerca da equidade no acesso. Reconhece-se ainda a necessidade de enfoques extensivos e intensivos e que foram identificadas no Relatório de Gestão de 2012 as dimensões historicamente utilizadas:

*“Partindo dessa premissa e considerando que os objetivos da prestação de serviços, isto é, a própria existência da rede de serviços, da equipe de profissionais e das ações e serviços realizados, são os de promover ou melhorar a saúde das pessoas, é aceitável que a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos estejam refletidas na produção de ações e serviços de saúde e que esses possam ser considerados como indicadores das condições de acesso ao sistema e da resposta do poder público às demandas de saúde da população. Enfim, se os indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos pretendem focar a análise da chance do indivíduo ficar doente, esse segundo grupo se refere à possibilidade do indivíduo ter acesso ao cuidado quando já está doente, o que reflete a possibilidade de consumo nas diversas regiões brasileiras” (p. 152-153)*

Em seguida são apresentados dados acerca do número de consultas/ações registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e de internações através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, trazendo análises acerca das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, por regiões.

Apesar de não haver informações específicas acerca dos procedimentos relacionados à saúde mental, é informada a publicação das Portarias nº 854, 855, 856, 857 e 953/2012 referentes aos novos procedimentos dos pontos de atenção da RAPS, no âmbito da criação do componente variável de financiamento dos CAPS, previsto na Portaria nº 3089 de 23 de dezembro de 2011:

*“Art. 2º Fica instituído recurso financeiro variável de custeio, para cada tipo de CAPS, que será normatizado em portaria específica do Ministério da Saúde no prazo de cento e oitenta dias.*

*§ 1º O Ministério da Saúde implantará sistema de informação com vistas à avaliação e monitoramento, por meio de indicadores que serão objeto de ato próprio do Ministério da Saúde, do repasse de recursos de que trata o caput deste artigo.” (BRASIL, 2011B)*

Além dos novos procedimentos dos CAPS, este componente variável prevê nova ficha cadastral no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES e discussão sobre ambiência dos CAPS para elaboração de projeto arquitetônico básico.

Sobre a avaliação, o documento traz a revisão e atualização do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, com o propósito de decidir aspectos sobre sua revisão, incluindo Padrões de Conformidade. O produto deste trabalho não havia sido concretizado à época, porém há registros em documentos posteriores indicando que os serviços da RAPS ou hospitais psiquiátricos não foram priorizados ou incluídos. O Relatório de Gestão em questão prevê a vistoria em 170 hospitais psiquiátricos em vários estados do Brasil na edição 2012/2013 do PNASH/Psiq.

Visto que uma das ações de financiamento mencionadas do Relatório de Gestão se intitula Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, que se se destina a:

*“definir instrumentos de coleta e análise de dados epidemiológicos, desenvolver estudos quantitativos e qualitativos, avaliar e acreditar serviços de saúde, elaborar subsídios técnicos para organizar a Atenção à Saúde Mental nos estados, municípios e Distrito Federal e ainda implantar e implementar a Rede de Serviços Mental dentro dos princípios da reforma psiquiátrica.” (p.239, BRASIL, 2013C)*

Avalia-se que o componente variável dos CAPS seja um instrumento em implantação potente para auxiliar na definição de instrumentos para se efetivar a avaliação e creditação dos serviços de saúde, tendo em vista a limitação de mecanismos já consolidados nesta área.

### **Secretaria de Atenção à Saúde - Relatório de Gestão 2013**

O Relatório de Gestão 2013 traz dados de expansão e aumento do financiamento de pontos de atenção da RAPS, realização de eventos, cursos, oficinas e ações de educação permanente (I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial: Reci-pro-cidade na diferença; Seminário Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica, curso Caminhos do Cuidado e na modalidade Educação à Distância, videoconferência sobre Unidades de Acolhimento), publicação de documentos orientadores (“Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental” e “Atenção Psicossocial

a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”), entre outros. Interessante ressaltar a análise que a área técnica faz a respeito de suas ações:

*“Além do foco na implantação da Rede de Atenção Psicossocial, a área técnica é responsável pela regulamentação dos serviços, construção de diretrizes para o cuidado aos usuários, apoio técnico aos estados e municípios; além do fomento ao intercâmbio de boas práticas e experiências entre os territórios e as diversas regiões. Neste sentido, são organizados ao longo do ano oficinas, simpósios, conferências e outros eventos que possibilitam o compartilhamento de conhecimento e a construção conjunta de políticas. Esses eventos permitem ainda que a Coordenação de Saúde Mental conheça as necessidades dos gestores estaduais e municipais de saúde mental e a avaliação que estes fazem do Ministério da Saúde enquanto condutor da política nacional.”* (p. 417-18, BRASIL, 2014B)

Reforça-se aqui o aspecto de qualificação da Política somado à de avaliação da gestão, a partir dos encontros e espaços coletivos que possibilitam a troca de experiências. De forma diversa, foi apresentada a importação de três programas de prevenção de riscos e danos relacionados ao uso de drogas, que passaram por pré-pilotos e adaptação transcultural para o contexto brasileiro. Desenvolvidos em cooperação com os idealizadores dos programas e com universidades nacionais para implantação, aponta-se que haverá avaliação de eficácia e eficiência dos programas através de estudo controlado randomizado em 08 cidades brasileiras em 2014.

Nota-se ainda o relato de estratégias previstas de monitoramento da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas através de:

- Instituição do Comitê Nacional de Direitos Humanos e Saúde Mental
- Início do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento QualityRights - QR (OMS/OPAS);
- Constituição do Grupo de Trabalho sobre internações psiquiátricas compulsórias para produção de conhecimento sobre o tema.

Até o momento, não foi publicada portaria que institui o Comitê Nacional de Direitos Humanos e Saúde Mental nem foi encontrado registro de produtos do Grupo de Trabalho sobre internações psiquiátricas compulsórias.

Uma outra forma de avaliação de serviços e ações de saúde é apresentada no “Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ), instituído em 2011, realizado em 04 etapas, com o propósito de indução de ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica de forma a garantir a comparações nacional, regional e local do padrão de qualidade (p. 43,

BRASIL, 2012A). É informado ainda o uso de instrumentos de autoavaliação, relatórios gerenciais de desempenho da equipe, avaliação externa através de universidades, meta avaliação em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento e universidades. Foram incluídos os indicadores de monitoramento “Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto usuários de álcool e drogas” sobre o número total de atendimentos de médico e enfermeiro no período; “Proporção de atendimentos de usuários de álcool”; “Proporção de atendimentos de usuários de drogas”; “Taxa de prevalência de alcoolismo” – método de cálculo: “número de alcoolistas cadastrados na população de 15 anos ou mais em determinado local e período sobre número de pessoas de 15 anos ou mais cadastradas no mesmo local e período (BRASIL, 2014B).

Além disso, no âmbito da Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, há o relato de *“Estratégia de normativa para instituição do serviço de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei como produto do GT de Saúde Mental no Sistema Prisional elaborada”* (p. 139, BRASIL, 2014B), que teve como consequência a publicação das Portarias nº 94 e 95, de 14 de janeiro de 2014 que instituem e dispõem sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS.

Por fim, ao atualizar as informações sobre o indicador CAPS/100.000 habitantes, é mencionado no Relatório sua utilidade no monitoramento e avaliação da gestão quanto ao acesso aos serviços. Apresenta-se a limitação da utilização de dados demográficos, tendo em vista a falta de dados da demanda concreta dos territórios.

A respeito disso, há informações sobre tentativas da Secretaria de Atenção à Saúde em reorganizar seus sistemas de informação, através do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.904, de 06 de setembro de 2013, de forma a garantir a interoperabilidade dos sistemas existentes, unifica-los, qualificar a gestão da informação, entre outros. (p. 265, BRASIL, 2014B)

### **Secretaria de Atenção à Saúde - Relatório de Gestão 2014**

O Relatório de Gestão de 2014 apresenta a continuidade das ações referentes à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas sobre a expansão de serviços da RAPS, ações de pactuação dos Planos de Atenção da RAPS nas regiões de saúde e estados, estratégias de

qualificação dos profissionais e gestores através da oferta de cursos na modalidade da educação à distância, videoconferência e o projeto Percursos Formativos de intercâmbio de experiências entre profissionais e supervisão de rede.

Sobre estratégias de avaliação, apresenta o resultado do estudo quase-experimental de um dos programas de prevenção, sobre a redução da prevalência de uso de drogas no ano por adolescentes de 13 a 15 anos, o acompanhamento das atividades do projeto Avaliar CAPS em curso, a divulgação do resultado do PNASH com a indicação de 02 hospitais psiquiátricos para descredenciamento, 41 indicados para revistoria e 99 aprovados e o monitoramento da taxa de ocupação/média de permanência dos leitos de saúde mental em hospital geral. Informa também sobre o edital Viva Jovem 2, em parceria com Ministério da Justiça, para financiamento de pesquisa sobre medicalização nas Unidades do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) realização e da continuidade da revisão dos instrumentos do QualityRights.

O Relatório traz ainda, no âmbito da Política Nacional de Regulação do SUS, a continuidade do fortalecimento de estratégias de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, através de um convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. O Sistema de Mineração de Dados – INFOSAS tem como objetivo detectar nos sistemas existentes dados que fogem de padrões definidos para subsidiar análises e avaliações.

De forma a qualificar as informações de saúde mental, álcool e outras drogas trazidas nos Relatórios de Gestão, serão detalhadas a seguir algumas ações mencionadas que tratam sobre avaliação, monitoramento e de coleta de dados.

### **QualityRights – Direito é Qualidade**

O instrumento QualityRights, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde – OMS, é uma metodologia de avaliação e de melhoria da qualidade de serviços de assistência social e saúde mental baseado no respeito aos direitos humanos, a partir da Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), ratificado pelo Brasil através do Decreto nº 6949 de 26 de agosto de 2009. A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD) foi responsável pela tradução oficial para o português de suas cinco ferramentas de implantação, nomeada “Direito é Qualidade” e disponibilizada em 2015.

Segundo publicação da CGMAD em 2012, o projeto QualityRights tem a proposta das seguintes ações locais:

*“1. Avaliação das condições de instalação dos serviços de saúde mental; 2. Formação de comissões de visita com diferentes atores: usuários, familiares, profissionais de saúde mental e direitos humanos, comunidade, vizinhança. O objetivo é responsabilizar todos pelo serviço; 3. Treinamento das comissões para avaliar a qualidade e condições das unidades de saúde mental, utilizando ferramentas propostas pela OMS; 4. Incentivar a atitude de colaboração entre usuários, familiares, e a equipe para preparar plano de melhoria das condições das instalações; 5. Apoio para a criação de grupos e associações de familiares e desenvolvimento de ações junto às comunidades; 6. Fortalecer ações e campanhas sobre a importância da participação e a influência nas tomadas de decisões pelos usuários; e 7. Avaliação e monitoramento das ações em conjunto com a comunidade.”* (p. 02, BRASIL, 2012B)

Ainda, traz como diretriz do Ministério da Saúde a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços do SUS e explicita que para a RAPS, *“a qualidade dos serviços está na dependência direta da garantia e promoção dos Direitos Humanos mediante a concretização dos direitos constitucionais”* (p. 02, BRASIL, 2012B), além de mencionar que a implantação do QualityRights no Brasil beneficiaria a política e a legislação brasileira de saúde mental.

A intenção de implantação do Direito é Qualidade no Brasil é avaliada como importante instrumento de monitoramento e qualificação dos serviços de saúde mental, além de fortalecer mecanismos de vigilância e combate à violações de direitos dos usuários da RAPS. No entanto, deve-se ressaltar ser imprescindível que sua construção seja realizada ou tenha participação de mecanismos independentes dos governos, tendo em vista inclusive que os serviços de saúde são produtores de violações aos direitos das pessoas atendidas. Recuperando trecho da Introdução do *“Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social”*:

*“Ironicamente, algumas das piores violações aos direitos humanos e casos de discriminação vivenciados por pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais e sofrimento ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas ocorrem em ambientes de prestação de cuidados à saúde.”* (p. 01, BRASIL, 2015B).

Assim, entende-se a importância e prioridade em se implantar o Direito é Qualidade no Brasil, inclusive com investimentos e indução do Ministério da Saúde, no entanto, deve-se acordar coletivamente a responsabilidade deste órgão federal em receber e utilizar os resultados das

avaliações e recomendações de forma a reorientar ou adequar a política de saúde mental vigente, seus programas e ações. A recente instituição da Lei 13.146 de 06 de julho de 2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que é “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Art. 1º), e baseada na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pode servir como instrumento de *advocacy* para a implantação do Direito à Qualidade no Brasil.

### **Saúde Mental em Dados**

Saúde Mental em Dados é uma publicação periódica da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que reúne os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Desde a primeira edição de 2006, a frequência da publicação varia de 03 volumes no ano (2006) ao intervalo entre 2012 a 2014 sem publicações. São ofertadas informações acerca de:

- Composição da Rede e Expansão de serviços extra-comunitários; CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua; Unidades de Acolhimento, Leitos de saúde mental em hospital geral; distribuição dos serviços nos municípios/regiões, com indicador de CAPS/100.000 habitantes e por Municípios Elegíveis a terem CAPS;
- Apresentação de dados conjugados: distribuição dos serviços nos municípios/regiões por porte; distribuição de municípios com CAPS e ESF; distribuição de equipes de NASF e Equipes de Saúde da Família em municípios menores que 15 mil habitantes e municípios em NASF; distribuição dos CAPS por Municípios Elegíveis e municípios com CAPS habilitados;
- quantidade de hospitais psiquiátricos, redução de seus leitos e consequente mudança do porte dos mesmos e ranking de hospitais psiquiátricos por estado;
- gastos/repasses de recursos hospitalares e extra-hospitalares; recursos federais destinados ao pagamento de medicamentos excepcionais de saúde mental/ antipsicóticos atípicos; repasses de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias do componente Reabilitação Psicossocial;

- atendimentos/procedimentos: quantidade de atendimentos específicos, tais como acolhimento noturno em CAPS III em 2006, quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH em hospitais psiquiátricos; média de permanência das internações; número de internações por sexo, faixa etária e diagnóstico; evolução anual do número de atendimentos em álcool e outras drogas pelo SUS;
- número de beneficiados do Programa De Volta para Casa;
- Serviços não habilitados: Informações sobre iniciativas de geração de trabalho e renda por pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas através do CIST – Cadastro de Inclusão Social pelo Trabalho; Centros de Convivência e Cultura em funcionamento; quantidade de ambulatórios de saúde mental;
- Prevalência dos principais grupos de transtornos mentais e de uso de álcool e outras drogas -Fonte CGMAD com base em estudos de prevalência, sem fonte; dados do 1º levantamento nacional sobre padrão de consumo de álcool - SENAD.; Evolução anual dos atendimentos em álcool e outras drogas pelo SUS e do consumo de bebidas alcoólicas através do Vigitel – sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/SVS/MS;
- Distribuição dos óbitos por causa básica relacionadas a transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas;
- Apresentação da implantação de Programas e Planos: Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas - PEAD; pactuação de Grupos Condutores da RAPS; apresentação e alcance dos Programas de Prevenção do uso de álcool e outras Drogas;
- mapeamento da realização de Conferências Municipais, Regionais e Estaduais de Saúde Mental, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Nota-se que ao longo dos anos foram utilizadas tanto informações relativas a serviços em funcionamento mas não habilitados, no caso dos ambulatórios de saúde mental e dos Serviços Residenciais Terapêuticos, quanto dos cadastrados pelo Ministério da Saúde, que permitem maior possibilidade de monitoramento e estão sujeitos à regulação. Com a complexificação da atenção em saúde mental a partir da instituição da RAPS, o Saúde Mental em Dados incorporou novas informações acerca dos tipos de serviço em sua estrutura.

As fontes de dados mencionadas provêm tanto do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, que possui dados de estatísticas vitais, epidemiológicas e morbidade, de assistência à saúde, entre outros; quanto de levantamentos realizados através do contato com municípios e estados, sistematizados pela CGMAD.

Há dados fornecidos em edições anteriores sem atualizações nos anos seguintes, tais como a respeito dos Ambulatórios de Saúde Mental, prevalência de uso de substâncias psicoativas, informações a partir das morbidades ou *ranking* de estados com maior número de leitos em hospitais psiquiátricos. É importante mencionar que não há dados sobre os registros de procedimentos realizados nos serviços da RAPS nesta publicação.

## **RAAS**

Dentre os instrumentos relacionados à atenção psicossocial, é imperioso trazer a inclusão de informações dos serviços de saúde mental nos sistemas existentes.

A Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012, que institui novos procedimentos realizados pelos CAPS e registro no RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde, induz a lógica da centralidade do percurso do usuário no serviço, incluindo procedimentos que buscam reproduzir a complexidade do acompanhamento, tais como “acompanhamento domiciliar”, “situações de crise”, “reabilitação psicossocial” e “promoção de contratualidade”, bem como mantém alguns já previstos anteriormente, tais como o “acolhimento inicial” no CAPS (registrado no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA/I) e da relação do CAPS com outras instâncias, como “matriciamento”, “fortalecimento dos usuários” (registrado no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C). Com a proposta de qualificar as informações dos atendimentos realizados nos serviços e a inclusão de campos referentes à caracterização do usuário, tais como o uso de álcool e/ou outras drogas, etnia, origem, explicita a avaliação psicossocial como critério de entrada no CAPS, ao invés da avaliação por diagnóstico realizada anteriormente. Rompe também com a lógica de “frequência no serviço” estipulada no modelo anterior.

A Portaria nº 953 de 12 de setembro de 2012 define mecanismos para a operacionalização dos procedimentos realizados no Serviço Hospitalar de Referência ou leitos de saúde mental em

hospital geral, a serem informados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), que passam a ser especificados por meio de dos procedimentos:

- Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio;
- Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo;
- Tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool;
- Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do “crack”;
- Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas;
- Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias;
- Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias;
- Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias

Estes procedimentos refletem a intenção de obter informações principalmente em relação à atenção às pessoas em uso de álcool e outras drogas e situações de risco/vulnerabilidade, o que se relaciona com a proposta dos leitos de saúde mental em hospital geral serem utilizados em situações de maior complexidade e por curto período de permanência.

Em relação aos procedimentos realizados em outros pontos de atenção da RAPS, são registrados no CAPS de referência o procedimento de “Acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” na Unidade de Acolhimento Adulto ou Infantojuvenil, no Serviço Residencial de Caráter Transitório – Comunidades Terapêuticas e no Serviço Residencial Terapêutico – SRT (Portarias nº 855, nº 856 e nº 857 de 22 de agosto de 2012).

Essa conformação de registro de informações reflete a indução tanto da necessidade de articulação entre os pontos de atenção da RAPS, sendo o CAPS organizador e referência de cuidado, quanto da produção de novas práticas pelos profissionais dos serviços. Reforçam ainda a transição da lógica de repasse financeiro federal por procedimentos realizados, que passaram a ter custeio

fixo dos serviços a partir de 2008, para a indução de novas práticas, de forma a qualificar a informação sobre as ações realizadas e representar a complexidade dos serviços.

Cabe ressaltar o esforço de unificação de procedimentos referentes à atenção hospitalar e ambulatorial por meio da instituição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (Portaria nº 321 de 08 de fevereiro de 2007), que conjuntamente com a criação do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em 2003, conforma o processo de padronização de terminologias e um sistema próprio de informação, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), com todas as ações de saúde realizadas no SUS (Brasil, 2009).

### **Sistemas de Informação em Saúde - SIS**

Como pode ser visto, o Ministério da Saúde tem realizado ações de forma a adequar os Sistemas de Informação em Saúde às diretrizes do SUS, principalmente à que se refere à descentralização da gestão. Um bom exemplo disso é a construção da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), com a finalidade de “*melhorar a disponibilidade, a qualidade e a compreensão dos dados relativos à saúde no Brasil, inclusive para comparações internacionais*” (p. 143, BRASIL, 2009). Este documento traz ainda a diversidade dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que tratam de dados sobre a rede assistencial e os atendimentos hospitalares e ambulatoriais, vigilância epidemiológica, de agravos e mortalidade, ciclos de vida e de informações financeiras e os desafios a serem superados: fragmentação dos SIS; gestões compartimentalizadas; compatibilização entre as bases de dados; necessidade de capacitação continuada do controle social; iniquidade na infra-estrutura e comunicação e de ampliação dos meios de disseminação das informações.

Retomando Moraes (1993), ao discorrer sobre informações em saúde no início da construção do SUS, analisa os SIS existentes naquele momento a partir da lógica do exercício da cidadania (MORAES, 1993). Fala sobre o entendimento comum da necessidade de melhoria dos SIS no Brasil pelos limites de sua lógica fragmentada, motivada por mobilização de interesses divergentes, por recortes da realidade que impedem uma visão integrada da complexidade dos processos de vida, doença e morte. Apresenta a crítica a estratégias de perspectiva conservadora de qualificação do SIS reduzidas à questão da disposição de recursos para informatização dos sistemas, ao invés da

produção de informações para melhoria das condições de vida da população em uma sociedade democrática, baseada na dimensão política de ampliação da consciência sanitária da população, para subsidiar os processos decisórios.

Ao analisar os conteúdos dos SIS a partir da constatação de que as informações constituem espaço estratégico de disputa de hegemonia, prossegue:

*“Essa constatação, vivenciada ao longo da prática profissional, fortalece a convicção de que definir quais dados serão coletados por um formulário constitui processo eminentemente político, pois representa a maneira como se vê e se quer retratar uma dada realidade, ou seja, traduz uma visão de mundo. Por que é esta determinada característica da população que será “medida” e não outra? É um mecanismo subjetivo que existe em um processo de eleição de variáveis. É uma definição intrinsecamente ideológica, apesar de ser, muitas vezes, vista como uma atividade revestida da “neutralidade técnica”. (p. 87)*

A análise da instituição de novos procedimentos para os serviços da RAPS, bem como da disseminação de informações pela gestão federal através do Saúde Mental em Dados corrobora a constatação da autora, já que é explícita e “não neutra” a escolha do Ministério da Saúde por instrumentos de registro que induzam novas práticas nos serviços e que apresentem informações das diferentes necessidades de saúde dos mesmos, no caso do uso de substâncias psicoativas. Está claro também que tais mudanças tiveram influência de planejamentos e programas instituídos, como é o caso do foco da atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas impulsionado pelo Programa Crack, é Possível Vencer.

A autora prossegue ao falar sobre a necessidade de os fornecedores de dados – dos serviços locais – não apenas colem as informações e repassem para os níveis centrais, mas que tenham acesso a estes para produzir análises de suas práticas de modo a subsidiar planejamentos e redefinição de ações. Para que isto seja efetivado, a autora fala de pressupostos anteriores para sua implementação, tais como capacitação dos entes envolvidos e descentralização do processo decisório também a nível local, com a inclusão da sociedade civil.

Ao focarmos na RAPS, visto que não há informações sobre os registros de procedimentos dos CAPS ou dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais no principal instrumento de divulgação em saúde mental do Ministério da Saúde, o Saúde Mental em Dados, e frente à dificuldade relatada pelos gestores locais no manejo do sistema de registro e envio de informações, que teve como consequência a realização de videoconferências (que podem ser acessadas em <https://www.youtube.com/channel/UCG5Je2PoKJW18juYzOiji8w>) e divulgação de Notas

Técnicas por parte da Coordenação de Saúde Mental para qualificar tais ações, percebe-se o quanto a análise de Moraes é atual.

Esta fala ainda da ampliação da relação entre SIS com bases de dados consideradas tradicionalmente “externas ao setor saúde”, tais como as do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acidentes de trânsito e de trabalho, entre outros, que reflitam uma concepção ampliada de saúde. O avanço nesta questão é demonstrado ao analisar o documento Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, do IBGE, principal instituição de provisão, coleta e consolidação de informações estatísticas, geográficas e ambientais do Brasil, vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do governo federal. Tal Pesquisa, organizada em três volumes, traz informações coletadas de moradores de domicílios particulares permanentes de todo o território nacional.

O primeiro volume trata de “Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas”, com dados sobre a percepção individual da saúde através da autoavaliação, e uma avaliação do desempenho do sistema de saúde através do acesso e utilização dos serviços de saúde. Dentre os dados coletados, apresenta no campo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a depressão, com informações sobre pessoas de 18 anos ou mais que receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o uso de medicamentos para depressão, quantidade de pessoas que faziam psicoterapia, oferta de assistência médica ou outras consultas e local de atendimento, grau de limitação nas atividades habituais nos últimos 12 meses. Além disso, foram coletados dados sobre o tabagismo e o consumo abusivo de álcool nos “fatores de risco altamente prevalentes” e o uso de álcool no campo “estilos de vida” (IBGE, 2014).

Outro volume trata do acesso e utilização dos serviços de saúde, que retrata, entre outros dados, “problemas de saúde mental” como um dos motivos de saúde que impediram as pessoas de realizarem suas atividades habituais, bem como o percentual de internações realizadas por motivo de “tratamento psiquiátrico” em estabelecimentos públicos e privados. (IBGE, 2015a)

O terceiro volume da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, trata de informações sobre ciclos de vida, dados antropométricos e de pressão arterial e análise de indicadores de saúde específicos para alguns grupos e faixas etárias distintas. Dentre as investigações, as pessoas com deficiência intelectual, física, auditiva e visual formam um dos grupos estudados, com informações relativas ao grau de limitação e se frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde (IBGE, 2015b)

Visto tais publicações serem muito recentes, ainda não é possível avaliar sua utilização para o fortalecimento de informações em saúde mental, apenas é digno de nota a decisão de limitar às deficiências intelectual, física, auditiva e visual os grupos priorizados no volume Ciclos de Vida. A articulação entre bases de dados diversas pode permitir, como já mencionado acima, novas configurações e possibilidades de análise das situações de saúde e de vida dos usuários de saúde mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Para finalizar esta etapa, recorre-se novamente à proposição de Moraes (1993) de uma Política de Informação à Saúde construída através de processo democrático, buscando entendimentos progressivos entre os atores envolvidos, através de fóruns permanentes e de forma ascendentes, com o desenvolvimento de SIS interligados:

*“O que se quer é reivindicar para o conjunto da sociedade, através de suas entidades organizadas, a possibilidade de exercerem um controle democrático sobre o modo como as instituições pretendem monitorar suas práticas e/ou as próprias condições de vida da população, através de sistemas de informações em saúde.”*

(p. 164, MORAES, 1993)

Esta “reivindicação” corrobora as diretrizes tanto do SUS quanto especificamente da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à participação popular na construção e monitoramento das políticas públicas, bem como no aumento da autonomia e protagonismo dos usuários da RAPS. Os dispositivos de negociação coletiva previstos, tais como Comitês, Colegiados, Fóruns, Grupos Condutores e Conselhos do campo da saúde mental precisam incorporar a discussão dos Sistemas de Informação para que possam de fato exercer sua cidadania. Caso isso não seja feito, as decisões referentes à eleição de dados, indicadores, formas de avaliação, monitoramento e qualificação dos serviços permanecerão centralizadas.

## SISTEMATIZAÇÃO

Como tentativa de sistematização da análise das estratégias do Ministério da Saúde referentes ao monitoramento/indicadores, avaliação e qualificação das ações da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, foi feita análise de conteúdo dos registros através das categorias “monitoramento/indicadores”, “avaliação” e “qualificação”, conforme as tabelas abaixo. No entanto, uma mesma estratégia pode abarcar mais de uma categoria.

Primeiramente serão apresentados os mecanismos e estratégias de Avaliação, Monitoramento e Qualificação encontrados nos documentos.

Tabela 1. Mecanismos e estratégias de Avaliação

| N  | Mecanismo/Estratégia   | Tipo       | Ações   | Desdobramentos/resultados   |
|----|--|------------|---|---|
| 2  | Desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos                      | Avaliação  | Apresentação de experiências exitosas de desinstitucionalização em municípios brasileiros (2003-2006)   | Publicação das experiências em Relatórios de Gestão   |
| 3  | PNASH/Psiq e PRH   | Avaliação  | Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria: difusão do PNASH/Psiq para avaliação, redução de leitos psiquiátricos e fechamento de Hospitais Psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento  | Avanço na redução de leitos em HP como consequência do PNASH/Psiq e do Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (2011); PNASH/Psiq 2012/2013 - previsão de vistoria em 170 HP (2012); Resultado PNASH 2012/2013: 02 para descredenciamento, 41 reistoria, 99 aprovados (2014)  |
| 4  | Seminário Avaliação Programa de Volta para Casa                        | Avaliação  | Objetivo de avaliar dificuldades e avanços, com participação de gestores, profissionais, acadêmicos e usuários de todo o país (2007)  | Carta Aberta com convocação aos gestores de saúde mental para realizar processos de desinstitucionalização em todos os municípios que sediam hospitais psiquiátricos no país (2007); Responsabilidade do município em monitorar e acompanhar e avaliar regularmente o processo de reintegração social (2012)  |
| 5  | Editais de pesquisa em Saúde Mental, álcool e outras drogas            | Avaliação  | I Edital Pesquisa em Saúde Mental (2007) - projetos de pesquisas sobre avaliação da RAPS, satisfação usuários, prevalência, prevenção, avaliação de tratamentos, entre outros. II Edital Pesquisa em Saúde Mental (2008): 70 projetos de pesquisa aprovados com os temas: Sistemas e Serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, crianças e adolescentes; Edital pesquisa sobre crack - PEAD (2009): 42 projetos de pesquisa sobre crack financiados aprovados, no âmbito do PEAD, com temas: estudo do perfil do usuário, padrões de consumo, vulnerabilidade e modelos de intervenção e cuidados; Pesquisa perfil dos usuários de crack (2009): nos municípios de Rio de Janeiro, Macaé e Salvador. | Publicação de artigos: I edital - Rev. Saúde Pública vol. 43 supl. 1, São Paulo, de agosto de 2009; Pesquisa de usuários de crack: artigo SANTOS CRUZ, M. et al. Patterns, determinants and barriers of health and social services utilization among young crack users in Brasil. BMC Health Services Research. BiomMed Central Ltd, 2013   |
| 6  | Encontros Nacionais sobre Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança | Avaliação  | Experiências de programas exitosos de atenção em saúde mental a essa população (2007-2010); construção de normativas (2010-2014)  | Publicação da Portaria 94/2014: Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no SUS  |
| 7  | PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde            | Avaliação  | Revisão e atualização do PNASS para definir estratégias e decisões macros sobre sua revisão e dos Padrões de Conformidade (2012)  | Registros indicam que os serviços da RAPS não foram incluídos no PNASS  |
| 8  | Projetos de Prevenção de riscos e danos relacionados ao uso de drogas  | Avaliação  | Realização de pré-piloto e adaptação transcultural para o contexto brasileiro. Previsão de avaliação de eficácia e eficiência por universidades brasileiras (2013).   | Resultado do estudo quase-experimental de um dos programas de prevenção (2014)  |
| 9  | Projeto Avaliar-CAPS   | Avaliação  | Pesquisa realizada com 77% dos CAPS credenciados em 2004-2005, avaliação permanente dos serviços em 2006 e em 2008/2009   | Entre 2007-2010: não se caracteriza apenas como Programa de pesquisa, também como instrumento de gestão nas três esferas de governo, fornecendo subsídios e indução de produção de informação e de reflexão nos serviços. Resultados sobre estrutura, processo e resultados. Possibilidade de traçar indicadores de qualidade, produzir estimativas acerca da estrutura, processo e resultado dos serviços.   |
| 11 | Caracterização dos CAPS ad   | Avaliações | Questionário eletrônico para levantamento da resolutividade e potencialidade, levantamento do perfil da população atendida e desenho das redes de saúde e intersetoriais (2010)   | Dados preliminares versam sobre a equipe de profissionais, atividades e estratégias realizadas, presença de leitos de repouso/desintoxicação e de retaguarda, população atendida, substância com maior frequência de uso, fluxo da rede, capacitação e supervisão, entre outros. Necessidade de potencializar ações de acompanhamento, fiscalização e supervisão continuada por parte da CGMAD em parceria com instituições de pesquisa e cooperação. Necessidade de análise mais profunda ao inserir dados dos atendimentos que não quantificados/faturados. |

Tabela 2. Mecanismos e estratégias de Monitoramento

| N. | Mecanismo/Estratégia   | Tipo          | Ações  | Desdobramentos/resultados   |
|----|--|---------------|--|---|
| 1  | leitos em hospitais psiquiátricos/1.000 habitantes   | Monitoramento | Apreensão do indicador leitos em hospitais psiquiátricos/1.000 habitantes (2007-2010)  | Descontinuidade de publicação de atualização de informações do indicador  |
| 2  | PVC - Taxa de cobertura  | Monitoramento | Fórmula de cálculo: número de pessoas que recebem PVC/número de pacientes de longa permanência em HPs X 100, (2011), com fonte de dados DATASUS e CGMAD  | Descontinuidade de publicação de atualização de informações do indicador  |
| 3  | Taxa de participação dos Serviços Extra-Hospitalares de Atenção Psicossocial no gasto total com atenção psiquiátrica | Monitoramento | Fórmula de cálculo: total de gastos do SUS com serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial/total de gastos com saúde mental (ambulatorial e hospitalar) x 100 (2007)   | Implantado, atualizado - Saúde Mental em Dados  |
| 4  | Indicadores de saúde mental da população negra   | Monitoramento | No âmbito da IV Conferência SMI propostas de construção de indicadores de saúde mental da população negra, pesquisa de impacto do racismo da subjetividade, entre outras (2010)  | Não implantando   |
| 5  | Comitê Coordenador de Auditoria (CCA) em psiquiatria   | Monitoramento | Elaboração de instrumentos de orientação, avaliação, roteiros e formulários de visita à área Hospitalar/Psiquiatria; disciplinar a realização de auditorias especializadas (1990-2002). Experiência inovadora em gestão pública, forneceu bases diagnósticas para mudanças na política de atenção à saúde mental; DENASUS como papel balizador do comportamento ético no âmbito do SUS. Portarias 401/2001 disciplina o fluxo de apuração de denúncias sobre o funcionamento do SUS e a 402/2001 organização a força de trabalho do DENASUS. | Não implantado  |
| 6  | Acesso à medicações  | Monitoramento | Monitoramento do acesso a medicamentos destinados à saúde mental, que eram fornecidos de forma descontinua, gerando dificuldade de acesso no local de dispensação (2003). Auditoria realizada em CAPS em 2015 indica monitoramento deste tema  | Implantado parcialmente, através de auditorias pontuais a serviços/municípios   |
| 7  | Auditoria  | Monitoramento | Auditoria em "Assistência/Psiquiatria": 3 (0,33% das realizadas) em 2003; 1% em 2008; 0,35% (7 de 1310) em 2009; 0,86% (13 de 1562) em 2010; 0,7% encerradas em 2011; Conclusão dos Relatórios de Auditorias das Forças Tarefas de Hospitais Psiquiátricos - 134 HP em 122 municípios, dentre 189 visitados em 2011; Auditoria em CAPS, fluxo da RAPS para população infantojuvenil, cobrança procedimentos em hospital psiquiátrico (2015)  | Implantado, em curso  |
| 8  | Pesquisa via inquérito telefônico em Comunidades Terapêuticas  | Monitoramento | Pesquisa via inquérito telefônico em CT, para "conhecer o trabalho e incluir no banco de dados de informações" e segunda etapa para atualizar cadastro em relação à documentação, trabalho desenvolvido, composição da equipe"; Controle interno e elaboração de protocolo com roteiro para auditoria em CT (2011-2012)  | Impossibilidade de apresentar Relatório Consolidado da ação devido limitações para efetivar a revisão do protocolo em conjunto com a área técnica da política   |
| 9  | Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental   | Monitoramento | Articular os campos, produzir informações qualificadas, desenvolver mecanismo de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais e criar mecanismos para acolher e encaminhar demandas; previsão de instituição de Comitê Executivo de Direitos Humanos e Saúde Mental (2003-2006, 2007-2010 e 2013)  | Comitê Executivo de Direitos Humanos e Saúde Mental não instituído  |
| 10 | Projeto de pesquisa para construção de Sistema de Informação sobre saúde mental a crianças e adolescentes            | Monitoramento | Projeto de pesquisa "Conhecendo a rede pública ampliada de atenção em saúde mental a crianças e adolescentes" para construção de sistema informação qualificada sobre o tema (2003-2006)   | Há menção de disponibilização dos resultados após conclusão da análise dos dados, porém não foram encontrados registros de efetivação do Sistema de Informação sobre saúde mental a crianças e adolescentes |

Tabela 3. Mecanismos e estratégias de Monitoramento – Continuação 2

| N. | Mecanismo/Estratégia                            | Tipo          | Ações  | Desdobramentos/resultados   |
|----|---|---------------|--|---|
| 11 | Levantamento de necessidade                     | Monitoramento | Atenção Básica: a partir da inclusão de profissionais de saúde mental nos NASF; monitoramento para matriciação e supervisão em saúde mental nos pequenos municípios da região da Amazônia Legal, Centro Oeste, Nordeste e alguns estados do Sudeste (2007-2010); Monitoramento projetos de promoção, prevenção e cuidados primários a crianças e adolescentes em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas (2007-2010); dos leitos em Comunidades Terapêuticas no âmbito do PEAD (2007-2010); do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (2007-2010); de internações psiquiátricas compulsórias através de Grupo de Trabalho; Estudo sobre a abordagem em saúde mental a adolescentes no CAPS, incluindo usuários de crack, álcool e outras drogas (2011) | Implantado em parte através do PMAQ, apesar dos indicadores não versarem sobre os temas específicos   |
| 12 | Monitoramento de novos dispositivos - CdR e CAT | Monitoramento | Proposta de monitoramento de novos dispositivos financiados através de editais, como Casas de Acolhimento Transitório (CAT) e Consultório de Rua (CdR) (2010-2011)   | Resultados iniciais: os dispositivos já aumentam a acessibilidade das ações de atenção à saúde mental, sobretudo nas grandes cidades. Ações de assistência primária, prevenção e melhora do acesso aos serviços de saúde e promoção de qualidade de vida. Experiências exitosas sob supervisão e avaliação científica através de convênio UFBA e acompanhamento do Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (2007-2010). Realização de 02 Oficinas Nacionais de Consultórios de Rua pela CGMAD, com vistas ao realinhamento das diretrizes das ações. Indicação de necessidade de monitoramento contínuo. |
| 13 | Acesso  | Monitoramento | Análise da produção ambulatorial e hospitalar de Atenção à Saúde da população com foco na equidade no acesso e não na eficácia, eficiência e efetividade (2012)  | Resultado: desigualdade de acesso nos serviços de saúde, por regiões, a partir do número de consultas/ações do SIA e do SIH/SUS   |
| 14 | Dados de número de serviços e financiamento     | Monitoramento | Publicação Saúde Mental em Dados apresenta informações sobre quantidade e expansão histórica dos pontos de atenção da RAPS e demais serviços com interface com saúde mental; gastos/investimentos da gestão federal para serviços hospitalares e extra-hospitalares; ranking de hospitais psiquiátricos por estado.  | Resultados disponíveis na publicação Saúde Mental em Dados, edições desde 2006 até 2015.  |
| 15 | Indicador PMAQ                                  | Monitoramento | Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto usuários de álcool e drogas sobre o número total de atendimentos de médico e enfermeiro no período   | Resultados parciais, em avaliação   |
| 16 | Indicador PMAQ                                  | Monitoramento | Proporção de atendimentos de usuários de álcool  | Resultados parciais, em avaliação   |
| 17 | Indicador PMAQ                                  | Monitoramento | Proporção de atendimentos de usuários de drogas”   | Resultados parciais, em avaliação   |
| 18 | Indicador PMAQ                                  | Monitoramento | Taxa de prevalência de alcoolismo  | Resultados parciais, em avaliação   |
| 19 | INFOSAS   | Monitoramento | Sistema de Mineração de Dados, para detectar nos sistemas existentes dados que fogem de padrões definidos para subsidiar análises e avaliações   | Sem informações   |
| 20 | Procedimentos                                   | Monitoramento | Dados sobre os novos procedimentos dos serviços da RAPS  | Sem informações   |

Tabela 4. Mecanismos e Estratégias de Monitoramento – Continuação 3

| N. | Mecanismo/Estratégia   | Tipo                      | Ações   | Desdobramentos/resultados  |
|----|--|---------------------------|---|--|
| 21 | SISRCA   | Monitoramento             | Sistema de Regulação, Controle e Avaliação - reorganização dos sistemas de informação de forma a garantir a interoperabilidade dos sistemas existentes, unificá-los e qualificar a gestão da informação   | Sem informações  |
| 22 | SM dados - quantidade atendimento específicos                    | Monitoramento             | Quantidade de atendimentos de acolhimento noturno CAPS III; quantidade procedimentos em hospitais psiquiátricos; média permanência internações; número internações por sexo, faixa etária e diagnóstico; evolução anual do número de atendimentos em álcool e outras drogas pelo SUS  | Implantado parcialmente através dos Sistemas de Informação existentes, mas não divulgados sistematicamente   |
| 23 | prevalência principais grupos de transtornos mentais e uso de ad | Monitoramento             | Informações apresentadas no Saúde Mental em Dados   | Implantado parcialmente através dos Sistemas de Informação existentes, mas não divulgados sistematicamente   |
| 24 | SM Dados - distribuição de óbitos por causa básica SM e AD       | Monitoramento             | Informações apresentadas no Saúde Mental em Dados   | Apresentação no último Saúde Mental em Dados (2015)  |
| 25 | Observatório Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica          | Monitoramento             | Objetivo de desenvolver metodologias de monitoramento, avaliação e produção de insumos para formação continuada (2007-2010).  | Sem informações  |
| 26 | CAPS/100.000 habitantes  | Monitoramento             | Avaliação da cobertura da rede CAPS; Ponderação sobre a limitação do indicador para regiões específicas do Brasil (p.e. Norte), pois pode não refletir o estado da cobertura em saúde mental, sendo relevante instituir outros parâmetros para avaliação da cobertura da rede da região (2010); Útil no monitoramento e avaliação da gestão, acompanhamento de metas e identificação de avanços e necessidades de correção, limitação da utilização de dados demográficos, falta de dados da demanda concreta dos territórios (2013). | Implantado, em curso   |
| 27 | Componente Variável de financiamento de CAPS                     | Monitoramento e avaliação | Elaboração de novos procedimentos, nova ficha cadastral do CAPS no CNES e de estrutura física mínima (2012)   | Portarias de procedimentos publicadas, CNES atualizado e publicação de manual de estrutura física para CAPS e Unidades de Acolhimento em 2015. Permanece sem informações como ocorrerá o componente variável de financiamento a partir destas inovações. |
| 28 | Portaria 678/2006 - Estratégia de avaliação e monitoramento      | Monitoramento e avaliação | Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos CAPS e outros serviços do SUS (2006)  | Sem informações  |

Tabela 5. Mecanismos e estratégias de Qualificação

| N. | Mecanismo/Estratégia   | Tipo         | Ações  | Desdobramentos/resultados  |
|----|--|--------------|--|--|
| 1  | Quality Rights   | Qualificação | Tradução para o português - Direito é Qualidade  | Disponibilização do instrumento Direito é Qualidade em português   |
| 2  | PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento institucional do SUS | Qualificação | Realização de projetos para buscar soluções estratégicas para melhoria da gestão e qualificação do SUS, com prioridade para a área de saúde mental, álcool e outras drogas (2011)  | Nenhum projeto encampado pelos Hospitais de Excelência versavam sobre o tema da saúde mental.  |
| 3  | Edital supervisão CAPS   | Qualificação | Realizadas diversas Chamadas de Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e RAPS   | Informações até 2011   |
| 4  | PET-Saúde  | Qualificação | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde  | Informações até 2011   |
| 5  | Oficina  | Qualificação | Oficina de alinhamento teórico para Escolas de Redução de Danos selecionadas no edital de 2010   | Informações até 2011   |
| 6  | Formação   | Qualificação | Convênio para formar especialistas em saúde mental, álcool e outras drogas (SAS-Fiocruz 2011); Formação de terapeutas comunitários integrativos para atuação em situações de desastres e catástrofes em 5 estados brasileiros (SAS-Universidade Federal do Ceará) - 2011   | Sem informações  |
| 7  | Capacitação  | Qualificação | Capacitação em saúde mental para técnicos de enfermagem e agentes comunitários nas Escolas Técnicas do SUS (2011); Capacitação de policiais comunitários em saúde mental (2012); Formação de jovens na promoção de saúde e prevenção de violência e do uso de álcool e outras drogas - Política de Atenção à Saúde do adolescente e Plano Juventude Viva (2012); Para trabalhadores da AB e do CAPS sobre Promoção de estratégias de saúde relacionadas aos transtornos mentais e consumo de álcool e outras drogas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2012); Para profissionais de CAPS e outros serviços da RAPS, sobre Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (2012); Capacitação para gestores municipais de saúde mental em Economia Solidária para desenvolver planejamento de apoio e monitoramento das experiências (2006); Curso gestão de empreendimentos da saúde mental (2011-12) | Sem informações sobre o impacto dessas capacitações sobre os temas e objetivos previstos   |
| 8  | Residência   | Qualificação | Edital de seleção de bolsas de Residência multiprofissional e psiquiatria  |  |
| 9  | Eventos  | Qualificação | Colegiado Nacional de Saúde Mental: função deliberativa de articulação do processo de gestão; Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: construção de estratégias para implantação da RAPS para esta população (2012); I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial; Seminário Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica (2013)  | Divulgação de cartas e publicações dos Colegiados e Fórum de SM infantojuvenil, com diretrizes para a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Não foram encontrados produtos dos demais eventos  |
| 10 | Curso Caminhos do Cuidado  | Qualificação | Formação em saúde mental (crack e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica (2013)   | Dentre cerca de 290 mil vagas oferecidas entre os anos de 2013-2015, foram formados 237.175 profissionais. Projeto em fase final de avaliação por instituição de pesquisa.   |
| 11 | Projeto Percursos Formativos                                       | Qualificação | Intercâmbio de experiências entre profissionais da RAPS e supervisão em rede (2014)  | Projeto em andamento, com resultados preliminares disponíveis em: <a href="http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2654">http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2654</a>          |
| 12 | PMAQ   | Qualificação | Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - etapas de autoavaliação, relatórios gerenciais de desempenho da equipe, avaliação externa e metavaliação (2013)   | Programa em fase de avaliação, com resultados preliminares disponíveis em: <a href="http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM">http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM</a> |

As tabelas acima mostram uma série de mecanismos e estratégias implantados, previstos, e não implantados, seus resultados e limitações.

Estes serão utilizados para verificar o quanto as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde – Intersetorial foram seguidas. Isso se justifica pelo fato de as Conferências de Saúde serem dispositivos previstos nas diretrizes e normatizações do SUS, que estabelecem a participação popular na construção e avaliação das políticas de saúde, de forma a direcionar as transformações esperadas para a consolidação do SUS (Lei 8142/90).

Especificamente no campo da saúde mental, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987), se tornou um marco para o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira ao afirmar a reorganização da assistência em saúde mental, tendo como produto o Projeto de Lei 3657/1989, que culminou na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo de atenção em saúde mental. Desde então foram realizadas mais três Conferências, sendo a última a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial – IV CNSMI, ocorrida em 2010.

Esta contou com participação de setores outros além da saúde mental, atendendo às mudanças do modelo de atenção em curso e com anseios de redirecionamento da prática do campo de saúde mental, de forma a ser transversal às políticas sociais. Dentre as recomendações apresentadas no Relatório Final desta Conferência, no âmbito do Eixo I – Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, há o sub-eixo 1.6 – Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental, que traz nos “Princípios e diretrizes gerais” a indicação que:

*“o aprofundamento do processo de desinstitucionalização da loucura da Reforma Psiquiátrica brasileira requer a implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental para viabilizar um planejamento adequado das ações nessa área.”* (p. 41, IV CONFERÊNCIA)

As recomendações deste sub-eixo versam sobre a participação do controle social nos processos de gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental; desenvolvimento de indicadores e mecanismos para sua efetivação; fornecimento de meios e insumos; estudos do perfil epidemiológico das demandas em saúde mental; integração dos sistemas de informações de saúde com inclusão de dados da saúde mental nos existentes; criação de

indicadores, procedimentos das ações e mecanismos de acompanhamento dos recursos financeiros de saúde mental; regulação de hospitais psiquiátricos e demais instituições públicas e privadas; criação de notificações compulsórias; desenvolvimento e aplicação de mecanismos existentes de avaliação, qualidade e satisfação do usuário.

As tabelas abaixo apresentam as recomendações da IV CNSMI e a situação atual da implementação por parte da gestão federal de saúde.

Tabela 6. Recomendações IV CNSMI sobre Infra-estrutura e materiais de divulgação

| Sub-Eixo Infra-estrutura e materiais de divulgação |  |                         |   |
|--|--|-------------------------|---|
| Nº   | Recomendação   | Situação da Implantação | Justificativa   |
| 151  | Assegurar a provisão e manutenção de computadores para os Serviços de Saúde Mental, que permitam a criação de indicadores e instrumentos de monitoramento da rede para incluí-los no aplicativo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde, nas três esferas de governo. | Não implantada          | Não há repasse sistemático para aquisição de material permanente pelo governo federal                               |
| 152  | Contratar plano de telefonia móvel para as equipes gestoras e programas de acompanhamento domiciliar das unidades de saúde mental.   | Em parte                | É possível utilizar o recurso de custeio da esfera federal  |
| 153  | Criar um site nacional com informações sobre a rede pública de atenção em saúde mental para fortalecer e garantir ampla divulgação de serviços e eventos dessa área.   | Em parte                | Site da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde contém algumas informações |
| 154  | Criar cartilhas contendo a lei 10.216 e demais leis de saúde mental e a carta do direito dos usuários do SUS para serem distribuídas nos CAPS, demais serviços de saúde e universidades, com linguagem adaptada aos usuários e familiares, respeitando a regionalidade.        | Não implantada          | Atualmente não há a distribuição deste material por parte do MS   |

A Tabela 6 traz informações acerca das limitações das ações do gestor federal da saúde a respeito da provisão de infra-estrutura informatizada para os serviços de saúde mental e de distribuição de material sobre os direitos dos usuários. Ressalta-se aqui que, apesar de ocorrerem convênios com universidades e coletivos que produzem tais materiais, não há a distribuição a nível nacional destes.

A Tabela 7 apresenta a sistematização das recomendações sobre Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos.

Tabela 7. Recomendações da IV CNSMI sobre Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos

| Sub-eixo Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos |   |                         |   |
|---|---|-------------------------|---|
| Nº  | Recomendação  | Situação da Implantação | Justificativa   |
| 155   | Organizar uma rede de informações e campanhas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde mental  | Em parte                | Já foram realizadas campanhas referentes ao Programa de Volta para Casa ou ao Programa Crack é Possível Vencer, porém sem continuidade  |
| 156   | Realizar censo epidemiológico de agravos em saúde mental e deficiências intelectuais  | Em parte                | Houve apoio do Ministério da Saúde a censos em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo   |
| 157   | Constituir uma Câmara Técnica Intersetorial nas três esferas governamentais composta por profissionais, usuários, familiares, gestores, instituições de ensino e pesquisa, com o objetivo de construir indicadores e instrumentos para um sistema de avaliação bem como de informações para o monitoramento da rede | Não implantada          |   |
| 158   | Criar indicadores para avaliar o trabalho em saúde mental garantindo sua inclusão nos sistemas de informação.   | Não implantada          |   |
| 159   | Construir e incluir indicadores epidemiológicos de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).  | Não implantada          |   |
| 160   | Criar o SIS/SAÚDE MENTAL, com bases de dados alimentadas e atualizadas rotineiramente, de acesso facilitado para acompanhamento por parte do controle social.   | Não implantada          |   |
| 161   | Aperfeiçoar a ficha "A" do SIAB e a ficha dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família com a inclusão de dados epidemiológicos de saúde mental.   | Sim                     | Indicadores PMAQ-AB   |
| 162   | Cadastrar os usuários com base no cartão SUS com prontuário eletrônico que possibilite acompanhamento dos planos terapêuticos e medicamentos  | Não implantada          |   |
| 163   | Criar e monitorar os indicadores pactuados referente às ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e saúde mental.   | Não implantada          |   |
| 164   | Qualificar os mecanismos de registros permitindo avaliação de atividades que são realizadas fora do serviço e que estão relacionadas à atenção à saúde, como o matriciamento e capacitação em saúde mental.   | Sim                     | Portaria 854/2012 - referentes à inclusão de procedimentos dos CAPS no RAAS   |
| 165   | Criar mecanismos online de acompanhamento da utilização dos recursos financeiros do município no que refere a Saúde Mental, para monitorar e avaliar os serviços conforme previsto em lei, de forma transparente e simplificada para a comunidade.  | Em parte                | Sites como Fundo Nacional de Saúde (FNS), Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) fornecem informações sobre o repasse de recursos da saúde mental da esfera federal a estados e municípios. Quanto à efetiva utilização, é de responsabilidade dos gestores e Conselhos de Saúde locais |

Dentre as recomendações implantadas, destacam-se os indicadores do PMAQ, referentes às ações de saúde mental na Atenção Básica, a qualificação dos registros dos procedimentos nos CAPS. As recomendações referentes às campanhas e redes de informação e dos censos psicossociais foram implementadas parcialmente, tendo em vista que ocorrem de forma pontual através de convênios com instituições e gestões locais. Em relação ao acompanhamento da utilização de recursos financeiros, o Ministério da Saúde disponibiliza sites online para a verificação dos repasses realizados aos fundos municipais e estaduais, porém é preciso estar atento que a utilização efetiva dos mesmos na RAPS é de responsabilidade dos gestores locais, assim como a devida fiscalização é prevista de forma descentralizada.

Por fim, a Tabela 8 trata das recomendações sobre Auditorias e processos de avaliação:

Tabela 8. Recomendações da IV CNSMI – Sub-eixo Auditorias e processos de avaliação

| Sub-eixo Auditorias e processos de avaliação |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
| Nº   | Recomendação   | Situação da Implantação | Justificativa  |
| 166  | Fortalecer e qualificar, de forma intensificada, a regulação (controle, avaliação e fiscalização) dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, das clínicas e instituições de tratamento dos dependentes químicos, públicas e privadas   | Em parte                | PNASH e auditorias do DENASUS nos casos dos hospitais psiquiátricos e serviços da RAPS |
| 167  | Garantir a notificação compulsória pelos serviços de saúde mental dos transtornos mentais relacionados ao trabalho   | Não implantada          |  |
| 168  | Garantir notificação compulsória de toda e qualquer situação de violência e óbitos de cidadãos com sofrimento psíquico de forma abrangente, destacando-se: hospitais psiquiátricos, sistema prisional, comunidades terapêuticas e outras instituições de tratamentos específicos.                | Não implantada          |  |
| 169  | Implementar processos avaliativos de efetividade, qualidade de atendimento e grau de satisfação em relação aos serviços de saúde junto a usuários e familiares   | Não implantada          |  |
| 170  | Ampliar para toda a rede de Saúde Mental o Programa de Avaliação dos CAPS.   | Não implantada          |  |
| 171  | Aplicar regularmente os critérios de Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e Serviços Hospitalares – PNAS/PNASH – como instrumento norteador e de controle da qualidade da assistência e garantir que o relatório seja publicizado nos meios de comunicação e conselhos de saúde. | Em parte                | Os resultados do PNASH não são amplamente publicizados                                 |
| 172  | Criar indicadores para avaliação de qualidade e resolutividade dos CAPS.   | Não implantada          |  |
| 173  | Garantir auditoria e processos de controle e avaliação pelo controle social nos serviços de saúde mental: CAPS, hospitais psiquiátricos, secundários e gerais.   | Não implantada          |  |

As recomendações referentes às auditorias e aos processos de avaliação tiveram implantações parciais ao longo dos anos, principalmente ao que se refere às auditorias do DENASUS aos serviços da RAPS e aos hospitais psiquiátricos habilitados ou conveniados com o Ministério da Saúde. O desafio de aplicar estes instrumentos aos serviços privados permanece, bem como à criação de indicadores de avaliação dos serviços com participação do controle social, bem

como a notificação compulsória de óbitos, situações de violência a partir dos serviços de saúde, bem como de transtornos mentais relacionados ao trabalho.

De forma geral, percebem-se alguns avanços na incorporação de dispositivos de registro das ações do serviço, de ampliação dos Sistemas de Informação e manutenção de mecanismos de auditoria e fiscalização dos pontos de atenção da RAPS e hospitais psiquiátricos. No entanto, a ampliação e fortalecimento dos espaços coletivos de discussão e tomada de decisão, bem como da construção de indicadores de avaliação dos serviços, ainda permanecem como desafios a serem superados, bem como a descontinuidade de projetos e ações iniciados previamente. Uma das estratégias já previstas para enfrentar tais barreiras pode ser observada na portaria 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, que traz as prerrogativas de conformação de Grupos Condutores Municipais e Estaduais da RAPS e dos Fóruns de Saúde Mental com participação intersetorial e dos usuários dos serviços.

A instituição de um Sistema de Informações específicos para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas poderia contribuir para a obtenção, sistematização e análise dos diversos dados coletados atualmente, tais como os da Atenção Básica, Atenção Ambulatorial e hospitalar.

Instrumentos como o “Mental Health Policy and Service Guidance Package”, da Organização Mundial da Saúde, especificamente os módulos “Quality Improvement for Mental Health”, “Mental Health Information Systems” e “Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans” podem auxiliar no diagnóstico e pactuação das prioridades a serem elencadas em instâncias colegiadas de decisão. A inserção destes temas nos espaços já existentes como os Fóruns de Saúde Mental, Grupos Condutores da RAPS a nível municipal, regional e estadual, bem como os Colegiados de Coordenadores de Saúde Mental regionais e nacional podem fazer parte de um plano mais geral, induzido pela gestão federal, de planejamento de estratégias de monitoramento, avaliação e qualificação das ações e serviços da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Brasil.

Ainda, a implantação do Direito é Qualidade (QualityRights) no Brasil tem o potencial de abrir novos espaços de qualificação do controle social para participar ativamente dos processos de monitoramento, avaliação e qualificação dos serviços, inclusive na perspectiva de criação de indicadores de direitos humanos que reflitam a realidade e o cotidiano de suas vidas.

## CONCLUSÃO

A complexidade da realização deste estudo se mostrou maior do que o previsto. Desde o levantamento das estratégias de monitoramento, avaliação e qualificação das ações da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas pelo Ministério da Saúde, que refletem a fragilidade de disseminação de informações, até a tentativa de analisa-las e sistematiza-las frente as recomendações da maior instância de pactuação política no campo da saúde mental, a Conferência de Saúde Mental. A dificuldade de acompanhar e diferenciar os registros de ações *pretendidas/planejadas* das *realizadas* e *em funcionamento* da gestão federal pode ter como consequência análises e conclusões sem acurácia ou incompletas.

A quantidade de articulações intra e intersetoriais apenas sobre os temas em questão realizadas pela gestão federal de saúde é tão ampla que é reconhecida a limitação deste estudo em inclusive apresenta-las. É compreensível também perceber a intermitência das ações e estratégias encampadas, tanto pela própria organização da gestão federal, que passa por transformações e pressões a cada período, quanto pela característica específica dos gestores de saúde mental até 2014, de experimentar e construir ações baseadas nas inovações do território e disseminá-las para o território nacional. Uma característica permanente em todos os registros é a manutenção de espaços coletivos de discussão, seja através de Encontros, Fóruns, Comitês ou espaços locais. Mesmo quando não havia o registro das etapas que determinaram esta ou aquela ação, diretriz ou serviço, é possível estabelecer a relação entre estes dispositivos coletivos e o consequente estabelecimento de diretrizes com incorporação dos pressupostos elencados.

O fato de estratégias instauradas no passado permanecerem ativas atualmente não significa que sejam efetivas em seus objetivos. O caso das auditorias realizadas pelo DENASUS é claro: sua importância inegável em demonstrar as violações aos direitos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos possibilitou a criação do PNASH (mesmo este parece já não dar conta de hospitais psiquiátricos “sem tantas inadequações”), o fechamento de instituições precárias e a reorganização do modelo de assistência. No entanto, não há certeza acerca de seu impacto atual nos serviços da RAPS, visto que é direcionado principalmente pelas normativas e diretrizes mais gerais (estrutura, equipe de profissionais, fornecimento de alimentação e medicação) e não consegue captar a complexidade das ações e articulações previstas pelos CAPS, por exemplo.

Ao fazer o levantamento de estratégias planejadas ou esperadas, mas não efetivadas, percebe-se a limitação da gestão federal de saúde mental em abrir espaço inclusive dentro do próprio Ministério da Saúde, como é o caso do Comitê de Direitos Humanos e Saúde Mental, até hoje aguardando a publicação de portaria de sua instituição. Este poderia ser um espaço privilegiado para a discussão e incorporação da temática dos direitos humanos inclusive na escolha por formas de monitoramento, levantamento de dados e qualificação dos serviços. Apesar de entender a força da ferramenta Direito é Qualidade/Qualityrights para a atenção psicossocial no Brasil, não é possível que este instrumento seja utilizado pela gestão federal como forma de avaliação ou qualificação dos serviços sob sua responsabilidade ou regulação, sob risco de desvirtuar o propósito de ser um instrumento independente do Estado.

Apesar da escolha por analisar as estratégias da gestão federal, é necessário ressaltar que a responsabilidade pelo monitoramento, avaliação e qualificação da RAPS é tripartite, cabendo também às gestões e instâncias municipais, regionais e estaduais esta construção. Ainda, é imprescindível que se mantenha a autonomia dos entes federados na aplicação das políticas públicas, tendo em vista a diretriz de descentralização do SUS. Um dos riscos de se instituir normas e padrões “de cima para baixo”, sem construção e negociação entre gestores, profissionais, usuários e comunidade, é o de inviabilizar a produção de experiências inovadoras e criativas dos territórios, aspecto tão rico e presente na Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, não houve a pretensão neste estudo de se ater aos instrumentos de credenciação de serviços ou “padrões ouro” de avaliação e qualificação, visto que mais do que reproduzir e utilizar metodologias baseadas em evidências científicas – que sem dúvida devem ser utilizadas de forma a fortalecer os serviços de saúde e a atenção aos usuários no sentido de “gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência”, do Artigo 25 da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – entende-se ser prioritária a ampliação do acesso dos usuários, profissionais e gestores às discussões e tomadas de decisão para a implementação de mecanismos de monitoramento, avaliação e qualificação das ações da RAPS. Acerca disso, é interessante notar a quantidade e diversidade de estratégias de educação permanente (formação, capacitação, cursos, intercâmbio de experiências, editais de residência, fomento à pesquisa) apoiadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos. Apesar de não ser possível no momento avaliar o impacto destas nas práticas profissionais ou na mudança da lógica de atenção, há um claro entendimento de sua importância e indução pela gestão federal. Um estudo mais sistematizado sobre

os efeitos destas estratégias poderia verificar qual seu alcance no cotidiano dos serviços, bem como seu papel no desenvolvimento de processos emancipatórios para profissionais, usuários e gestores.

Algumas medidas de baixo custo e complexidade podem ser tomadas de forma rápida, como a elaboração de manuais explicativos para o acesso aos sistemas de informação existentes, muitas vezes desconhecidos, bem como a disponibilização de informações nos diferentes canais de informação e comunicação do Ministério da Saúde, já previstos. Outras, requerem articulação, poder de decisão política por parte dos gestores, bem como pressão dos movimentos sociais e profissionais, tais como a construção de indicadores e de processos avaliativos e de qualificação que considerem as realidades locais, retratem as necessidades de saúde em seu conceito ampliado, no sentido da garantia dos direitos civis e sociais e produzam mudanças esperadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-YD, M. **Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto.** In SaúdeLoucura N. 9 – Experiências da Reforma Psiquiátrica. Org. BRAGA CAMPOS, F., LANCETTI, A. P. 91-99. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil.** 2014. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf). Acesso em: 22/02/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em 22/02/2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acesso em: 02/03/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **A gestão da Auditoria federal e o SNA. Mudanças no Componente Federal, rumo à efetivação do Sistema Nacional de Auditoria: problemas, ações e resultados.** Brasília, 2003. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202002.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento Nacional de Auditoria do SUS**. Relatório de gestão 2003 DENASUS. Brasília, 2004. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202003.pdf>.

Acesso em: 22/02/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf). Acesso em 20/04/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 8**, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011A. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf). Acesso em 20/03/2016

BRASIL. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011B. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 22/02/2016

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Brasília, 2011C. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em 22/02/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS: orientações básicas.** Brasília, 2011D. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS\\_14x21cm.pdf](http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental no Sus: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Versão preliminar. Brasília, 2011E. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteras\\_reforma\\_psiquiatica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf). Acesso em 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão do exercício de 2011. Relatório de gestão individual.** Brasília, 2012A. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202011.pdf>. Acesso em: 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Viramundo – Boletim Informativo da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.** Nº 01 Ano 01, Julho/Agosto, 2012B. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B1q9L0pa3Zy2Unh5WmdFSUxLR2c/edit>. Acesso em: 22/02/2016

BRASIL. **Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Brasília, 2013A. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm). Acesso em: 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão do exercício de 2012**. Brasília, 2013B. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202012.pdf>. Acesso em 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2012**. Brasília, 2013C. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2012.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.840 de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2014A. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html). Acesso em 22/02/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2013**. Brasília, 2014B. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf> Acesso em: 02/04/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015A. Disponível em <http://www.saude.gov.br/mental>. Acesso em 22/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade : kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. Brasília,

2015B. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/22/D--Q-Geral.pdf>. Acesso em 20/04/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS. **Consulta pública de auditorias**, 2016. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/con\\_auditoria.cfm](http://sna.saude.gov.br/con_auditoria.cfm). Acesso em: 20/04/2016.

GODINHO DELGADO, P. G. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, vol. 63, núm. 2, pp. 114-121 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/713/529#1a>. Acesso em: 20/04/2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: 20/04/2016.

IBGE. **Pesquisa nacional de Saúde 2013 - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 20/04/2016.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013 - Ciclos de vida : Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro, 2015b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 20/04/2016.

LOBOSQUE, A. M. **Nem a fuga da teoria, nem o medo da invenção**. In SaúdeLoucura N. 9 – Experiências da Reforma Psiquiátrica. Org. BRAGA CAMPOS, F., LANCETTI, A. P. 255-272. São Paulo: Editora Hucitec,

MARSIGLIA, R., DALLARI, D. A., COSTA, J. F., et. al. **Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo**. Edições Mandacaru: São Paulo, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, Ilara H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia HUCITEC. São Paulo, 1993.

PORTO, K. F.; CORDEIRO, F.; DELGADO, P. G. G. **Psychiatric Reform and Mental Health Policy in Brazil**. In: Global Forum for Community Mental Health. Community Mental Health in low income countries a way forward. Edited by Angelo Barbato and Martine Vallarino. P. 106-115. Mario Negri Institute for Pharmacological Research: Milan, 2010.

SANTOS CRUZ, M. et al. **Patterns, determinants and barriers of health and social services utilization among young crack users in Brasil**. BMC Health Services Research. BiomMed Central Ltd, 2013. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-536> Acesso em: 22/04/2016.

SOUZA, P. J. C. **Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte**. In SaúdeLoucura N. 9 – Experiências da Reforma Psiquiátrica. Org. BRAGA CAMPOS, F., LANCETTI, A. P. 101-123. São Paulo: Editora Hucitec.

WHO-AIMS. **Report on Mental Health System in Brazil**. WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_aims\\_report\\_brazil.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf). Acesso em: 20/04/2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Ciências na área de Saúde. Rio de Janeiro, 2006