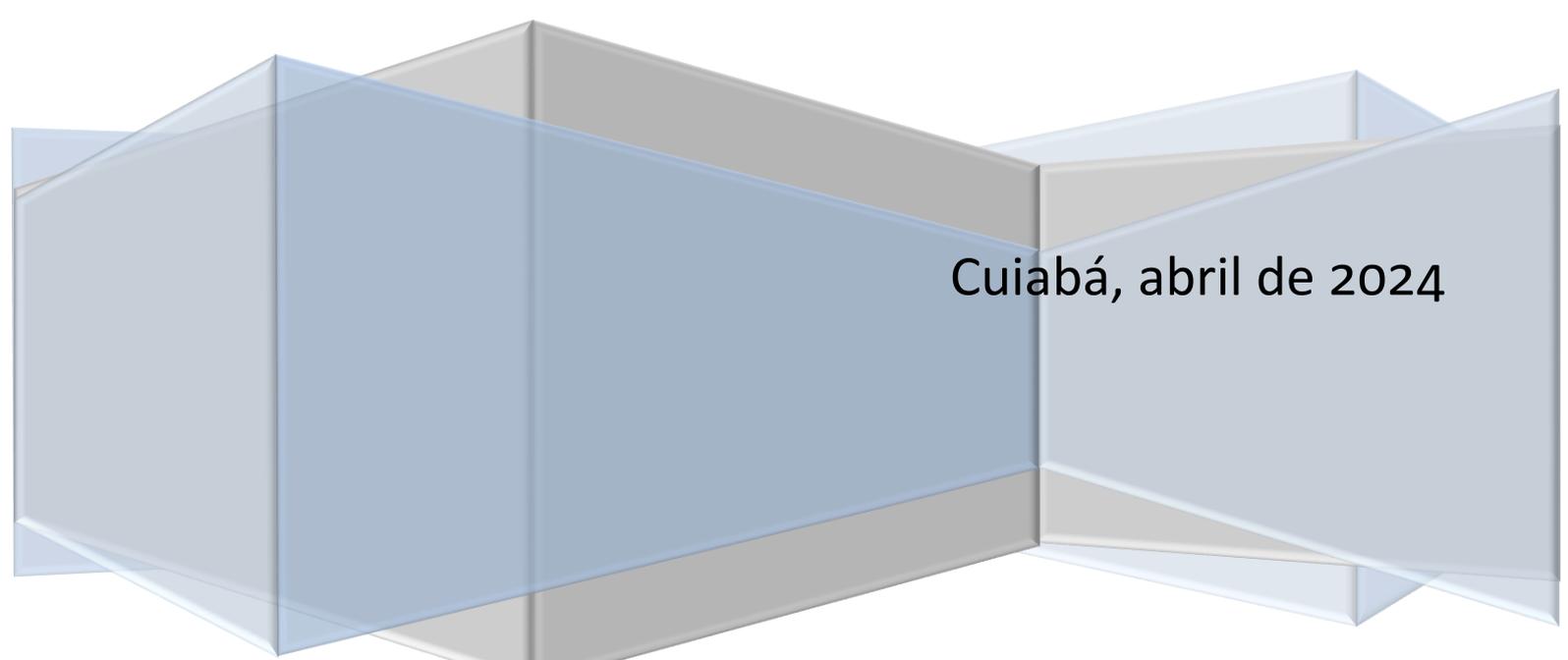


Relatório da CST- SAÚDE MENTAL

As ações da Câmara Setorial Temática – Saúde Mental da AL /MT na Efetivação da Política de Saúde Mental em Mato Grosso.

Período abril de 2023 a abril de 2024



Cuiabá, abril de 2024

Folha de Rosto – incluir nome ato de criação da cst e membros.

SUMÁRIO.

Introdução	3
I. Câmara Setorial Temática de Saúde Mental na AL/MT.....	5
II. Ações realizadas pela CST-Saúde Mental (Agosto /2023 - Abril /2024).....	7
III. Breve análise da Política Nacional de Saúde Mental.....	8
IV. A oferta de serviços públicos de saúde mental em Mato Grosso.....	17
V. Financiamento da Saúde Mental: Prioridade estratégica da CST- Saúde Mental no período de Agosto de 2023 a Abril de 2024.....	27
VI. Custo de Funcionamento do CAPS : metodologia e resultados.....	30
VII. Emendas Aprovadas para a Saúde Mental : Marco Histórico.....	33
VIII. Grupo de Trabalho para Programa de Qualificação da RAPS.....	34
Considerações Finais	42

Introdução.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos¹, da Organização Mundial da Saúde, em 2019, quase um bilhão de pessoas em todo o mundo viviam com um transtorno mental, sendo este a principal causa de incapacidade entre adultos.

Outro dado alarmante é de que 14% dos adolescentes do mundo – vivem com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade.

Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental.

O documento ainda informa que durante o primeiro ano da pandemia os diagnósticos de depressão e ansiedade aumentaram mais de 25%.

O déficit de cobertura dos serviços de atenção à saúde mental é evidente em todos os países: mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental. Estima-se que o percentual de pessoas que recebem tratamento adequado para depressão é **de apenas 3% em países de baixa e média-baixa renda**, como o Brasil.

Diante desse cenário a OMS convocou todos os países signatários (incluindo-se o Brasil) a acelerar o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030², recomendando três caminhos para a transformação no setor:

¹ Vide Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos, OMS: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

² https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_flyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true

1. Aumentar os investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental, mas também por meio de uma liderança comprometida, buscando políticas e práticas baseadas em evidências e estabelecendo sistemas robustos de informação e monitoramento.

2. Implementar ações concretas para melhorar os entornos para a saúde mental, como por exemplo, intensificar a ação contra a violência contra as mulheres, combater o abuso e negligência de crianças e pessoas idosas; possibilitar a criação de cuidados para o desenvolvimento da primeira infância, disponibilizando apoio de subsistência para pessoas com problemas de saúde mental, combater o bullying nas escolas, entre outras.

3. Diversificar e ampliar as opções de atenção aos transtornos mentais mais comuns, como depressão e ansiedade, que tem uma relação custo-benefício de 5 para 1. Essa ampliação inclui, por exemplo, o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto.

Portanto, os sofrimentos relacionados à saúde mental representam um problema mundial, que se amplificaram com a covid 19. Apesar disso, a saúde mental tem sido uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública no mundo. É mal compreendida, recebe poucos recursos e tem baixa prioridade em comparação com outras políticas públicas de saúde.

Diante desse quadro alarmante e considerando a urgência de avançar no atendimento do sofrimento mental, o Dep. Carlos Avallone propôs a criação da Câmara Setorial Temática da Saúde Mental.

Apresentar os objetivos e ações da CST-Saúde mental, analisar brevemente a configuração da política nacional de saúde mental e as demandas urgentes em termos de financiamento da saúde mental no estado de Mato Grosso, serão os caminhos a serem percorridos por este relatório..

I. Câmara Setorial Temática de Saúde Mental na AL/MT

Instaurada pela Assembleia Legislativa de Mato Grosso em agosto de 2023, a Câmara Setorial Temática (CST), tem como objetivo realizar detalhado diagnóstico sobre a estrutura de atendimento à saúde mental na saúde pública mato-grossense e indicar políticas públicas – além das necessárias previsões orçamentárias – para melhorar a atenção a transtornos psíquicos que têm afligido crescente parcela da população em todo o mundo, especialmente no pós-pandemia.

“Vamos construir um documento capaz de subsidiar tecnicamente a fim de propor ações e políticas públicas de atendimento à saúde mental dos mato-grossenses, com fundamento em evidências acerca da estrutura existente e respectivas demandas, sob o norte dos princípios democráticos e da defesa do Sistema Único de Saúde”, destacou o Dep. Carlos Avallone³.

O diagnóstico de especialistas da área que estamos vivendo uma segunda Pandemia que é a da saúde mental e de que :

- Brasil ocupou o terceiro pior índice de saúde mental em um ranking que contou com 64 países, ficando abaixo apenas da África do Sul e do Reino Unido (Relatório Anual do Estado Mental do Mundo, encomendado pela Sapient Labs, divulgado em março de 2023)
- Entre os anos de 2020 a 2022, cerca de 739 mil pessoas foram afastadas do trabalho por transtornos mentais, entre depressão, distúrbios emocionais e Alzheimer (fonte: INSS) .
- US\$ 78 Bilhões é a perda anual do Brasil com a queda de produtividade causada pela depressão (fonte: Revista Exame)

Esse cenário sombrio nos mostra a importância de discutirmos essas questões e debater sobre as responsabilidades dos diferentes atores

É urgente mobilizarmos esforços para prevenir os impactos negativos do trabalho na saúde mental, promover e proteger a saúde mental e o bem-estar

³ HAROLDO ASSUNÇÃO. “ Assembleia instaura Câmara Setorial Temática para discutir atendimento à saúde mental em Mato Grosso”, disponível em : <https://www.al.mt.gov.br/midia/texto/assembleia-instaura-camara-setorial-tematica-para-discutir-atendimento-a-saude-mental-em-mato-grosso/visualizar>, acesso em 13 de julho de 2023.

dos trabalhadores e trabalhadoras, assim como dar suporte às pessoas com problemas de saúde mental para que tenham seus direitos garantidos.

Assim, os objetivos da CST são:

- chamar atenção para o reconhecimento da causa do sofrimento por problemas mentais e da imperativa necessidade de promoção de saúde mental para todos, especialmente no mundo pós-pandemia da COVID.
- identificar a fragilidade do sistema de saúde mental em Mato Grosso
- Construir agenda de fortalecimento do sistema de atenção de saúde mental para todos em Mato Grosso, em articulação com os distintos atores públicos e não governamentais

Os Princípios Orientativos da CST-Saúde Mental, podem ser assim definidos:

- A saúde mental é parte integrante de nossa saúde e bem-estar geral, e é um direito humano fundamental .
- Saúde mental para todos (garantir cuidados e atenção a todos os que necessitam- garantir a cobertura universal da saúde para a saúde mental , com maior dotação orçamentária - Integrar a saúde mental na atenção primária de saúde)
- Investimento em saúde mental contribui para o desenvolvimento social e econômico e reduz desigualdades. (O Fórum Econômico Mundial estimou que para o período de 2011-2030 haverá perdas econômicas globais de US\$ 16 trilhões atribuíveis aos transtornos mentais)
- Apoio a inclusão social das pessoas com transtornos mentais
- Enfoque multisetorial
- Práticas baseadas em evidência científica.

Foram definidos dois grandes eixos de atuação da CST:

1. Governança e Financiamento da Saúde Mental em Mato Grosso

- Levantar ações/programas de prevenção em matéria de saúde mental

- Orçamento da Saúde Mental
- Legislação sobre saúde mental : levantar legislação existente em MT, atualizar e propor legislação , etc.. (exemplo

2. Acesso e qualidade da rede de serviços de saúde mental

- Situação dos Cap's (atendimentos, numero de profissionais, disponibilidades nos municípios,)
- Saúde mental nas escolas
- Hospitais psiquiátricos (públicos e filantrópicos)
- Sistema de saúde mental para atender situações de emergência (SAMU,UPAS.
- Saúde mental no ambiente de trabalho
- Qualificação dos Profissionais da RAPS (rede de atendimento psicossocial).
- Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

II. Ações realizadas pela CST-Saúde Mental (Agosto /2023 a Abril /2024 –)

- Reunião com a Interventora de Saúde em Cuiabá (acompanham Promotor Milton e Juíza Suzana Ribeiro)
- Relatório sobre Diagnóstico da RAPS em MT.
- Estudo sobre necessidade de financiamento para a manutenção e implantação de CAPS e das residências terapêuticas em MT.
- Proposição de emenda a LDO prevendo a inclusão do o Programa de Fortalecimento e Expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o de Qualificação em Saúde Mental dos servidores da RAP´S entre os Programas Prioritários no PPA 2024-2027 – LDO.
- Reunião com Governador do Estado para apresentar estudo de revisão e necessidade de financiamento dos CAPS;

- Proposição de emenda de R\$ 20 milhões na LOA/2024 e de R\$ 80 milhões no PPA 2024-2207, para a saúde mental.
- Gestão e reunião com equipe da SEAFZ e SEpaln para explicar a política de saúde mental proposta e a necessidade do financiamento.
- Revisão da Portaria SES – com novos valores de repasses aos municípios para financiamento dos CAPS e instalação de 15 novos CAPS no estado de Mato Grosso
- Reunião com equipe Técnica da SES e com Secretário de Saúde para definir novos valores e sistemática de repasse aos municípios para financiamento do CAPS.
- Reunião com COSEMS e A.M.M para discutir os novos valores de repasses para financiamento dos CAPS em Mato Grosso.
- Criação do Grupo de Trabalho para discutir Programa de Qualificação para RAPS, coordenado pela Dra.Fátima Ticianel.
- Reuniões de instalação e de trabalho do Grupo de Trabalho de Qualificação da RAPS.
- Elaboração de versão preliminar do Plano de Qualificação da RAPS

III. Breve análise da Política Nacional de Saúde Mental

No Brasil, presenciamos atualmente um importante momento da política de saúde mental, iniciado de maneira mais organizado a partir do final dos anos de 1970. Em 1990, com redefinição constitucional e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS - Lei Orgânica da Saúde 8080 e 8142), a saúde tornou-se de fato um direito social no Brasil

Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detêm um sistema público e universal.

Por exemplo, em 2008, enquanto o SUS gastou 3,24% do Produto Interno Bruto (PIB), o gasto público em saúde em países como Reino Unido, Suécia,

Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália foi, em média, de 6,7% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008)⁴.

O SUS é organizado por subsistemas verticais - rede de atenção básica, estratégia de saúde da família, saúde mental, AIDS, etc.. Foi a partir da instituição do SUS, na Constituição Federal em 1988, e suas posteriores legislações para a sua implementação, que se gestaram as possibilidades para que, em 1991, o Ministério da Saúde assumisse a responsabilidade pela formulação e implementação da política na área da saúde mental, criando a Coordenação Nacional de Saúde Mental.

A construção pública da política de saúde mental no Brasil, inserida num contexto de “[...] efervescência teórico-ideológica em torno do direcionamento da reforma psiquiátrica brasileira e, no que tange ao sistema de saúde, momento de regulamentação e implementação das leis que regem o SUS” (BORGES, BAPTISTA, 2008, p. 458)⁵.

Em parceria com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) foi elaborado documento orientou a política de saúde mental a ser adotada no Brasil. Este documento, partia do pressuposto que a questão 'saúde mental' seria resolvida no nível local - o município, e destacava a necessidade de superar: a) a assistência de má qualidade, custosa, tanto ao nível financeiro quanto social; b) o modelo medicamentoso, com a diversificação dos recursos terapêuticos, bem como o fomento da descentralização do atendimento.

Porém, este documento não identificou e nem definiu como se daria o financiamento da rede de saúde mental nesse nível da gestão.

Com a aprovação e implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001 (lei 10.216, de 2001) verifica-se que o financiamento da saúde mental foi

⁴ Dados do World Health Report (OMS, 2006) informam que a participação do setor público nas despesas com saúde era inferior à do setor privado em 7 dos 9 países com população maior que 100 milhões de habitantes (e o Brasil entre eles, com somente 45,3% das despesas sob responsabilidade do setor público).

⁵ BORGES, C. F., BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008, p.456-468.

realizado com a migração dos recursos alocados no ambiente hospitalar para o extra-hospitalar, chamado do componente territorial e comunitário (CAPS, ambulatórios, residências terapêuticas, centros de convivência, etc..).

Cabe lembrar que em 1997, a proporção hospitalar/extra-hospitalar era de 92% dos recursos financeiros, caracterizando uma psiquiatria pública edificada quase exclusivamente sobre Internação Hospitalar. Esta situação inverte-se após a reforma psiquiátrica.

Dentre o arcabouço jurídico-legal que constituiu essa reforma psiquiátrica destaca-se a *Lei n.10.216/2001* que, conforme afirmou o próprio Estado brasileiro, em documento enviado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, veio responder “*a antigos reclamos do movimento antimanicomial*”, transformando o que era uma proposição alternativa à política de saúde mental desenvolvida, em uma nova política de Estado.

Seguindo a tendência da maioria dos países da Europa Ocidental, que reduziram vigorosamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos desde o início dos anos 1980, o Brasil com a lei federal 10.216 de 2001, implementou um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais a partir de serviços comunitários territorializados, a cargo dos municípios.

Em pouco mais de uma década após a promulgação da lei 10.216, estima-se que cerca de 18,5 mil leitos psiquiátricos foram desativados no país.

Rede de Atenção Psicossocial :

O braço operacional da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é a Rede de Atenção Psicossocial – Raps – existente em todo o território nacional.

Segundo o Ministério da Saúde, a Rede De Atenção Psicossocial Tem como objetivos:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

•Promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

•Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPs é composta pela oferta dos seguintes serviços:

1. Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde
 - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
 - Consultório na Rua
 - Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
 - Centros de Convivência e Cultura

2. Atenção Psicossocial Estratégica

•Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

3. Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192
- Sala de Estabilização
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde

4. Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

5. Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em Hospital Geral

- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

6. Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Programa de Volta para Casa

7. Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Centro de Atenção Psicossocial (Caps)

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços de saúde, de caráter aberto e comunitário, voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial. Os Caps estão divididos nas seguintes categorias: Caps, Caps infanto-juvenil e Caps AD (álcool e droga), os quais são diferenciados pelo perfil de público que atendem.

Os Caps são estratégicos na articulação da Raps, seja na atenção multiprofissional direta, visando à promoção da saúde mental dos pacientes e de suas famílias, da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes na própria Raps e em outras redes, assim como nas comunidades.

Em junho de 2022, segundo o relatório do Ministério da Saúde, DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) , existiam no país 2.836 (dois mil, oitocentos e trinta e seis) Caps habilitados, distribuídos em 1.910 (um mil, novecentos e dez) municípios

em todos os Estados e no Distrito Federal, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual de R\$ 1.274.270.328,00 (um bilhão, duzentos e setenta e quatro milhões, duzentos e setenta mil e trezentos e vinte e oito reais) para essa modalidade de serviço.

Série histórica do número de Caps habilitados no Brasil por Tipo			
(Brasil, dez/2010 a junho/2022)			
	2010	2022	2022/2010 %
CAPS I	712	1428	101%
CAPS II	383	528	38%
CAPS III	57	126	121%
CAPS INFANTO-JUVENIL	126	285	126%
CAPS AD	190	331	74%
CAPS AD III	1	135	13400%
CAPS AD IV		3	
TOTAL	1469	2836	93%

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/Deciv/Saps/MS – junho/2022

Conforme mostra o quadro acima, em pouco mais de uma década registrou-se um crescimento de 93% no número de CAPS habilitados no país, com destaque para o expressivo aumento de 13400% do CAPS AD III (atendimentos de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, com internação).

Em 2017, foi normatizado o Caps AD IV, para atendimentos de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, especialmente do crack, por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Até junho de 2022, foram habilitados três Caps AD IV (Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Sul). Tais unidades apresentam plantão médico e equipe multiprofissional completa 24h, atendendo as urgências e emergências dessa população.

Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): resolução CIT n. 32 de 2017

A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, seguindo o pactuado com os gestores municipais e estaduais na resolução CIT n 32 de 2017, passa a incluir na RAPS, a criação do CAPS AD IV e dos seguintes serviços/pontos de atenção:

- a. Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatórias Especializadas;
- b. Hospital Psiquiátrico;
- c. Hospital-Dia.

No que tange aos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, eles devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas, contando com a presença de Equipe Multiprofissional obrigatória, incluindo a obrigatoriedade de médico psiquiatra.

Tais Enfermarias deverão contar com o mínimo de oito (08) leitos, e máximo de trinta (30) leitos por Enfermaria, até 20% da capacidade total instalada do Hospital.

A portaria prevê incentivos para implantação e passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio.

CAPS AD IV

A Portaria **MS 3.588, de 21/12/2017**, institui o CAPS ad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares.

A Portaria 3588/2017 do MS, em seu inciso VII do Artigo 5º, destaca que:

“ VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado,

de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (Portaria 3588/2017)

Note-se que o CAPS ad IV é um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPS III) de até 30 leitos. Devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados.

Visam o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em emergências psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS AD para tratamento de reabilitação psicossocial. (Nota Técnica 11 (7718127) SEI 25000.021223/2019-50 / pg. 9) .

A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

- “1) **Trabalhar de portas abertas, com** plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;
- 2) Atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;
- 3) Oferta de medicação assistida e dispensada;

- 4) Atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;
- 5) Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- 6) Visitas e atendimentos domiciliares;
- 7) Atendimento à família, individual e em grupo;
- 8) Atividades de reabilitação psicossocial;
- 9) Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e
- 10) Fornecimento de refeição diária aos usuários” (. Nota Técnica 11 (7718127) SEI 25000.021223/2019-50 / pg. 11-13, disponível em <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>, acesso 13 de julho de 2023)

A Composição da equipe mínima de funcionamento do CAPS AD IV, segundo a NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS é:

- 1) Profissional de nível médio para realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

2) Turno Diurno:

- a) 1 (um) médico clínico (diarista);
- b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);
- c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);
- d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

3) Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 um (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

IV. A oferta de serviços públicos de saúde mental em Mato Grosso.

A RAPS, conforme mostrado no capítulo anterior é formada por diversos serviços públicos nos territórios, indo desde a previsão de atendimento nas UPAs até estratégias de reabilitação psicossocial.

Breve Diagnóstico da RAPS em Mato Grosso (dados da SES/MT)

- 728 Equipes de Saúde da Família (cobertura estimada de atenção básica: 76,15% do território, porém, não tem profissionais especializados em saúde mental);
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;
- 03 Consultórios na Rua: Cuiabá e Várzea Grande;
- 43 Centros de Atenção Psicossocial habilitados no Ministério da Saúde – 32 CAPS I, 03 CAPS II, 03 CAPSi, 05 CAPS AD;
- 5 Centros de Atenção Psicossocial não habilitados no Ministério da Saúde 1 CAPS III (VG); 4 CAPS I (Campo Novo Parecis, Itiquira, Sapezal, Tapurah)

- Cuiabá , não dispõe de CAPS AD IV, instituído em 2017, com previsão de atendimento a dependentes químicos e de álcool, bem como funcionamento 24 hs, e atendimento de urgência e emergência.
- Ambulatórios: Cbá, VG, Primavera, Rondonópolis, Cáceres, Barra do Garças e Sorriso;
- UPAS: Cuiabá, Juina, Primavera, Rondonópolis Sinop, Sorriso e Tangara da Serra;
- 02 Hospitais Psiquiátricos: Rondonópolis e Cuiabá, com 202 leitos; 23 leitos em HG em implantação (Port GBSES nº 226/2018)
- 06 Residências Terapêuticas - Cuiabá;

A seguir traçamos um breve diagnóstico da rede de atenção a saúde mental, focalizando os CAPS e as Residências Terapêuticas.

IV.1 Oferta de Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso.

O quadro abaixo apresenta a evolução da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial habilitados pelo Ministério da Saúde por UF da Região Centro Oeste.

EVOLUÇÃO DOS CAPS HABILITADOS REGIÃO E ESTADOS DO CENTRO OESTE. 2022								
	CAPS I	CAPS II	CAPS 3	CAPS INF.	CAPS AD	CAPS ADIII	CAPS AD IV	TOTAL
REGIÃO CENTRO-OESTE	100	27	6	10	19	6	1	169
MT	32	3		3	5			43
MS	17	6	3	2	3		1	32
GOIAS	50	15	3	3	7	3		81
DF	1	3		2	4	3		13
Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/Deciv/Saps/MS – junho/2022								

Mato Grosso e Rondônia, até junho de 2022 eram os únicos estados do país que não tinham ter serviços 24 h de atendimento à saúde mental (Caps III ou Caps AD III), segundo o Ministério da Saúde.

De fato, somente em 2023, foi inaugurado um CAPS III, no município de Várzea Grande. Porém, até junho de 2023, não o mesmo não tinha sido habilitado pelo Ministério da Saúde.

Em relação a cobertura de CAPs /100 mil habitantes merecem destaque a Região Nordeste e Sul com cobertura superiores a media Nacional.

A relação de CAPs/100 mil habitantes em Mato Grosso, revela que a cobertura da assistência a social mental no estado é inferior a verificada na média do Brasil, apesar do estado estar liderando o ranking de maior cobertura no cenário da região centro-oeste, conforme mostra o quadro abaixo.

Relação CAPS/100 mil Habitantes. 2022			
	Relação de CAPS/100 mil habitantes		
REGIÃO NORDESTE	1,7		
PARAIBA	2,78		
PIAUI	2,01		
REGIÃO NORTE	0,97		
REGIÃO SUDESTE	1,16		
MINAS GERAIS	1,77		
REGIÃO SUL	1,52		
RIO GRANDE DO SUL	1,75		
REGIÃO CENTRO OESTE	1,01		
MT	1,21		
MS	1,13		
GO	1,12		
DF	0,42		
BRASIL	1,33		

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/Deciv/Saps/MS – junho/2022

Em Mato Grosso, segundo dados do Ministério da Saúde, atualizado até junho de 2023, 43 CAPS habilitados e 5 não habilitados, totalizando 48 CAPS, distribuídos em 39 municípios.

Note-se que segundo dados da área técnica de saúde mental da Secretaria de Saúde de Mato Grosso, os cinco CAPS não habilitados estão nos municípios de: Várzea Grande (CAPS III), Itiquira (CAPS I); Querência (CAPS I), Sapezal (CAPS I), Tapurah (CAPS I).

Note-se que uma das implicações do não credenciamento junto ao Ministério da Saúde e não ter acesso ao repasse mensal de recursos para custeio. Segundo a Portaria GM/MS n.660 /3/3/2023, são os seguintes os valores de repasse:

I. CAPS I - R\$ 35.978,00 (trinta e cinco mil e novecentos e setenta e oito reais) mensais;

II - CAPS II - R\$ 42.056,00 (quarenta e dois mil e cinquenta e seis reais) mensais;

III - CAPS III - R\$ 106.943,00 (cento e seis mil e novecentos e quarenta e três reais) mensais;

IV - CAPS IA - R\$ 40.840,00 (quarenta mil e oitocentos e quarenta reais) mensais;

V - CAPS AD - R\$ 50.564,00 (cinquenta mil e quinhentos e sessenta e quatro reais) mensais; e

VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 133.466,00 (cento e trinta e três mil e quatrocentos e sessenta e seis reais) mensais.

O quadro I apresenta a relação dos municípios de MT com porte populacional para implantação de CAPs e que implantaram. São 38 municípios cuja população é acima de 15 mil habitantes e tem CAPS em funcionamento. Portanto, cerca de 27% dos municípios de MT, oferecem algum tipo de serviço de cuidado da saúde mental da população, abrangendo cerca de 76% da população do estado (cerca de 2,7 milhões)

Merece destaque os municípios de Itiquira e de São Felix do Araguaia, que apesar de não ter obrigação legal de implantar CAPS, a gestão municipal demonstra compromisso em oferecer serviços de saúde mental para população.

Quadro 1.

CAPS HABILITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE : POSIÇÃO JUNHO DE 2023						
	Mato Grosso.					
	CAPS A	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	Total Geral
Agua Boa		1				1
Alta Floresta		1				1
Barra do Bugres		1				1
Barra do Garcas	1		1			2
Caceres		1				1
Campinapolis		1				1
Campo Verde		1				1
CANARANA		1				1
Colider		1				1
Confresa		1				1
Cuiaba	2	1	1		1	5
Diamantino		1				1
Guaranta Do Norte		1				1
Guiratinga		1				1
Jaciara		1				1
Juara		1				1
Juina		1				1
Lucas Do Rio Verde		1				1
Mirassol D'Oeste		1				1
Nova Mutum		1				1
Nova Xavantina		1				1
Pedra Preta		1				1
Peixoto De Azevedo		1				1
Pocone		1				1
Pontes E Lacerda		1				1
Primavera Do Leste		1				1
São José Dos Quatro Marcos		1				1
Rondonopolis	1	1			1	3
São Felix Do Araguaia		1				1
Sinop		1				1
Sorriso		1				1
Tangara Da Serra		1				1
Varzea Grande	1		1		1	3
Vila Rica		1				1
	5	32	3		3	43

Fonte: Monitoramento - Departamento de Saúde Mental - Competência Junho/2023

O quadro II mostra os municípios que apesar de ter porte populacional ainda não implantaram o CAPS.

Quadro II. Municípios que tem porte populacional e não implantaram CAPS.

MUNICIPIOS QUE TEM PORTE POPULACIONAL E NÃO IMPLANTARAM CAPS		
		POP. CENSO 2022
1	Paranatinga	26.423
2	Colniza	25.756
3	Aripuanã	24.626
4	Poxoréu	23.283
5	Matupá	20.091
6	Chapada dos Guimarães	18.990
7	Comodoro	18.238
8	Alto Araguaia	17.193
9	Brasnorte	17.004
10	Vila Bela da Santíssima Trindade	16.774
11	Nova Olímpia	16.352
12	Nobres	15.492
13	Rosário Oeste	15.453
14	Santo Antônio do Leverger	15.246
15	São José do Rio Claro	14.901

IV.2. Residências Terapêuticas

Segundo o Manual sobre Residências Terapêuticas do Ministério da Saúde⁶,

“O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. (O QUE É O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO?, p. 8, MS)

As residências terapêuticas recebem :

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que

⁶ Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>, acesso em 13 de julho de 2023.

permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.

- **Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).**
- Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, freqüentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada.

A PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 do Ministério da Saúde, define que as residências terapêuticas deverão:

"Art. 2º A Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.

Art. 2º B Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no anexo I desta Portaria.

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores”

A PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017, estabeleceu que o máximo de moradores das SRTS será de 10 pessoas. Esta portaria também instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, com responsabilidade de :

“ Art. 50 J.....

§ 2º As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001;

.....

Art. 50-L. As Equipes de que trata este Título serão constituídas por equipes multiprofissionais mínimas, da seguinte forma:

I - Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);

II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e

III - Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1

(um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).”

Atualmente Mato Grosso, dispõe de 6 SRTs em Cuiabá, e ainda não institucionalizou a equipe Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Ressaltes-e que a Portaria Nº 3.588/2017, prevê Incentivo Financeiro de Custeio Mensal da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental:

“ Art. 1.062-A. Fica estabelecido o valor de custeio à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, de que trata o Título II-B do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, nas seguintes condições:

I - Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;

II - Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e

III - Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 mensais.”

O Ministério da Saúde repassa R\$ 20.000 para SRT implementado. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários.

Para seu custeio mensal, os recursos para as SRTs são de R\$ 10.000 (SRT I) a R\$ 20.000 (SRT II).

Apesar de ser um serviço majoritariamente ligado à rede municipal, sendo esta a vinculação preferencial, há que se destacar que não há vedação à abertura **de SRTs de gestão estadual**, se esta for a estratégia definida para potencializar o processo de desinstitucionalização e garantia de direitos de cidadania dos pacientes com transtornos mentais necessitados deste tipo de acolhimento.

O Ministério da Saúde prevê que critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos

sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Os governos estaduais visando aumentar a oferta de SRTS tem instituído incentivos aos governos municipais. Por exemplo, a Secretaria de Estado da Saúde Do Paraná instituiu um incentivo financeiro para promover o aumento do número de Serviços de Residência Terapêutica (SRT) nos municípios. O governo do Estado irá destinar R\$ 20 mil para cada município que implantar o SRT tipo I ou tipo II, além de R\$ 10 mil para custeio mensal dos novos serviços. A orientação foi publicada na Resolução Sesa nº 063/2022. (disponível em <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Parana-institui-incentivo-financeiro-para-aumentar-Servicos-de-Residencia-Terapeutica>, acesso 15 de julho).

V. Financiamento da Saúde Mental: Prioridade estratégica da CST- Saúde Mental no período de Agosto de 2023 a Abril de 2024.

A OMS (2003) recomenda que o financiamento em saúde mental deve considerar questões chaves:

a) recursos para o desenvolvimento de serviços comunitários mediante o encerramento parcial de hospitais;

b) investimento em novos serviços, a fim de facilitar a passagem dos hospitais para a comunidade, e;

c) cobertura financeira de um certo nível de cuidados institucionais, depois de estabelecidos os serviços de base comunitária.

Ou seja, é mister construir uma transição adequada de financiamento da estrutura hospitalar para o modelo descentralizado da rede RAPS e outros dispositivos comunitários- de modo a garantir a expansão com qualidade do atendimento. As evidencias encontradas por pesquisadores da área revelam que isto não está sendo verificado no Brasil.

Outro aspecto de extrema relevância, constatado por Jacob et al⁷ notam que uma das garantias de alocação e fluxo contínuo de recursos para as políticas de saúde mental **é a presença de orçamento específico para a saúde mental dentro do orçamento geral da saúde.**

Dos países pesquisados (de baixa e média renda), 31% informaram não ter orçamento específico para as políticas de saúde mental, apesar de alguns investirem consistentemente em ações e políticas para a área. Esse é o caso do Brasil e de Mato Grosso, em particular.

Em Mato Grosso, os dados, e diagnósticos da política de saúde mental no estado, revelam a imperativa e urgente necessidade de fortalecimento da rede de saúde mental.

Os CAPS estão funcionando de maneira precária, com falta de profissionais especializados em saúde mental, as instalações são precárias, entre outros aspectos.

Os valores de cofinanciamento repassados aos municípios para o custeio dos CAPS, são insignificantes, não sofrem reajuste desde 2016 e desestimulam os municípios a se cadastrarem no Ministério da Saúde. A Portaria n.102/2016/GBSES, estabelece que o cofinanciamento do estado aos municípios para o custeio dos CAPS será de “ R\$ 2 mil para as unidades cadastradas pelo Ministério da Saúde “ e de R\$ 7 mil para cada unidade não cadastrada pelo Ministério da Saúde “.

Em Mato Grosso, segundo dados do Ministério da Saúde, atualizado até junho de 2023, 43 CAPS habilitados e 5 não habilitados, totalizando 48 CAPS, distribuídos em 39 municípios. Portanto, cerca de 27% dos municípios de MT, oferecem algum tipo de serviço de cuidado da saúde mental da população, abrangendo cerca de 76% da população do estado (cerca de 2,7 milhões)

Note-se que segundo dados da área técnica de saúde mental da Secretaria de Saúde de Mato Grosso, os cinco CAPS não habilitados estão nos

⁷ Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007;370(9592):1061-77. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61241-0

municípios de: Várzea Grande (CAPS III), Itiquira (CAPS I); Querência (CAPS I), Sapezal (CAPS I), Tapurah (CAPS I).

Na contramão da oferta de serviços de saúde mental, encontram-se 17 municípios que apesar de ter porte populacional ainda não implantaram o CAPS. São 314, 4 mil pessoas, quase 10% da população do estado, que estão privadas de atendimento em saúde mental.

Municípios que tem porte populacional e não implantaram CAPS. Mato Grosso

		POP. CENSO 2022
1	Paranatinga	26.423
2	Colniza	25.756
3	Aripuanã	24.626
4	Poxoréu	23.283
5	Matupá	20.091
6	Chapada dos Guimarães	18.990
7	Comodoro	18.238
8	Alto Araguaia	17.193
9	Brasnorte	17.004
10	Vila Bela da Santíssima Trindade	16.774
11	Nova Olímpia	16.352
12	Nobres	15.492
13	Rosário Oeste	15.453
14	Santo Antônio do Leverger	15.246
15	São José do Rio Claro	14.901
16	Araputanga	14.786
17	Porto Alegre do Norte	13.865
	TOTAL ANO	314.473

Diante desse quadro indesejável de financiamento da saúde mental no estado, a CST- Saúde mental, elencou como prioridade estratégica para o período de agosto/2023 a abril de 2024, a viabilização de recursos para o financiamento dos CAPS no estado.

Definiu-se como meta atuar em 3 frentes:

1. Estimar custo de financiamento dos CAPS e rever Portaria da SES de repasse aos municípios para Saúde Mental.
2. Garantir nas peças orçamentárias (LDO/LOA E PPA), recursos específicos para o financiamento da Saúde Mental.

3. Elaborar um Plano de Capacitação Profissional dos servidores da RAPS.

VI. Custo de Financiamento do CAPS ; metodologia e resultados

Inicialmente, cabe informar que o custo de funcionamento do CAPS refere-se ao valor mínimo necessário para a manutenção e o funcionamento da oferta de serviços de saúde mental, conforme a modalidade de atendimento previsto na Portaria 336/2002/MS.

Atividades Essenciais e Equipe de atendimento .CAPS, segundo Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde.

	CAPS I	CAPS II	CAPS III 24 horas	CAPS infantil	CAPS AD
POPULAÇÃO	DE 15 A 70 MIL Hab.	70 A 150 MIL Hab.	mais de 150 mil Hab	mais de 200 mil hab.	mais de 70 mil hab.
oferta de Serviços de CAPS são cumulativos	CPAS ii, CAPS regional	Caps I , CAPS II, CAPS AD, CAPsi ,CAPS III , caps regional	Caps I , CAPS II, CAPS AD, CAPsi ,CAPS III , CAPS regional		
atividades Essenciais	atendimento (medicamentoso e psicoterapico,)atendimento a familia, oficinas terapeuticas, visitas familiares	atendimento (medicamentoso e psicoterapico,)atendimento a familia, oficinas terapeuticas, visitas familiares	atendimento (medicamentoso e psicoterapico,)atendimento a familia, oficinas terapeuticas, visitas familiares; acolhimento Noturno	atendimento de atenção diaria a crianças e adolescentes com transtorno mental	atendimento de pacientes com transtorno decorrente de uso e dependencia de substancias psicoativas.
Funcionamento	8 as 18 horas, 2 turnos , 5 dias semana	8 as 18 hs, podendo ter terceiro turno até 21 hs	Acolhimento noturno - maximo de 5 leitos- limitado a 7 dias corridos ou 10 intercalados (periodo de 30 dias).	8 as 18 hs, podendo ir ate 21 hs	8 as 18 hs, podendo ir ate 21 hs
Numero de atendimento/dia	20 pacientes por turno, máximo de 30 /dia	30 pacientes por turno, ou 45 pacientes/dia	40 pacientes por turno/ 60 pacientes /dia	15 crianças /por turno ou 25 /dia	25 pacientes /turno ou 45 /dia.
Equipe para atendimento	1 médico com formação saude mental; 1 Enfermeiro, 3 profissionais de nivel superior, podendo ser: psicologo, assistente social, terapeuta ocupaciona, pedagogo, etcc; 4 Nivel médio tecnico enfermagem, artesão, tecnico administrativo, tecnico educacional.	1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saude mental, 4 profissionais de nivel superior; 6 profissionais de nivel medio,	2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro como formação em saude mental, 5 profissionais de nivel superior, 8 profissionais de nivel medio. Para o Periodo de Acolhimento Noturno: plantoes corridos de 12 hs: 3 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 profissional de nivel médio. Para plantão diruno (12 hs): 1 profissional de nivel superior; 3 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 nivel médio.	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saude mental. 1 enfermeiro, 4 profissionais de nivel superior; 05 de nível médio;	1 médico psiquiatra, 1 médico clinico, 1 enfermeiro com formação saude mental,4 profissionais de nivel superior,6 nivel médio.
pacientes assistidos recebarão alimentação	4 h - 1 refeição; 8 hs - 2 refeições	4 h - 1 refeição; 8 hs - 2 refeições	4 h - 1 refeição; 8 hs - 2 refeições - 24 h- 4 refeições.	4 h - 1 refeição; 8 hs - 2 refeições	4 h - 1 refeição; 8 hs - 2 refeições

A partir desta normativa que estabelece os serviços e quantitativos mínimos de equipe de pessoal e serviços ofertados, e considerando as despesas

com espaço físico e respectivas despesas de limpeza, energia, água, etc., foi construída a matriz de custo de funcionamento.

Além disso, foram considerados:

1. Adicional de 25% para municípios distantes mais de 300Km da capital.

2. **Portaria 336/2002/MS – define equipes mínima Caps**

3. **Portaria 660/MS – 3/06/2023 – valores de repasse MENSAL União para os CAPS Habilitados:**

CAPS I= R\$ 35.978

CAPS II = R\$ 42.056

CAPS III= R\$ 106.943

CAPS INFANTIL E ADOLESCENTE=R\$ 40.840

CAPS AD=R\$ 50.564

CAPS ADIII(24 H)= R\$ 133.456

4. Documento SES/MT: PLANO OPERATIVO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS EM MATO GROSSO. ELABORADO PELA AREA TECNICA DE SAUDE MENTAL. 2016 (apresenta estrutura de custos a qual foi considerada nesta simulação)

5. Hipótese de Governo Estadual arcar com 50% do valor do repasse mensal efetuado pela União aos Municípios, previstos na **Portaria 660/MS – 3/06/2023. Município arcar com a diferença para atingir o custo mínimo previsto.**

6. Todos os municípios habilitados pelo Ministério da Saúde, condição básica para receber repasse da União.

7. Os 15 municípios que não possuem CAPS e por normativa do Ministério da Saúde deveriam ter, implantariam os CAPS, e os custos de implantação seriam rateados com o estado e União.

A luz desses parâmetros foram obtidos os seguintes resultados:

- O custo total/ano estimado para funcionamento dos 37 CAPS existentes mais os 17 que seriam implantados é de R\$ 73,3 milhões, dos quais R\$ 33,3 milhões seriam custeados pelos repasses da União (representa 45%

do total); R\$ 15,7 milhões pelo Estado (21%) e R\$ 24,3 milhões pelos municípios (33%).

- Cerca de 78% do custo total/ano (R\$ 54,5 milhões) seria destinado ao funcionamento do CAPS I (atendimento básico, consulta e terapias).

Estimativa do Custo de Financiamento do CAPS. MT. 2023

		FINANCIAMENTO - 2024		
	CUSTO TOTAL ANUAL R\$	UNIÃO	ESTADO	MUNICIPIO
CAPS I	54.512.220	23.313.744	11.656.872	19.541.604
37 em Funcionamento	37.118.472	15.974.232	7.987.116	13.157.124
15 a serem implantados em 2024	17.393.748	7.339.512	3.669.756	6.384.480
CAPS II	6.824.160	3.028.032	1.514.016	2.282.112
CAPS III	1.597.920	1.283.316	157.302	157.302
CAPS INFANTO-JUVENIL	5.337.000	2.450.400	1.557.480	1.329.120
CAPS III AD (1 CUIABA -)	5.012.096	3.202.944	859.152	950.000
TOTAL	73.283.396	33.278.436	15.744.822	24.260.138

Os valores de cofinanciamento repassados aos municípios para o custeio dos CAPS, são insignificantes, não sofrem reajuste desde 2016 e desestimulam os municípios a se cadastrarem no Ministério da Saúde.

A Portaria n.102/2016/GBSES, estabelece que o cofinanciamento do estado aos municípios para o custeio dos CAPS será de “ R\$ 2 mil para as

unidades cadastradas pelo Ministério da Saúde “ e de R\$ 7 mil para cada unidade não cadastrada pelo Ministério da Saúde “.

Diante deste quadro , a CST-Saude mental , com base na estimativa de custo de funcionamento do CAPS, propôs os seguintes valores de repasse mensal da SES/MT para os municípios.

Proposta de Repasse Mensal para os CAPS. MT.

	Repasse Mensal Ministério da Saúde/Port.660/2023 R\$	Repasse Mensal SES /MT R\$
CAPS I	35.978	17.989
CAPS II	42.056	21.403
CAPS III	106.943	27.980
CAPS INFANTO-JUVENIL	40.840	25.958
CAPS AD	50.564	25.282
CAPS AD III (24 H)	133.466	39.154

Proposta de Repasse Mensal para Residências Terapêuticas.

	Custo Mensal	Repasse Ministério	Repasse Estado	Repasse Município
SRT tipo 1 – 8 moradores	R\$ 40.000,00	R\$ 12.711,00	R\$13.644,5	R\$ 13.644,5
SRT tipo 2 – 10 moradores	R\$ 56.000,00	R\$ 25.422,00	R\$ 15.289,00	R\$ 15.289,00
Incentivo a Instalação		R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	

VII. Emendas Aprovadas para a Saúde Mental : Marco Histórico

O Dep. Carlos Avallone, na condição de Presidente da Comissão de Orçamento e Fiscalização da AL/MT, apresentou 2 emendas orientadas para a Saúde Mental, as quais foram aprovadas sem veto do Executivo, quais sejam:

- **Emenda PPA 2024-2027** - inclusão de Ação Atenção Especializada em Saúde Mental, objetivando apoiar a implantação, implementação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial , com numeração a ser definida no Fiplan, com alocação de R\$ 87.000.000 (oitenta e sete milhões de reais) para o período de 2024 a 2027.
- Emenda na LOA de 2024 : emenda de R\$ 20 milhões para a Ação Atenção Especializada em Saúde Mental, no Programa 526- Mais Saúde, com o objetivo de Apoiar a Implantação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial nos Municípios, na modalidade Transferências a Municípios – Fundo a Fundo.

VIII. Grupo de Trabalho para Programa de Qualificação da RAPS.

O Ato 001/CST/2023, em anexo, criou e nomeou os membros do GT- Qualificação Profissional, com o objetivo de elaborar plano de capacitação da RAPS.

O GT fez reuniões com todos os membros e produziu o relatório preliminar com algumas diretrizes para qualificação na RAPS.

Diretrizes:

- Fortalecer as Equipes de Saúde da Família para acolhimento e cuidados às pessoas em sofrimento psíquico ou em uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e drogas).
- Qualificar as equipes dos CAPS para o atendimento psicossocial e a atuação integrada às Redes Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Apoio Comunitária e Intersetorial;
- Qualificar os profissionais da RAS em atenção às urgências e emergências em saúde mental (SAMU, UPAs, Pronto Atendimento, Pronto Socorro, hospitais de forma integrada a APS e CAPS).

- Sensibilizar os gestores municipais para ampliação dos dispositivos e pontos de atenção da RAPS, como habilitação dos leitos em hospitais gerais, implantar Unidades de Acolhimento, reabilitação psicossocial e assistência farmacêutica.
- Incentivar a organização e participação social de usuários e usuárias dos serviços de saúde mental e seus familiares, fortalecendo o exercício da autonomia e da cidadania.
- Instituir mecanismos para a disseminação de informações sobre Direito a saúde, com foco em saúde mental.

Proposta de Ações:

I. AÇÕES:

1 – Encontro estadual da RAPS de MT. Encontro presencial de 2 dias com os profissionais que estão atuando na RAPS nos municípios de MT, com o objetivo de trabalhar temas específicos da saúde mental e atenção psicossocial, bem como realizar uma amostra de trabalhos, para que os profissionais possam apresentar trabalhos exitosos, que já estão sendo realizados em seus locais de atuação.

2 – Organizar e realizar formação para os profissionais da RAPS a respeito de processos de trabalho em atenção psicossocial: oficinas de capacitação específica para CAPS, atenção às urgências e saúde mental na atenção primária.

3 – Seis encontros presenciais de 02 dias, nas macrorregiões de saúde para alinhamento conceitual acerca da RAPS em diagnóstico situacional da rede de atenção psicossocial e do adoecimento mental nos municípios

Os encontros serão organizados e realizados em parceria com o COSEMS, AMM, SES e ocorrerá em município polo ou outro município da macrorregião.

PÚBLICO ALVO:

- Equipes dos CAPS já implantados e em funcionamento;

- Equipes dos CAPS que serão implantados;
- Profissionais de referência em saúde mental na atenção primária;
- Gestores municipais

TEMAS A SER TRABALHADOS

- 1 – Alinhamento conceitual de saúde mental e atenção psicossocial;
- 2 – Diagnóstico das questões de saúde mental da população local em conjunto com todos os pontos que compõem a RAPS do município;
- 3 – Mapeamento da Rede Intersetorial e de apoio comunitário dos territórios;
- 4 – Debater sobre o processo de acolhimento, matriciamento, manejo nas situações de crise (incluindo também crises específicas do uso abusivo de substâncias psicoativas), prescrição de medicamentos psicotrópicos e atendimentos específicos às situações de saúde mental para a pessoa idosa, saúde mental infanto-juvenil e atenção às pessoas em sofrimento pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

IV. OBJETIVO GERAL:

Debater sobre a importância de priorizar a Rede de Atenção Psicossocial nos municípios por meio de encontros ou simpósios com a finalidade de sensibilizar, capacitar e planejar sobre o processo de cuidado em saúde mental no SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 – Qualificar e capacitar às equipes de CAPS, E-MULTI/NASF ou profissionais de referência em saúde mental na atenção primária como facilitadores de educação permanente em saúde mental dos municípios;
- 2 – Incluir na pauta de qualificação profissional das equipes, os cuidados em saúde mental por meio de arte terapia e Práticas Integrativas e Comunitárias em Saúde (PICS);

3 – Capacitação com os seguintes temas: acolhimento, matriciamento, manejo nas situações de crise (incluindo também crises específicas do uso abusivo de substâncias psicoativas), prescrição de medicamentos psicotrópicos;

4 – Rever os protocolos de cuidados como orientador da assistência em saúde mental e dos fluxos de atenção da RAPS de acordo com a realidade de cada localidade;

5- Possibilitar para cada equipe um KIT de Educação Permanente (Datashow, notebook, aparelho de som, telão) e qualificar no mínimo 01 (um) profissional de referência em saúde mental.

METODOLOGIA

A proposta da metodologia para esta atividade coletiva é exercitar os preceitos da Educação Permanente em Saúde-EPS, ancorada na problematização, como instrumento de reflexão crítica da realidade vivenciada pelos trabalhadores e gestores frente os desafios postos nos processos de trabalho da saúde mental na rede de atenção à saúde e na interrelação com a rede de apoio psicossocial. Sobretudo, permitir a produção de espaço em que os incômodos provocados pelas dificuldades cotidianas, exigem movimentos de enfrentamento de superação dessas dificuldades postas.

Por ser uma demanda coletiva, que necessita de vocalização e escuta qualificada, a sugestão é utilizar a Roda de Conversa, por ser um método de participação coletiva, que possibilita escuta qualificada e vocalização ativa, resultando em entregas de respostas que atenda às necessidades em debate.

Considerando que este é o primeiro encontro entre os protagonistas que atuam frente de trabalho na rede de atenção psicossocial, depois de muitos anos em que a saúde mental não teve prioridades nas agendas políticas, faz-se necessário o diálogo (vocalização e escuta) com os trabalhadores e gestores municipais. Esses espaços coletivos usados para a discussão e reflexão sobre diversos temas, pode ser utilizada para distintos fins, tanto para tempestade de ideia (brainstorm), quanto para o planejamento de ações. Bem como, utilizar várias técnicas, como por exemplo, a catarse, que sua metodologia processa

escuta dos participantes, como ato de liberação de emoções ou tensões reprimidas, que foram e/ou são vivenciada (muitas vezes, por um longo tempo), no enfrentamento das dificuldades no cotidiano. Essa técnica é utilizada em diversos ramos do conhecimento, por acolher as incertezas e as angústias que os participantes vivenciam nos seus processos de trabalho e que nunca houve momentos para lidar com essas limitações de resolutividade.

Pelo fato deste encontro ser uma tentativa de integrar todos os protagonistas a nível regional e estadual, a escolha da roda de conversa foi uma opção, por também trazer o respeito as diferenças, por gerar sentimento de segurança, quanto a liberdade de expressão, por ser um espaço de escuta qualificada e produzir estímulo na proposição de soluções de boas práticas.

A proposta da metodologia do trabalho em grupo será da organização em dois momentos 1º e 2º. Os participantes serão distribuídos em 4 grupos, com 04 temáticas, acolhimento e matriciamento, atendimentos específicos às situações de saúde mental para a pessoa idosa, saúde mental infanto-juvenil e atenção às pessoas em sofrimento pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Todos os grupos terão enfoque específico, mas debaterão os assuntos referentes a manejo nas situações de crise (incluindo também crises específicas do uso abusivo de substâncias psicoativas), assistência farmacêutica e prescrição de medicamentos psicotrópicos, assistência ambulatorial especializada nos CAPS, ambulatórios, serviços de urgência e atenção básica.

A composição desses grupos serão aproximadamente iguais no quantitativo. Haverá um roteiro das atividades, com gestão do tempo e com descrição orientadoras das atividades para as 04 temáticas que representam as áreas estratégicas da assistência em cada ponto da rede assistencial que precisam estar no centro do debate. Os grupos, serão divididos por estação (que pode ser do tempo: primavera, verão, outono e inverno), que pode ser de local de parada (estação da cidade verde, da luz, etc.) e assim por diante. Cada estação terá coordenador e relator.

Para que todos os participantes contribuam com suas experiências e conhecimentos em todas temáticas das áreas estratégicas da regulação, as

estações estarão em movimentos, visitando todos os grupos, conforme tempo disponibilizado para cada grupo. Contando que no final de cada momento todos participantes contribuíram na produção de todas temáticas.

A Palestra ou conferência do tema central, que é abrangente sobre a saúde mental e a rede de Atenção Psicossocial, precede os trabalhos dos grupos, para dá noção geral aos participantes. As mesas redondas ou mesas temáticas ou painéis temáticos (depende da terminologia que será adotada), serão após o 1º. momento de trabalho em grupo. Haja vista que muitas vezes é no exercício prático que atentamos para a necessidade de aprofundamento de conhecimento teórico, legal, técnico e apropriação das expertises, oriundas das experiências adquiridas, que nos fundamentam na produção das possíveis resolutividades dos desafios/dificuldades detectadas, pois é aqui que exigem maior conhecimento e habilidades para fundamentar as possíveis soluções a serem propostas.

1º. Momento terá o objetivo de compartilhar os desafios/dificuldades enfrentados pelos profissionais que atuam na assistência à saúde mental nos diferentes pontos da RAPS (que geram incômodos e que fazem sentido e tem significado para quem atua na regulação). Neste momento 1º. A sugestão é utilizamos a técnica da catarse.

Catarse é uma ação que permite a liberação das angústias e desesperos gerados pelas situações vivenciadas perante as dificuldades no processo de trabalho da saúde mental. Para evitamos cerceamento do que está reprimido e exposição desnecessárias, o participante poderá descrever suas angústias, sem compromisso de socializar com os demais. Pois levamos em consideração, que o entendimento de que, ponto de vista é pessoal e se constitui as diversidades da visão de mundo que cada um tem, mas às vezes alguns participantes podem interpretar como violência verbal, inadequado ou dispensável, mas que, já que muitas vezes compreender que palavras usadas alcança o sentido que o tema do momento faz para cada um, já que foi pensado dentro de um contexto em debate.

Logo após os participantes descreverão, conforme descritor das ações orientadoras, os desafios/dificuldades enfrentadas no desempenho dos processos de trabalho do trabalhador da saúde mental. O instrumento que registrará esses desafios/dificuldades poderá ser feito manual em flap Sharp, em planilha, outros) ou digital (em computadores, notebook, tablete, outros) cabendo a organização do evento verificarem, qual opção é a mais viável.

2º Momento - Neste momento, os desafios/ dificuldades nos convidam a oferta para induzir a resolutividade e organização dessas ações. Os participantes colocarão todos os desafios ou dificuldades que vivenciam referente ao tema de cada estação, após um determinado tempo essa estação será trocada com outro grupo, até que todos deem as contribuições em todas as estações.

Esses 4 grupos com número X de participantes escreverão

Rodas de conversa as 4 estações: 1º. Momento - Compartilhamento dos desafios/dificuldades enfrentados pelos profissionais da saúde mental (que incômodos são significantes e faz sentido para quem atua na regulação).

Mesa redonda: Até 3 palestrantes por mesa, recomenda de 20, a 25 até 30 minutos, por palestrante, com temas que se complementam ou que se contradizem, para que possamos apropriar de várias possibilidades de realizar uma ação.

Debates: Sendo 20 minutos para debate, podendo ser ampliado ou reduzido o tempo dependendo da necessidade e do tempo disponível.

Rodas de conversa as 4 estações: 2º. Momento - Colheita das devolutivas proativas aos desafios/ dificuldades descritas na rodada do 1º momento da roda de conversa (resposta que as dificuldades transformaram em oportunidades). Seguem a mesma metodologia, de trocas das devolutivas, onde todos os participantes contribuem.

Plenária: Compartilhamento coletivo a todos (as) os participantes, momento de democratização do produto do trabalho coletivo e resultado de todo o processo de tudo que foi proposto e somatória de que ações serão prioritárias

Encaminhamentos: Como serão a viabilização das ações após o evento e pactuação de ações que já podemos adotar para a melhoria dos serviços de saúde mental. Inclusive a relatoria dos documentos produzidos

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se deste evento, primeiramente que os participantes expressem e escutem seus pares por meio do exercício crítico reflexivo sobre a atual realidade das ações e serviços da saúde mental no estado de Mato Grosso, com foco na busca de resolutividade das ações em desconformidades e produzirem ações que respondam as dificuldades que permeiam as ações e serviços desenvolvido pelos CAPS, atenção básica, serviços ambulatoriais, pronto atendimento nas UPAS, pronto socorro e atenção básica e colhidas nos trabalhos dos grupos.

Outro resultado desejado é possibilitar a aproximação e integração dos trabalhadores e gestores que atuam com a saúde mental nos diversos pontos da RAPS, para que o trabalho em rede se reestruture em movimento de mão dupla, ágil e resolutiva.

Neste propósito, espera a entrega da análise da situação atual e apontamento das possibilidades de situações que devem ganhar prioridade na agenda da saúde mental na gestão estadual e dos municípios, a partir do reconhecimento de que a saúde mental possui uma magnitude junto a política de saúde, permeando todos os serviços ao garantir um campo de jogo equilibrado entre serviços disponibilizados na RAS e o atendimento as necessidades da população com qualidade, integralidade e resolutividade, principalmente quando diante do grave adoecimento mental pós pandemia que exige maior conhecimento das técnicas de acolhimento, matriciamento e comunicação com os usuários do SUS, contribuindo com a proteção dos direitos dos usuários e dos interesses da administração pública.

Considerações Finais.

A CST- Saúde Mental , vem atendendo de forma muito efetiva o propósito de sua instalação, qual seja,

- evidenciar a imperativa necessidade de promoção de saúde mental para todos, especialmente no mundo pós-pandemia da COVID.
- identificar a fragilidade do sistema de saúde mental em Mato Grosso
- Construir agenda de fortalecimento do sistema de atenção de saúde mental para todos em Mato Grosso.

Nesta segunda fase dos trabalhos da CST- Saúde Mental, foi definida a prioridade de buscar o fortalecimento da RAPS, garantindo recursos para o seu adequado funcionamento dos CAPS existentes e implantação nos municípios que ainda não possuem e tem obrigatoriedade de tê-lo.

Este propósito foi plenamente atendido com a sensibilização do Governador e do Secretário Estadual de Saúde, que acataram a proposta de emenda parlamentar do Dep. Carlos Avalone, destinando R\$ 20 milhões para a saúde mental, o qual será destinado aos municípios para adequarem ou instalarem o CAPS em sua localidade.

Outra importante conquista, foi a destinação de parte dos recursos da emenda parlamentar para a implantação das residências terapêuticas em 4 municípios polos, a serem definidos conjuntamente pelo Governo do Estado e Poder Judiciário.

Avançamos também ao assegurar emenda no PPA 2024-2027, de R\$ 80 milhões para a saúde mental, garantindo a continuidade de financiamento aos CAPS.

Diante dessas conquistas e considerando que ainda é necessário avançar na promoção e atenção da saúde mental, especialmente nos temas relativos a Saúde mental das crianças e adolescentes, dos idosos, qualificação dos profissionais do SUS em saúde mental e na construção e melhoria da qualidade do atendimento dos demais componentes da RAPS (leitos psiquiátricos em hospitais, unidades de atendimento a saúde mental, instalação de CAPS IV AD em Cuiabá, dentre outros), recomendamos a continuidade desta Câmara por um período de 2 anos, e que seja estudado a possibilidade de transforma-la em

uma Câmara permanente, dada a complexidade, relevância e alcance social das suas ações.