

Mário Dinis Martins Lameirão Mateus

**LEVANTAMENTO DAS POLÍTICAS E
RECURSOS EM SAÚDE MENTAL NO
BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo - Escola Paulista de Medicina,
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

SÃO PAULO

2009

Mateus, Mário Dinis Martins Lameirão
Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil./ Mário Dinis Martins Lameirão Mateus. --São Paulo, 2009.

x, 246 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo.
Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Assessment of mental health policy and mental health system in Brazil.

1. Avaliação das Políticas de Saúde. 2. Brasil. 3. Política de Saúde Mental. 4. Reforma da Assistência Psiquiátrica

Mário Dinis Martins Lameirão Mateus

**Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no
Brasil**

PRESIDENTE DA BANCA:

PROF. DR. ____ Jair de Jesus Mari _____

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR

PROF. DR.

PROF. DR

PROF. DR

APROVADA EM:06/08/2009

**DEPARTAMENTO DE PSQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSQUIATRIA, PSICOLOGIA
MÉDICA E SAÚDE MENTAL**

Chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

Professor Doutor Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador da Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica

Professor Doutor Jair de Jesus Mari

Agradecimentos

À minha família, Elisa, Sofia, Emilia, Alfredo, Deise, Alice, Andréa, Dirceu, Mariazinha, Antonio...

Ao meu orientador, Jair Mari,

Ao Dr. Nacime Mansur e sua equipe na SPDM,

Ao Professor Sergio Baxter,

Aos amigos do Proesq, Programa de Esquizofrenia da UNIFESP,

Aos amigos do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP,

À equipe de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo,

Aos técnicos e usuários do CAPS Luis da Rocha Cerqueira,

À Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde,

Por possibilitarem este estudo.

Dedicatória

Dedico este trabalho à memória de meu pai, Mário Joaquim Mateus.

Sumário

Agradecimentos	v
Dedicatória	v
Sumário	vi
Resumo	ix
INTRODUÇÃO	1
1 Organização dos sistemas de saúde	1
1.1 Políticas, planos e programas de saúde	2
2 Políticas de saúde mental	3
2.1 A reforma do modelo centrado no hospital psiquiátrico	4
2.2 Crítica ao modelo médico na saúde mental	8
3. A política de saúde mental no Brasil	12
3.1 O Sistema Único de Saúde - SUS	12
3.2 Histórico das políticas de saúde mental no Brasil	15
3.3 Legislação	18
3.4 Instâncias participativas na implementação da política de saúde mental	22
3.5 Contexto Político	23
3.6 Serviços e programas de saúde mental no Brasil	28
O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	28
Unidade de psiquiatria no hospital geral	32
Serviços Residenciais Terapêuticos	33
Programa de volta para casa	34
Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar	34
Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)	35

Saúde mental na atenção básica	35
Acesso à medicação	36
4. Avaliação das políticas de saúde mental	37
4.1 Avaliação da elaboração do programa e plano de saúde mental	40
4.2 Avaliação baseada nos objetivos propostos e estratégias adotadas	41
4.3 Avaliação dos resultados da política de saúde mental	43
OBJETIVOS	45
MÉTODOS	46
O instrumento WHO-AIMS	46
Fonte de dados	47
Ministério da Saúde	47
Bancos de dados, o Datasus e CNES	47
Questionário para informantes qualificados	49
RESULTADOS	52
DISCUSSÃO	53
Avaliação das estratégias da política brasileira	53
Direitos humanos	53
Legislação	54
Financiamento	55
Cobertura de leitos psiquiátricos	55
Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	57
Serviços residências terapêuticos	59
Hospital Dia, ambulatorios de saúde mental e Leitos em Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral	60
Saúde mental na atenção básica	61
Atenção à infância e adolescência	63

Recursos Humanos	63
Associações de usuários e familiares e Organizações não governamentais ligadas à saúde	65
Intersectorialidade	66
Sistemas de informação	67
Pesquisa	69
CONCLUSÕES	70
Sobre o instrumento WHO-AIMS	73
ANEXOS	76
Anexo 1: The mental health system in brazil: policies and future challenges	76
Anexo 2: WHO AIMS v 2.1 - BRAZIL, 2006	93
Anexo 3: WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil	161
Anexo 4: Itens do WHO-AIMS cujos dados não são monitorados no País	209
REFERÊNCIAS	232
ABSTRACT	245

Resumo

Introdução: Uma política de saúde não é um processo técnico independente e sim uma negociação comprometida com a escolha entre posições conflitantes, sendo fruto de fatores históricos, sociais e econômicos que precisam ser levados em conta no processo de avaliação.

Objetivos: Avaliar a política de saúde mental vigente no país, destacando seus pontos fortes e fraquezas e o cumprimento dos objetivos propostos.

Métodos: Utilizou-se o WHO-AIMS, instrumento desenvolvido pela OMS para sistematizar a descrição dos recursos e processos envolvidos no sistema de saúde mental. As fontes de dados foram os bancos de dados governamentais, (DATASUS e CNES); entrevistas com a Coordenação Geral de Saúde Mental, do Ministério da Saúde; um questionário para informantes qualificados; além de uma revisão da legislação, documentação governamental e estudos ligados ao sistema de saúde mental brasileiro e a chamada reforma da atenção psiquiátrica empreendida nas ultimas décadas.

Resultados: A política brasileira de saúde mental logrou obter apoio social e governamental para empreender uma ampla reforma do atendimento em saúde mental. A construção do SUS, que acontece no mesmo período foi fundamental para ditar princípios e gerar investimentos para a política de saúde mental. O sistema baseia-se no princípio de cuidado na comunidade, havendo uma centralização das ações no âmbito do CAPS. Houve uma significativa redução de leitos em hospitais psiquiátricos e internos de longa permanência têm contado com o programa de residências terapêuticas e de bolsa reabilitação. A integração nas ações da atenção básica, bem como no hospital geral estão muito aquém do necessário. Há uma carência de profissionais formados para o novo modelo e uma aposta na equipe multiprofissional, que apesar de diminuir a dependência da figura do psiquiatra, de formação mais cara e demorada e quase ausente fora dos grandes centros urbanos, também trás o risco de falta de especificidade das ações e baixa qualidade no cuidado. O sistema de informação, essencial para guiar o planejamento das ações em saúde mental ainda necessita ser aperfeiçoado, havendo falta de dados em diversos setores estratégicos à política de saúde mental.

Conclusões: Os dados mostram que a reforma do sistema de saúde mental brasileiro apresentou nas duas ultimas décadas intensa mudança no modelo de assistência, no destino dos recursos financeiros, e no arcabouço legislativo. O sistema de saúde mental no Brasil apóia-se sobre uma política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma da atenção psiquiátrica, a chamada psiquiatria comunitária tradicional e a fortemente influenciada pela reforma psiquiátrica italiana, por vezes gerando contradições e falta de clareza no planejamento da política de saúde mental.

Palavras chave:

- Saúde Mental Mental Health)
- Política de Saúde (Health Policy)
- Instituições de Saúde, Recursos Humanos e Serviços (Health Care Facilities, Manpower, and Services)
- Avaliação (Evaluation)

Introdução

1 Organização dos sistemas de saúde

O relatório mundial de saúde da OMS, do ano 2000, teve como título “Sistemas de Saúde: melhorando a performance”. O documento define sistema de saúde como o conjunto de todas as atividades cujo propósito primário seja promover, restaurar ou manter a saúde, definição suficientemente ampla para incluir recursos públicos ou privados, serviços e profissionais praticantes de cuidados tradicionais, complementares ou alternativos, ações diretamente dirigidas a um indivíduo, ou coletivas. Fatores importantes para as condições de saúde, como o sistema educacional e as condições trabalho ou moradia, não são considerados parte do sistema de saúde, mas guardam relações diretas com este (World Health Organization, 2009a).

Os sistemas de saúde devem dar conta de três metas fundamentais: a) a melhoria das condições de saúde da população; b) prover proteção financeira contra os custos para manutenção ou restabelecimento da saúde; e c) atender às perspectivas da população. Melhorar as condições de saúde é a finalidade primeira de um sistema de saúde e, como sabido, isto implica em mais do que a ausência de incapacidade ou a morte prematura, mas também nas melhores condições de bem estar para a população como um todo (World Health Organization, 2001). Prover proteção financeira remete ao estabelecimento de uma contribuição justa e factível para todos os segmentos da população e ao conceito de equidade, que pode ser definido como “uma distribuição justa dos recursos, devendo ser explícitos os fundamentos usados para dar prioridade entre as necessidades concorrentes (...)” (Tansella e Thornicroft, 2001). Atender às perspectivas da população diz respeito ao conceito que traduzimos como sensibilidade do sistema (*responsiveness*), que dá conta, não dos desfechos clínicos, mas de outros aspectos envolvidos no modo como as pessoas gostariam de ser atendidas pelo sistema de saúde. Apesar de sua aferição ser subjetiva, podemos avaliar alguns elementos do sistema quanto à sua sensibilidade às expectativas dos indivíduos, dividindo estes elementos em “respeito

ao ser humano” e “respeito ao cliente”. No “respeito ao ser humano”, buscamos o respeito à dignidade da pessoa, desde o respeito aos direitos humanos básicos, até a não humilhação e degradação dos pacientes dentro do sistema; a confidencialidade das informações sobre a saúde de cada indivíduo; a autonomia de cada indivíduo para participar nas escolhas sobre sua saúde. No “respeito ao cliente” dos serviços de saúde falamos da atenção imediata nas emergências e tempos de espera razoáveis para atendimentos não urgentes; de um padrão mínimo de qualidade também em itens externos à técnica de saúde propriamente dita, como limpeza, espaço, refeições hospitalares, etc.; da garantia de acesso das redes de suporte social (família, amigos) às pessoas em tratamento; da escolha do provedor, ou seja, liberdade do paciente para selecionar qual profissional ou organização proverá o cuidado necessário, entre outros exemplos (World Health Organization, 2009a).

1.1 Políticas, planos e programas de saúde

A expressão política de saúde pode ser definida como “decisões, geralmente desenvolvidas por formuladores de políticas do governo, para definição de objetivos imediatos e futuros do sistema de saúde” (Biblioteca Virtual de Saúde, 2009), correspondendo a um conjunto organizado de valores, princípios e objetivos para a melhoria da saúde e redução do impacto das doenças na população. A política de saúde define uma visão do futuro e colabora no estabelecimento de um modelo para a tomada de decisão. Estabelece o nível de prioridade que o governo denota a cada área (por exemplo, à saúde mental), em relação às demais políticas sociais e de saúde (World Health Organization, 2004).

Devemos diferenciar políticas de saúde dos planos e programas de saúde. O plano de saúde, é uma detalhada elaboração para implementar ações em saúde. O plano permite a implantação da visão, valores, princípios e objetivos definidos na política, incluindo estratégias, cronogramas, orçamentos, indicadores e descrição das atividades a serem desenvolvidas. Um programa de saúde geralmente aborda uma prioridade específica de saúde (por exemplo, “tratamento da dependência ao álcool

na atenção básica”, ou “prevenção do suicídio”), e normalmente é implementado mais localmente, focando determinado território de ação. Assim como no plano de saúde, nos programas de saúde devem constar seus objetivos, orçamento, prazos, monitoramento e avaliação. Uma política de saúde é geralmente formulada para cobrir um longo período (5 a 10 anos), enquanto os programas abrangeriam intervalos mais curtos, de 1 a 5 anos, o plano de saúde teria uma duração intermediária entre a política e os programas (World Health Organization, 2004).

Na elaboração da política de saúde é central a explicitação de sua visão de futuro, sendo esta visão o resultado da soma dos valores e princípios nela contidos. Como vimos acima, os objetivos de um sistema de saúde podem ser agrupados em três áreas: melhoria das condições de saúde, proteção financeira contra os custos dos tratamentos e atendimento das perspectivas da população. Dentro desses três objetivos, os valores surgem como escolhas de prioridades e de direcionamento, que por sua vez geram princípios de ação (World Health Organization, 2004). Por exemplo, acessibilidade e equidade no tratamento em saúde mental são valores, que podem levar ao princípio da universalidade do acesso ao tratamento.

2 Políticas de saúde mental

Em 2005, 62,1% dos países do mundo tinham políticas instituídas de saúde mental e 69,6% dos países (o que cobria 90,9% da população do planeta) possuíam programas de saúde mental em seu governo (World Health Organization, 2009b).

A iniciativa do Jornal Lancet, lançada em setembro de 2007, “Mental Health, the Call for Action” (Horton, 2007), reuniu especialistas de todo o mundo para, seis anos após o relatório mundial de saúde da OMS sobre saúde mental, realizar um novo balanço da situação da saúde mental e indicar novos caminhos. Os pontos principais, abordados nesse suplemento do Lancet, podem ser assim resumidos: a) a saúde mental é fundamental para a saúde como um todo (Prince et al, 2007); b) existem hoje ações preventivas e de tratamento nesta área comprovadamente

eficazes e eficientes (Patel et al, 2007); c) porém, na maioria dos países do mundo, em especial nos países pobres, o investimento em saúde mental é pequeno e mal aplicado (Saxena et al, 2007) e uma série de barreiras para a melhoria dos sistemas de atenção à saúde mental pode ser identificada (Saraceno et al, 2007). O grupo conclui com uma série de ações factíveis, a serem efetivadas nos serviços de saúde de países de baixa e média renda, e um chamado para mudanças nas políticas de saúde mental, que devem se apoiar na luta pelos direitos à saúde, com o envolvimento dos diversos atores sociais envolvidos (Lancet Global Mental Health Group, 2007).

O processo de elaboração das políticas de saúde mental é determinado pelo contexto histórico e cultural à qual pertencem (Thornicroft e Tansella, 2006). Não faremos aqui uma exaustiva apresentação dos antecedentes históricos e culturais das políticas de saúde mental no mundo e no Brasil, apenas levantaremos pontos importantes para a compreensão do momento atual destas políticas, seus compromissos e possibilidades de mudança no país.

2.1 A reforma do modelo centrado no hospital psiquiátrico

Com o nascimento da psiquiatria como ciência, no século XIX (Postel e Quetel, 1987), nasce também o hospital psiquiátrico (Pessoti, 1996). Muito já foi dito desta instituição, de sua natureza totalitária e punitiva (Goffman, 1961), a sua descendência dos asilos e manicômios, da qual herdaria a natureza excludente (Foucault, 1987). Chamaremos aqui atenção para o fato dos hospitais psiquiátricos surgirem de movimentos articulados dentro da área da saúde para oferecer cuidado aos portadores de transtorno mental, e que paulatinamente se tornaram política de governo, fazendo com que quase a totalidade dos recursos financeiros e humanos destinados à saúde mental fossem investidos nestas instituições (Thornicroft e Tansella, 1996).

Ao longo do século XX, em especial a partir da sua segunda metade, diversos fatores precipitam questionamentos ao hospital psiquiátrico e às políticas de saúde

mental centradas nestas grandes instituições. Podemos dividir essas críticas em financeiras, clínicas e culturais (ou éticas).

No campo financeiro, os enormes volumes de recursos gastos em internações de longo prazo chamaram atenção para um sistema que só fazia crescer: a cada ano adentravam novos usuários, dos quais muitos ficariam internados por décadas. Nos EUA, por exemplo, esta preocupação já ocorria no final do século XIX, provocando uma transinstitucionalização dos pacientes idosos para outras instituições de cuidado menos custosas (Grob, 2008). A pressão financeira por um sistema de atendimento de menor custo existe até hoje, apesar de evidências mostrarem que o sistema de saúde mental baseado em serviços na comunidade poder ser tão ou mais custoso que o centrado na atenção hospitalar (Knapp et al., 1990, Rothbard et al. 1998).

No campo clínico começa-se a questionar a validade do tratamento, em especial de longo prazo, na instituição hospital psiquiátrico. Braton descreve em 1959 uma “neurose institucional”, em internos de longa permanência, caracterizada por perda de interesse, apatia e ausência de iniciativa, o que o autor atribui à pobreza de estímulos do ambiente e à falta de ações de reabilitação (Thornicroft e Tansella, 2006). Goffman (1961) formula o conceito de instituição total, chamando atenção para uma desumanização que seria inerente à estrutura do hospital psiquiátrico. Stanton e Schwartz, (1954) realizando pesquisas sobre a instituição, também apontam para os problemas decorrentes das lutas de poder internas da equipe técnica do hospital psiquiátrico, e que são transmitidas aos internos.

Em 1952 a clorpromazina começa a ser usada na psiquiatria, e o surgimento de medicações efetivas para os transtornos mentais graves é considerado fator importante para diminuir a necessidade e duração das internações psiquiátricas. Se o peso atribuído às medicações na mudança do modelo de tratamento é questionado (Thornicroft e Tansella, 2006, Grob, 2008), é inegável que este recurso não só facilitou a saída de parte dos pacientes hospitalizados para tratamentos na comunidade, como criou uma onda de otimismo que, juntamente com novos modelos

de tratamento que vinham sendo desenvolvidas, acirrou a idéia que o Hospital psiquiátrico devia deixar de ser o centro do sistema de saúde mental. Estes modelos de mudança, que ofereciam alternativas ao sistema tradicional de atendimento no hospital psiquiátrico, dentro e fora deste, ganham destaque progressivamente, como a higiene mental e a psiquiatria militar nos EUA, as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psiquiatria de setor na França.

A psiquiatria preventiva ou higiene mental foi um movimento surgido nos EUA, dentro do conceito mais amplo de medicina preventiva na saúde pública (Caplan, 1980, Rose, 2001), e trouxe em seu bojo a premissa de que a doença mental é uma doença como as demais, e deve ser prevenida e tratada como tal, desencorajando assim seu isolamento da sociedade.

A chamada psiquiatria militar, desenvolvida pelos EUA para atender o contingente de soldados com problemas psiquiátricos, durante e após a segunda guerra mundial, reforçou princípios que em grande parte serão básicos para o cuidado na comunidade: a idéia de que o tratamento deve se dar tão próximo o possível do ambiente onde os sintomas são exibidos; que a identificação e tratamento precoce do problema podem levar a prognósticos mais favoráveis; que o tratamento psiquiátrico deveria consistir em grande parte em repouso, alimentação e suporte social, e finalmente, a idéia de que o retorno ao funcionamento anterior era inteiramente possível (Lamb, 1988, citado em Bachrach e Clark, 1996).

Muitas iniciativas se deram dentro do hospital psiquiátrico, em projetos de reformulação do atendimento de enfermarias ou alas, por grupos de profissionais que acreditavam que as novas técnicas da chamada psiquiatria administrativa, e o uso racional da medicação e de técnicas psicanalíticas poderiam mudar a natureza do atendimento empreendido no hospital, criando as comunidades terapêuticas dentro destes hospitais (Clark, 1973). A psiquiatria de setor, na França, vai num sentido diferente, passando pelo conceito de territorialização da demanda, através da criação de centros de saúde mental e de enfermarias de psiquiatria no hospital geral, que

obedeciam ambos uma regionalização, e aonde equipes de profissionais de saúde mental acompanham o paciente tanto na internação, como na comunidade (Ey, 1978).

Finalmente, no campo cultural, a crítica ao modelo do hospital psiquiátrico foi fortemente influenciada por fatores sócio-culturais, pois durante todo o século XX houve uma crescente preocupação com o respeito aos direitos civis e liberdades individuais, além do questionamento dos limites do estado no controle social dos indivíduos. Essa crítica ganhou forte impulso em momentos cruciais, como o final da segunda guerra mundial (Messas, 2008) e o final dos anos 60 (Goofman e Joy, 2007).

A mudança do modelo chamado *hospitalocêntrico* para o outro nomeado *comunitário* (Szmukler e Thornicroft, 2001) tornou-se premissa básica no que se convencionou chamar reforma da assistência psiquiátrica, cunhando-se o termo desinstitucionalização para as políticas caracterizadas por: a) evitar admissões de casos novos em hospitais psiquiátricos, através de alternativas de tratamento na comunidade; b) devolver à comunidade todos os pacientes institucionalizados, que tenham recebido a adequada preparação para esta mudança; e c) estabelecer e manter um sistema de suporte e reabilitação na comunidade para as pessoas com transtornos mentais graves.

O princípio da desinstitucionalização, agregando todas as críticas e experiências alternativas em desenvolvimento, começa a ganhar a forma de uma política de saúde mental na década de cinquenta, com a psiquiatria comunitária, conceito desenvolvido em especial nos países de língua inglesa, e que guarda semelhanças com a política da psiquiatria de setor na França. A psiquiatria comunitária caracteriza-se pelo atendimento em saúde mental em serviços na comunidade, sejam especializados ou de saúde em geral, obedecendo a princípios como o atendimento territorial, a busca da inserção do paciente na comunidade, e o atendimento multiprofissional (Szmukler e Thornicroft, 2001). Simultaneamente, várias mudanças contribuíram para o aperfeiçoamento do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, como a adoção de critérios diagnósticos padronizados, a

busca de evidências de efetividade das ações, e o apoio dos estudos epidemiológicos para tomadas de decisão.

2.2 Crítica ao modelo médico na saúde mental

Com o tempo, uma segunda vertente é criada dentro das políticas de desinstitucionalização: profissionais da saúde, portadores de transtornos mentais e pesquisadores de diversas áreas, procuraram alternativas ao modelo médico tradicional, desconstruindo todo o arcabouço que lhe sustenta: as categorias psicopatológicas e diagnósticas, a hierarquia decisória sobre o tratamento que coloca o psiquiatra como líder de uma equipe, as teorias etiológicas da doença mental ou a própria noção de doença. Esta “desconstrução” se deu de maneira fragmentada e descontínua ao longo do século XX, mas podemos destacar a importância dos trabalhos no campo das ciências humanas, reavaliando a corporação e o saber psiquiátrico (Foucault, 1989, Goffman, 2007, Stanton e Schwartz, 1954), o movimento da antipsiquiatria (Cooper, 1982, Laing, 1979) e a reforma psiquiátrica Italiana (Nicácio, 2003, Basaglia, 1980).

A antipsiquiatria não se manteve como movimento organizado, propondo alternativas ao tratamento psiquiátrico como o fazia em sua origem, mas até hoje suas críticas são um referencial importante, por vezes explícito, como por exemplo, em setores do movimento norte-americano de usuários de saúde mental (Rissmiller e Rissmiller, 2006).

No campo da psiquiatria comunitária, a prática do cuidado multidisciplinar vai fazendo que se utilize cada vez mais o termo “saúde mental”, no lugar de “psiquiatria” nas denominações de programas, equipes, serviços. Bachrach e Clark (1996) chamavam a atenção para uma dicotomia entre a “psiquiatria comunitária” e a “saúde mental comunitária”, já nos anos 70, dizendo que a aliança entre a “psiquiatria” e a “saúde mental”, tão forte nos anos 60, estava comprometida, e atribuindo a crescente insatisfação e diminuição de psiquiatras interessados em trabalhar nos centros

comunitários à “boundarylessness” (Dinitz e Beran, 1971) da ideologia da saúde mental comunitária. Esta é uma dicotomia conceitual, muito maior do que a atribuível a interesses dos profissionais de cada categoria, sendo o trabalho de Tenório (2001) um exemplo muito bem elaborado da diferença aqui em jogo: o movimento que se inspirou no ideário dos líderes da reforma psiquiátrica italiana (que veremos a seguir) combate à psiquiatria comunitária como imposição de um caráter adaptacionista e normalizador da noção de saúde mental e sua tendência de “psiquiatrização” do social, e defende como contra proposta a busca de uma convivência com a diferença:

*“O lugar estratégico que a expressão “saúde mental” ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para **demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais**. Do mesmo modo, a idéia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos **riscos de psiquiatrização** e normalização do social. Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a doença mental (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou o que visamos em nossa prática junto aos loucos). Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, **ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social** (e não o asilo de reclusão)”. (Tenório, 2001, grifo nosso).*

Foi com a reforma psiquiátrica italiana que esta vertente crítica se organiza e ganha a prerrogativa de política de governo, alcançando influência internacional. A reforma psiquiátrica italiana é conhecida principalmente pela lei 180 de 1978, que representou um marco histórico por definir explicitamente uma política de desospitalização em nível nacional. A lei tem como principais características: a) nenhum novo paciente pode ser admitido em hospitais psiquiátricos públicos; b) durante 2 anos, apenas antigos pacientes poderiam ser readmitidos; c) novos

hospitais psiquiátricos não podem ser construídos e os técnicos que trabalhavam nos antigos hospitais devem ser realocados nos serviços comunitários conforme estes forem se desativando; d) hospitalização (voluntária ou compulsória) é entendida como uma intervenção excepcional, e deve ser realizada apenas em pequenas unidades em hospitais gerais, de até 15 leitos por hospital (Mosher e Burti, 1994). A lei 180 é promulgada no bojo de mudanças políticas e culturais no país, como a aprovação por plebiscito do aborto e do divórcio. Esta onda progressista logo depois refluiria, sob a influência de uma reação da sociedade a fatores como recrudescimento do terrorismo e da retração da economia (Mangen, 1989).

O movimento social da *democracia psiquiátrica* mobilizou diferentes correntes políticas para a aprovação da lei, desenvolvendo uma nova concepção de desinstitucionalização. De sua origem como um pequeno grupo de técnicos, liderados pelo psiquiatra Franco Basaglia, trabalhando em um hospital psiquiátrico público nos anos 60, na cidade de Gorizia, o movimento se expande para Trieste e depois pelo país, a partir de 1970, ganhando influência internacional com seus escritos e, após 1978, com a promulgação da Lei 180 (Magen, 1989, Ramon, 1989). Dada a sua importância como modelo alternativo para a psiquiatria comunitária, a reforma italiana tem sido muito estudada (Girolano, 1989, e Morosino e Veltro, 1989, apresentam extensas revisões sobre descrições e avaliações da experiência italiana).

As principais críticas apontadas à reforma italiana podem ser assim resumidas: a) em 1985, os hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento estavam fisicamente degradados e desfalcados de recursos humanos (Jones e Poletti, 1986), ou seja, a desospitalização estaria se realizando com prejuízo para os pacientes. Em 2007 todos os hospitais psiquiátricos já estavam fechados, sobrando, dos 78.538 pacientes internados na ocasião da promulgação da lei, menos de 2.000 pacientes idosos ainda não transferidos para residências terapêuticas ou clínicas de retaguarda; b) as unidades de internação em hospital geral eram insuficientes, apesar de consumirem grande parte dos recursos destinados à saúde mental, e sendo freqüentemente unidades fechadas dentro do hospital geral, reproduziriam a lógica asilar (Lovell,

1986); c) os serviços comunitários não foram padronizados pela lei, tendo uma cobertura e funcionamento muito diferente entre as regiões do País, sendo poucas as cidades (Trieste, Arezzo, Ferrara, por exemplo) que possuíam uma rede bem estabelecida de cuidados 24 horas na comunidade (Lovell, 1986); d) a presença crescente de unidades privadas de internação: em 2000, 54% de todos os leitos psiquiátricos de crise eram privados, média muito acima dos 18% de leitos privados no total de leitos do País (Girolano et al., 2007); e) apesar de estudos recentes de qualidade de vida demonstrarem um bom nível de satisfação dos pacientes, os familiares relatavam uma grande carga no cuidado do paciente (Girolano et al., 2007).

Uma parte das críticas pode ser compreendida pela falta de investimentos, uma vez que várias regiões não se engajaram nas mudanças propostas ou não deram prioridade ao investimento em saúde mental. As regiões recebem verba para saúde como um todo, e desta destinam à saúde mental uma parcela que é decidida por critérios não padronizados no país (Piccinelli, 2002), acarretando em diferenças substanciais nos índices de cobertura. As críticas aos serviços na comunidade que oferecem, por exemplo, tratamento medicamentoso de pouca qualificação técnica, ou de que há pouca oferta de programas de reabilitação psicossociais efetivos, na realidade são comuns a vários países europeus (Kohn et al, 2004).

A experiência italiana demonstrou que é possível uma política de saúde mental utilizando paradigmas exteriores à medicina. Até hoje foco de grande controvérsia, sua influência é um dado fundamental para entendermos a política de saúde mental brasileira.

3. A política de saúde mental no Brasil

3.1 O Sistema Único de Saúde - SUS

Até o final da década de 1980, cabia ao Ministério da Saúde apenas campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças, ações pontuais em

locais com carências importantes ou para populações específicas, e a manutenção de alguns hospitais para tuberculose e psiquiátricos, estes últimos a cargo do Serviço Nacional de Doenças Mentais. A Maior parte do atendimento em saúde pública estava a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ligado a outro ministério, o da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas na década de 60, que proporcionava grande parte dos atendimentos de saúde, porém apenas para os trabalhadores da economia formal e seus dependentes (Souza, 2002).

O restante da população, que não pudesse pagar pelo atendimento particular, era atendida por instituições de caráter filantrópico ou nos hospitais-escola das faculdades de medicina (Jatene, 2008). Neste sistema a proporção de investimentos na saúde para cada estado e município era calculada pelo número de trabalhadores com carteira assinada residentes nestes locais, criando uma enorme concentração dos serviços nas regiões mais ricas do país (Souza, 2002).

Dentro deste quadro, e na conjuntura das lutas para a redemocratização do País, já na década de 70 vemos manifestações das entidades representativas dos profissionais da saúde, centros universitários e setores organizados da sociedade, sobre a importância de uma gestão eficiente, justa e participativa do atendimento à saúde, mais tarde dando origem ao denominado “movimento da reforma sanitária” (Campos, 2008).

Com o passar dos anos, um conjunto de mudanças são realizadas para ampliar a cobertura do INAMPS, com crescente participação do Ministério da saúde e dos estados e municípios, mas a pressão crescente para uma cobertura universal e a crise do financiamento do modelo da assistência médica da previdência social leva a medidas mais abrangentes: primeiramente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na década de 80, através de convênios entre o INAMPS e os

governos estaduais e logo a seguir a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e a criação do SUS, em 1990 (Buss, 1995).

Já na Constituição de 1988 os princípios do novo sistema de saúde estão especificados, nos 5 artigos da seção II (“da Saúde”) do capítulo sobre seguridade social. O primeiro destes, o artigo 196, define a saúde como “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009a).

Em 1990 é promulgada a lei nº 8.080 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009b), que estabelece o SUS, apontando os seguintes princípios:

*I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*

*II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*

*III - **preservação da autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;*

*IV - **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*

*V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*

*VI - **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*

*VII - **utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática;*

*VIII - **participação da comunidade**;*

*IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo:*

*a) ênfase na **descentralização dos serviços para os municípios**;*

*b) **regionalização e hierarquização da rede** de serviços de saúde;*

*X - **integração** em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*

*XI - **conjugação dos recursos** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;*

*XII - **capacidade de resolução dos serviços** em todos os níveis de assistência;*

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Mas adiante o princípio da equidade, que mencionamos anteriormente, e que já era usado no artigo 194 da Constituição, no sentido de “equidade na forma de participação no custeio”, seria adicionado, como um aperfeiçoamento do conceito de igualdade no atendimento.

A participação da comunidade na gestão do SUS é garantida pela lei nº 8142, de 1990, que cria as conferências de saúde e o conselho de saúde, em cada uma das esferas federal, estadual e municipal.

Descentralização é um dos princípios chave, levando a municipalização da maioria dos serviços e ações de saúde, com verbas específicas advindas da união e dos estados. Serviços de maior complexidade, ou locados em áreas com maiores carências, poderão ser administrados pelo nível estadual ou federal, no entanto, todo o sistema tem de operar de maneira unificada.

O financiamento do sistema opera-se por dois sistemas de pagamento: o repasse aos municípios, com base em sua população, de verba destinada à realização de toda uma série de ações de saúde, listadas nas pactuações entre os três níveis de governo e o pagamento por procedimentos específicos, como internações ou procedimentos de maior complexidade (Lobato e Burlandy, 2000).

O sistema tinha, em 2005, um orçamento anual de R\$ 37.048.266.346,59 (R\$ 37 bilhões de Reais) que é complementado com verbas municipais e estaduais. Em 2001, segundo o Anuário de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2009a), o SUS tem hoje sob seus cuidados exclusivos a cobertura de todas as demandas de saúde para 83,3% da população. Esta cobertura varia devido aos contrastes regionais, com 98,2% de cobertura no Estado do Acre, até 55,7% na região metropolitana de São Paulo. Os restantes 16,7% da população são cobertos pela chamada saúde complementar (medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e clínicas particulares), que com frequência utilizam recursos do SUS para demandas não cobertas pelo serviço particular. Por exemplo, o anuário de saúde de 2001 afirma que: “No âmbito do SUS, em 2001, foram realizados 1,9 bilhão de procedimentos ambulatoriais, englobando diferentes graus de complexidade, da consulta médica e da cirurgia ambulatorial, até o radiodiagnóstico e a quimioterapia. Desse total, 62% são de atenção básica, 31% de média complexidade e 7% de alta. O setor público responde quase que integralmente pela atenção básica (96%) e pela maior parte dos procedimentos de média (57%) e alta complexidades (73%)” (Brasil, Ministério da Saúde, 2009a).

3.2 Histórico das políticas de saúde mental no Brasil

A história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas nem sempre caminhando lado a lado... Este divórcio entre discursos e ações torna-se tanto mais evidente quanto mais próximo do período recente, devido à emergência de múltiplos – e freqüentemente contraditórios entre si – interesses dos diversos grupos no poder. Torna-se, por isso, difícil ao pesquisador pinçar este ou aquele discurso como hegemônico sem correr o risco de incorrer em alto grau de arbitrariedade. (Resende, 1987).

Não havia no Brasil, até a segunda metade do século XIX, atendimento específico aos doentes com transtornos mentais, sendo esses entregues às prisões ou mantidos em quartos fortes nos hospitais gerais (Oda e Dalgallarrondo, 2005). Em 1841 é iniciada a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. A assistência aos “lunáticos” — nas

santas casas das províncias e no Hospício da capital — será feito primeiro pela caridade, depois pela medicina geral, e finalmente no final do século XIX, pela psiquiatria. Somente em 1886 um psiquiatra, Teixeira Brandão, irá assumir a direção do Hospício D. Pedro II (Medeiros, 1992). Podemos falar de uma política autônoma para a saúde mental no Brasil com o advento da República (Messas, 2008), havendo uma seqüência de decretos logo após a sua proclamação, como o que desanexa o Hospício D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e o nomeia Hospício Nacional de Alienados, “estabelecimento central da assistência”, tendo Juliano Moreira como diretor.

Figuras proeminentes como Teixeira Brandão e Franco da Rocha, procuram modernizar o atendimento psiquiátrico nas primeiras décadas da República, criando , por exemplo as “colônias agrícolas”, com proposta de laborterapia e busca da readaptação do indivíduo na sociedade (fundamentalmente através de sua inserção em famílias rurais que receberiam uma remuneração para esta função). Estas iniciativas foram perdendo seu objetivo inicial e absorvendo uma população que nunca mais deixaria o hospital. A colônia Franco da Rocha, inicialmente projetada para 800 pacientes chegaria na década de 50 a albergar 15 mil pacientes (Resende, 1987).

A expansão dos hospitais psiquiátricos pode ser dividida em dois momentos: num primeiro passo até o início da década de sessenta, esta expansão se faz fundamentalmente por grandes hospitais públicos; no momento seguinte temos uma grande expansão de leitos conveniados ao INAMPS, em hospitais particulares. Resende (1987) observa que, enquanto na rede conveniada o número de internações passou de 35 mil internações em 1965 para 90 mil em 1970, na rede pública permaneceu estável no mesmo período.

Administrativamente, a reorganização da assistência no início do século XX dá origem ao Serviço Nacional de Doenças Mentais que mais tarde, em 1974 passará a ser chamado Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM. Várias mudanças na

política nacional, na linha do cuidado na comunidade, são propostas nos anos 60 e 70 por setores internos ao governo, porém seu caráter não deliberativo e provavelmente o embate com outras forças dentro do sistema de saúde do INPS/INAMPS não permitem mudanças significativas. Em 1973, Luiz Cerqueira, ao defender mudanças na política de saúde, cita uma lista de documentos “consagradores de uma assistência psiquiátrica não tradicional” (Cerqueira, 1984), na qual podemos observar que metade foram concebidos pelo Ministério da Saúde, ou tem a participação deste:

1. *Ata de Porto Alegre, 1967 (I Colóquio sobre Problemas e Necessidades da Psiquiatria Assistencial e Preventiva do Brasil).*
2. *Recomendações da Conferência de San Antonio, Texas, 1968 (Conselho Interamericano de Associações Psiquiátricas).*
3. *Recomendações do Grupo de Trabalho sobre a Administração de Serviços Psiquiátricos e de Saúde Mental (Vina del Mar, 1968 OPAS/OMS).*
4. *Decreto de 29.06.1971 do Governo do Estado.*
5. *Parecer da Comissão Permanente de Saúde Mental da A.B.P. (Convenção de Brasília) 1971.*
6. *Decreto de 7.1.1972 do Governo do Estado.*
7. *"Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil". OPAS/OMS - Ministério da Saúde, 1974.*
8. *Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Mental, pelo Ministro Mario Machado de Lemos, 1972.*
9. *Plano Decenal de Saúde para as Américas. Informe Final da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas. Santiago, 1972.*
10. *Decreto de 10.11.72 do Governo Estadual.*
11. *Manual de Serviço do INPS, 1973.*
12. *Ato do I Encontro Regional de Técnicos de Saúde Mental. Florianópolis, 1973.*
13. *Ata do I Encontro Estadual de Técnicos de Saúde Mental. São Paulo, 1973.*
14. *Ata do II Encontro Regional de Técnicos de Saúde Mental. João Pessoa, 1973.*

Delgado (2001) acrescenta três documentos posteriores na mesma linha: a Portaria interministerial (MS/MPAS) nº 1369, de 15/02/1979; as “Diretrizes da

DINSAM”, de 1980; e o Programa de Reorientação da assistência Psiquiátrica no âmbito da previdência social (MPAS/CONASP), de 1982.

Toda a movimentação social ao redor do debate sobre a política de saúde em geral para o país, presente na década de 70 e 80, influenciou também a área da saúde mental, e em 1978 foi constituído o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que foi aos poucos incorporando usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, e que passou a se denominar, em 1987, Movimento da Luta Antimanicomial (Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios, 2008). Este movimento terá influência nas conferências de saúde mental, nos conselhos de saúde e na formulação da política nacional de saúde mental.

O advento do SUS permite que os diversos fatores de mudança se aglutinem e as duas últimas décadas assistem a efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Em 1990 é criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da DINSAM, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. A CGSM passa a efetivamente coordenar a política de saúde mental do país, e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (Borges e Baptista, 2008).

3.3 Legislação

Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação desta política (World Health Organization, 2003a). Além da defesa dos direitos, a legislação pode dar conta da regulação do sistema de atendimento em

saúde mental: seu financiamento, credenciamento dos técnicos e serviços, padrões mínimos de qualidade, etc.

O Brasil teve sua primeira lei organizativa do atendimento em saúde mental em 1903, o Decreto 1132, que por um lado visava proteger a sociedade dos riscos atribuídos aos “indivíduos com moléstia mental”, por outro estabelece um controle social da prática de internação (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009c)¹:

“O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”.

§ 1º A reclusão, porém, se tornará efetiva em estabelecimento desta espécie, quer público, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Se a ordem pública exigir a internação de um alienado, será provisória sua admissão em asilo público ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro de 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita.

Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular.

§ 1º No primeiro caso, a autoridade juntará á requisição:

(...) b) uma exposição dos factos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possível, de attestados medicos affirmativos da molestia mental”

O decreto vislumbra a possibilidade de tratamento domiciliar, mas atribui ao Estado a fiscalização deste:

Art. 3º O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicilio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessários.

Parapho unico. Si, porém, a molestia mental exceder o periodo de dous mezes, a pessoa que tenha á sua guarda o enfermo communicará o facto á

¹ Mantivemos a grafia original da lei.

autoridade competente, com todas as ocorrências relativas á molestia e ao tratamento empregado.

Outros parágrafos de defesa dos direitos dos pacientes já estão presentes:

Art. 5º Em qualquer ocasião será permittido ao individuo internado em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade.

Art. 9º Haverá acção penal, por denuncia do Ministerio Publico em todos os casos de violencia e attentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados.

O decreto regulamenta também o funcionamento do Hospício Nacional e Manicômios a serem abertos nos Estados.

A legislação de 1903 seria substituída pelo Decreto no. 24.559, de 1934 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009d), que “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Este novo decreto segue a estrutura do anterior, modernizando-o para dar conta de novas demandas como: as ações em “profilaxia mental”, propostas pela “liga de higiene mental” (Costa, 2007); o atendimento dos “toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas”; a maior complexidade dos serviços de internação psiquiátrica (abertos, fechados ou mistos) e serviços de assistência hetero-familiar (famílias rurais vivendo próximo das colônias agrícolas, que receberiam um reembolso governamental por manterem ex-internos), e, finalmente, a necessidade de legislação mais elaborada para proteção dos portadores de transtornos mentais.

Da propalada “profilaxia das doenças nervosas e mentais”, a lei apenas afirma que esta se deverá dar pelo estudo das causas da doença no Brasil, organizando-se um centro especializado para aplicação dos preceitos de “higiene preventiva” e incluindo aqui dois parágrafos de caráter xenófobo: o governo organizaria um exame do estado “neuro-mental” de todo estrangeiro requerente de

naturalidade brasileira e que “Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acordo com os governos dos respectivos países de origem”.

Em 1989 é apresentado o Projeto de Lei 3.657 pelo Deputado Paulo Delgado (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009e), que dispõe "sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta e internação psiquiátrica compulsória". O projeto afirmava que: "Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico". Este projeto foi substancialmente modificado pelo Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara nº 8, de 1999 (tendo como relator o Senador Sebastião Rocha), e se torna a Lei 10.216, de 2001 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009f), legislação vigente no país e que norteia a política nacional de saúde mental e que "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental".

No debate de 12 anos entre o projeto de lei e seu substitutivo, é interessante ressaltar que, além de não se proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados, também se retira a denominação “manicômios”, na referência aos hospitais psiquiátricos. A lei aprovada deixa claro a prioridade do tratamento na comunidade e condena o que nomeia de “instituição com características asilares”:

“Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.”

A lei 10.216, também norteia a política nacional de saúde mental quando determina que:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde dos portadores de transtornos mentais.

3.4 Instâncias participativas na implementação da política de saúde mental

Existem no Brasil instâncias de participação social nas políticas de saúde mental estabelecidas pelo SUS: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992 e 2001, esta última com o tema “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” e com a participação de 1480 participantes oficiais, em grande parte delegados oriundos de conferências municipais, regionais e estaduais de saúde mental (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2002).

A Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (CISM) tem suas atribuições previstas na Lei 8.142/90 (Brasil. Câmara dos Deputados, 2009g), de assessorar o plenário do CNS na formulação de estratégias da política de saúde mental. A CISM é composta por representantes do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde); Usuários; Conselho Nacional de Saúde; Movimento da Luta Antimanicomial; CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Familiares; Federação Brasileira de Hospitais; Secretaria de Estados dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça; Ministério da Saúde;

Associação Brasileira de Psiquiatria; Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde.

Alem disso, desde 2003, existe o Colegiado de Saúde Mental, reunião semestral de dois dias, com participação dos coordenados de saúde mental dos estados, capitais e municípios com mais de 300 mil habitantes, além de colaboradores da CGSM e representantes do ministério da saúde e Conselho Nacional de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

3.5 Contexto Político

Thornicroft e Tansella (2006) nos fornecem uma estratégia para relacionarmos legislação, governo e sociedade (“opinião pública”) na evolução das políticas de saúde mental (Figura 1): numa contínua e mutua influência, a política de saúde mental faz-se muito além das tomadas técnicas de decisão para esta ou aquela estratégia. Se isso já é verdade para todo o sistema de saúde, o caráter subjetivo da saúde mental deu margem a que os debates sociais, sobre os critérios de normalidade e doença, os tratamentos preconizados, e o mandato social dos profissionais da área, fossem acirrados e antagonizados. Nesse jogo de influências, chamamos atenção para a ação de grupos organizados, ligados a entidades representativas de usuários e familiares ou de categorias profissionais (sindicatos, associações, conselhos profissionais) e grupos da comunidade acadêmica. Estes grupos tomam posição e lutam por influenciar opinião pública e políticos para a condução da política de saúde mental de acordo com os princípios que defendem.

Podemos separar no Brasil três grandes grupos de influência: os contrários à reforma psiquiátrica; os defensores da reforma psiquiátrica, que, por sua vez, se dividem em favoráveis à “psiquiatria comunitária”, e “defensores da reforma italiana” ou “antimanicomiais” ou ainda “basaglianos”.

Figura 1: Influências do governo e opinião pública nas leis e políticas de saúde mental (adaptado de Thornicroft e Tansella, 2006).



As críticas à necessidade de uma reforma psiquiátrica (ou seja, a defesa do modelo ainda centrado no hospital psiquiátrico) enfraquecem a cada dia, por sua pequena base de sustentação, seja entre os políticos/governo, seja na população em geral, entidades profissionais ou associações de usuários. Outro confronto de idéias, este ainda longe de se extinguir, se dá entre os partidários da reforma, por suas diferentes visões de como esta deveria caminhar. No Brasil, diversos autores apresentam esta dicotomia, posicionando-se, na passagem da “reforma da assistência psiquiátrica” para a “reforma do saber psiquiátrico”, a favor (por exemplo, Amarante, 2008, Menezes e Yassui, 2009) ou contra (Gentil, 2001, França, 2006).

Os princípios da política de saúde mental brasileiras costumam ser sintetizados através das resoluções da declaração de Caracas (Uzcátegui e Levav, 1990):

“1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a

promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem;

a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação (...).

Estes princípios hoje, no entanto, apresentam contradições frente às posições “basaglianas”. Por exemplo, Borges e Baptista (2008), a respeito do encontro “Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde”, realizado em 1991, comentam:

*Esse encontro foi marcado pela articulação das propostas Basaglianas com os princípios da Declaração de Caracas (...) Essa articulação abria possibilidade de dubiedade da ação que passaria a ser desenvolvida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Os pressupostos que embasam cada vertente apresentam incongruências que, se num primeiro momento passam despercebidas, brevemente ganham materialidade em torno de questões como: **o conceito de Atenção Primária em Saúde em contraposição ao de Atenção Básica** e seus efeitos sobre a responsabilização territorial com a organização de múltiplos e complexos dispositivos de assistência (...). **Ademais, a Declaração de Caracas não toca no aspecto da desconstrução do saber psiquiátrico** que está no cerne das experiências vividas em Trieste (na Itália) e em Santos (Estado de São Paulo, Brasil).(grifo nosso).*

Talvez o documento que melhor represente o hibridismo da política brasileira seja o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2002). O relatório procurou contemplar a estrutura de

funcionamento da conferência, com seus quatro temas: “financiamento”, “recursos humanos”, “controle social”, e “acessibilidade, direitos e cidadania”, discutidos em 35 grupos de trabalhos, os quais apresentaram relatórios das discussões à Plenária Final, que por sua vez aprovou “diretrizes gerais” e 591 parágrafos de “propostas para a política de saúde”. Refletindo a composição dos participantes da III Conferência, encontramos um grande número de propostas aprovadas que alinham com as idéias do “movimento antimanicomial”, como por exemplo:

Proposta 87: (...) garantia de leitos de curta duração em hospitais gerais como estratégia, visto que a rede de atenção deve trabalhar com a perspectiva de extinção da internação psiquiátrica em qualquer de suas Formas (...).

Proposta 26: Abolir o eletrochoque, por ser prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos.

Proposta 511: Estender ao uso abusivo de psicofármacos a mesma atitude crítica que existe em relação ao eletrochoque, e em igual intensidade.

Diretriz (Pg 68): Nesta mesma direção, a política de recursos humanos deve estimular a dissolução do “manicômio mental” implícito no saber científico convencional, que discrimina o saber popular, por meio da maior valorização da experiência de familiares e usuários, garantindo desta forma a integração e o diálogo com os saberes populares.

Proposta 25. Garantir o desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de “patologias”.

Por outro lado, convivem no mesmo documento posições dentro do referencial da psiquiatria comunitária:

Proposta 23. Garantir a observação das recomendações da OMS expressas no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo/2001, com o objetivo de contemplá-las no estabelecimento da reorientação da assistência em saúde mental.

Proposta 84. Articular as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial (...) implementando uma rede de serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral (capacitado para o atendimento de urgências), Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, hospital-dia, oficina terapêutica, centro de convivência, programa de geração de trabalho e renda, cooperativa e serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar.

Proposta 85. c) tornar disponível o atendimento nas unidades básicas de saúde, tendo um protocolo de referência e contra-referência; (...)

f) estabelecer que as urgências de psiquiatria sejam atendidas em serviços de emergência geral; (...)

Proposta 105. Criar e implantar ambulatórios de neurologia, com profissionais capacitados, e oferecer exames complementares nos municípios pólo e micro-região.

Proposta 129. Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade.

Proposta 359. Adequar a política de medicamentos à programação orçamentária e à necessidade de medicamentos baseada no perfil epidemiológico e atualização técnico-científica, e garantia de pleno acesso.

Temos aqui dois conceitos que necessitam ser delimitados. A “reforma da assistência psiquiátrica” tal como vem sendo implementada no Brasil, deve ser entendida como uma política governamental e o “movimento pela reforma psiquiátrica”, um movimento social e de organizações de profissionais envolvidas na assistência em saúde mental. O movimento pela reforma psiquiátrica por vezes é apresentado como sobreposto ao chamado “movimento da luta antimanicomial”, mas na verdade conta com outros atores que não acompanham este último, como por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em vários momentos históricos (Jorge e França, 2006).

Apesar da CGSM contar com freqüente apoio deste movimento, a lista de reivindicações atribuíveis a este último não é consensual, nem foi oficialmente encampada pela política nacional, ao menos no que diz respeito as suas posições mais radicais, como, por exemplo, a extinção de toda e qualquer internação psiquiátrica, ou o princípio que vai contra o modelo de saúde e doença presente na medicina contemporânea. Se a atenção básica ou a política para medicamentos de alto custo, por exemplo, exigem orientações dentro do referencial tradicional da saúde (no sentido da organização das ações na promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária (Leavell e Clark, 1976), no uso de protocolos, etc.), é neste registro que se opera, mas sempre buscando estratégias como a equipe

multiprofissional, ou o estímulo aos métodos alternativos à medicação. Se grupos de profissionais (Conselho Federal de Psicologia, 2009) e usuários reivindicam a proibição da eletroconvulsão (ECT), ou que na atenção básica não se deve “medicalizar” o “sofrimento mental” (expressão utilizada no lugar aos transtornos mentais mais prevalentes) (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2002), a negociação prossegue fazendo acordos e compromissos (por exemplo, o ECT não é proibido, mas instituições hospitalares que o utilizam são penalizadas com pontuação menor na avaliação do Ministério).

3.6 Serviços e programas de saúde mental no Brasil

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Historicamente, o CAPS inicia-se no Estado de São Paulo, dentro de uma tradição em políticas de saúde mental que buscam alternativas ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, que se desenvolvem desde 1970, e nas quais se destaca a influência de Luiz da Rocha Cerqueira, coordenador de saúde mental do Estado em 1973. Em 1983 Marcos Pacheco T. Ferraz assume esta função e estabelece com sua equipe as seguintes prioridades: *“(a) implantar ações de saúde mental em centros de saúde, com uma equipe mínima composta por psicólogo, psiquiatra e assistente social; b) ampliar a rede ambulatorial; c) recuperar os leitos próprios; d) promover regionalização, hierarquização e integração dos serviços”*. (Ferraz e Moraes, 1985). Goldberg (1994), descrevendo o contexto da implementação destas medidas, observa que, apesar dos pacientes psiquiátricos terem mais possibilidades de tratamento que não a internação, *“O paciente psicótico acabou surgindo como o grande índice de disfunção na estrutura da rede”* (pg. 106), quer pelo investimento insuficiente nesta rede, que logo se mostra superlotada, quer pela falta de *“elaboração de uma prática voltada para a clínica individual da psicose”* (pg. 105).

Na mesma época é criado o “Programa de Intensidade Máxima” (PIM) em alguns dos ambulatórios de saúde mental, no qual o paciente em crise poderia ser atendido todos os dias, de segunda a sexta-feira, em atendimentos grupais ou individuais, visando resolução do quadro agudo sem recorrer à internação psiquiátrica. A lógica deste modelo seria seguida na gestão municipal da capital de 1989 a 1992, com a criação de Hospitais-dia e enfermarias em hospital geral para pacientes agudos, e acompanhamento dos pacientes estáveis nos ambulatórios e postos de saúde, além dos centros de convivência e cooperativas (Carreiro et al, 2009).

Em 1986, uma comissão designada pela coordenadoria estadual de saúde mental, desenvolveu uma nova proposta para atendimento de pacientes com transtornos mentais graves, no âmbito do “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – Projeto Docente-Assistencial Multicêntrico”, que passaria a funcionar no casarão da extinta Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde mental do estado de São Paulo (Goldberg, 1994). O nome Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi sugerido pela Professora Ana Pitta, inspirada na experiência de cooperação internacional entre o governo da Nicarágua e o italiano *Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri* (Kraudy et al, 1987, Saraceno et al, 1990).

O CAPS Luiz R Cerqueira foi inaugurado em março de 1987. A proposta do CAPS desde seu início vislumbrava a possibilidade de acompanhamento de longo prazo, em regime intensivo (de início o serviço funcionava apenas na parte da manhã, estendendo seu horário nos anos seguintes das 8:00 as 17:00, de segunda a sexta-feira). Os pacientes eram triados por dois profissionais, um dos quais passava a ser sua referência na instituição, e era contratado com este (e seus familiares, se fosse o caso) que ficaria por um período de 15 a 30 dias freqüentando as atividades do CAPS para observação pela equipe técnica. Essa equipe discutia nesse período a adequação do paciente ao CAPS (ao mesmo tempo em que o paciente era chamado a decidir se concordava com o tratamento proposto), caso contrário, era encaminhado a um outro serviço. Uma vez admitido, um projeto terapêutico individual era elaborado.

As principais referências teóricas citadas por Goldberg (1998) nesses anos iniciais do CAPS foram a experiência da reforma italiana, já citada, em especial a rede de serviços de Trieste; a psicoterapia institucional, como praticada na Clínica de La Borde, e no Hospital St. Alban; além da psiquiatria de setor francesa (a região portuguesa de Setúbal tinha na época um projeto nesta linha e trocou experiências com o CAPS). Nesses primeiros anos de funcionamento, oficinas de trabalho protegido são incorporadas ao projeto, bem como outras oficinas com objetivos diversos: expressão artística, promoção da auto-estima e cuidado de si, entre outras. A Associação Franco Basaglia, de apoio às iniciativas desenvolvidas no CAPS, é criada em 1989, com a participação de pacientes, familiares e técnicos de saúde mental.

Alguns princípios desenvolvidos nos primeiros anos do projeto permanecem como característicos do atendimento no modelo CAPS: a) a equipe multiprofissional, que divide a responsabilidade pelos casos (formado grupos menores de profissionais, as chamadas mini-equipes) e atividades do CAPS; b) o técnico de referência do paciente dentro da equipe (que guarda algumas semelhanças com o *case manager* desenvolvido nos EUA (Mueser et al, 1998); c) a validação e estímulo às manifestações e reivindicações do usuário do serviço; d) o atendimento das necessidades do usuário vistas como um todo, para aspectos essenciais da inserção social do paciente, como moradia, renda, rede de relacionamentos.

Por todo o país, novos projetos, dentro desse modelo em desenvolvimento, serão criados, por exemplo, a experiência do município de Santos, a partir de 1989 (Nicácio, 2003), no qual que o modelo CAPS (lá batizados de Núcleos de atenção psicossocial – NAPS) absorve outro de seus elementos fundamentais: a responsabilização pela cobertura em saúde mental de todas as demandas em seu território de ação.

A incorporação definitiva do modelo CAPS à política de saúde mental, se dá em 2002. A portaria nº 336 de 2002, do Gabinete do Ministro da Saúde (Brasil,

Ministério da Saúde, 2004), define os CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Os CAPS podem ser classificados em três modalidades, de acordo com sua complexidade: CAPS I, II ou III. O CAPS II pode, por sua vez, ser dirigido para o atendimento de adultos em geral ou para populações específicas, como infância e adolescência (CAPS i) ou para problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS AD).

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. A portaria também especifica as tarefas esperadas do CAPS, para além do atendimento clínico:

- “a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;*
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;*
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;*
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;*
- e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.”*

As diferenças entre as três modalidades estão no seu horário de funcionamento e tamanho da equipe (tabela 1), além de se presumir que, nos municípios menores, as demandas deveriam ser menos complexas. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; e não-

intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Tab 1: características dos CAPS.

Tipo de unidade	CAPS I	CAPS II	CAPS III
Tamanho da população do município no qual podem ser criados	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes
Horário de funcionamento	De 8 às 18h, em 2 turnos, durante os cinco dias úteis da semana	De 8 às 18h, em 2 turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno funcionando até às 21h	24h, sete dias da semana.
Máximo de vagas para cuidado intensivo por mês, financiadas pelo SUS	25	45	60
Equipe mínima			
Médico	1 médico com formação em saúde mental;	1 médico psiquiatra	2 médicos psiquiatras
Enfermeiro	1 enfermeiro	1 enfermeiro com formação em saúde mental;	1 enfermeiro com formação em saúde mental;
Profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	3	4	5
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	4	6	8

Fonte: portarias GM, nº 336 de 2002 e SAS, nº 189 de 2002, (Brasil, Ministério da Saúde, 2004)

Unidade de psiquiatria no hospital geral

Os leitos de psiquiatria em hospital geral (HG) podem ser encontrados em três situações: unidades de psiquiatria em hospital geral (UPHG), que, em geral, possuem de 10 a 20 leitos, com equipe especializada e funcionando na maioria dos hospitais com o sistema de porta fechada (durante a internação não é permitida a

saída do paciente da unidade sem acompanhamento de um membro da equipe); leitos em enfermarias de clínica médica ou pediátrica, destinados a pacientes psiquiátricos, sem equipe especializada para o atendimento destes (pode haver algum tipo de supervisão ou acompanhamento do caso por psiquiatra em visita à unidade); e leitos de observação em psiquiatria no pronto-socorro do hospital.

A normatização do funcionamento das UPHG ainda é a Portaria 224, de 1992 (Brasil, Ministério da saúde, 2009b) que estabelece diretrizes para o funcionamento dos diversos serviços de saúde mental. Apesar de pouco detalhar o funcionamento da UPHG, o documento determina que *“O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo terapias, grupo operativo, dentre outros. Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócioterápicas.”*

Lucchesi (2008) cita como vantagens das UPHG: a) a maior interação das UPHG com a comunidade, favorecendo o controle social dos serviços prestados; b) as atividades de interconsulta, promovidas pela equipe da UPHG podem se constituir em ações de capacitação em saúde mental dos profissionais das demais unidades do hospital; c) as demais unidades também podem se beneficiar com ações que, ao levar em conta a dimensão psíquica dos pacientes, colaboram para a humanização do serviço como um todo; d) os pacientes das UPHG com doenças físicas concomitantes são melhores atendidos; e) a existência da UPHG pode contribuir para diminuição do estigma da doença psiquiátrica e seu tratamento.

Serviços Residenciais Terapêuticos

A Portaria do Gabinete do Ministro nº 106, de 2000 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004), define Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como *“moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos*

portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social”. A cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT, deve se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Os SRT comportam até oito moradores e devem estar referenciadas a um serviço de saúde mental (preferencialmente um CAPS) para acompanhamento dos seus moradores e supervisão dos cuidadores responsáveis (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a). Não há uma padronização dos cuidados necessários, ficando a cargo do gestor local avaliar qual o nível de cuidado necessário e qual a composição da equipe responsável pelo SRT.

Programa de volta para casa

Criado pela lei federal 10.708/2003 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004), o Programa tem o objetivo de contribuir no processo de inserção social dos pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, através do pagamento mensal do chamado “auxílio-reabilitação”, no valor de R\$ 320,00, para os pacientes de longa permanência que receberam alta hospitalar. O benefício é válido por um ano, podendo ser renovado mediante pedido da equipe de saúde mental que acompanha o caso, e pode ser pago também para moradores dos SRT.

Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) do Ministério da Saúde executa anualmente o PNASH / psiquiatria, segundo diretrizes da portaria do Gabinete do Ministro nº 251 de 2002 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004). A avaliação utiliza um instrumento de avaliação, resultante de dois roteiros: de saúde mental e de vigilância sanitária (condições de higiene, alimentação, farmácia, etc.). Os hospitais são classificados pela porcentagem da pontuação total possível no

instrumento de avaliação, cruzada com o número de leitos psiquiátricos da instituição. Esta classificação cria classes de hospitais que, de acordo com o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar que descreveremos a seguir, determinará o valor pago pela diária em cada categoria de hospitais.

O Programa já realizou vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS em 2002 e 2003/2004 e 2006/2007. A intenção inicial era da avaliação ser anual, mas processos na justiça, por parte de hospitais conveniados contestando a avaliação, além de dificuldades técnicas, têm retardado a implementação do PNASH.

Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)

O Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH) foi instituído em 2004 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004), visando promover a redução progressiva dos leitos dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais. Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir de 40 a 80 leitos ao ano, e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. O determinante para a efetividade do programado é que os hospitais que não aderirem à diminuição planejada (da mesma forma que os hospitais mal avaliados no PNASH) recebem um valor de diária hospitalar menor do que aqueles que diminuíram seus leitos ou já eram previamente de menor porte.

Saúde mental na atenção básica

Em janeiro de 2008, a portaria 154 do Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da saúde, 2009c) criou os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), visando “*A responsabilização compartilhada entre as Equipes Saúde da Família e as equipes do NASF na comunidade (que) prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica / Saúde da Família (...)*”. (Brasil, Ministério da Saúde, 2009d), para tanto, os NASF se

baseiam na estratégia do “matriciamento”, que tem em Gastão W. Campos (1999), um dos seus principais teóricos. Nas palavras do autor, *“uma observação importante é a que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência”* (Campos 1999).

Os profissionais da área da saúde mental dos NASF devem realizar um trabalho conjunto com as equipes do PSF, que “consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica” (Brasil, Ministério da Saúde, 2007). O CAPS também pode compor equipes de referência em saúde mental, e podem ser responsáveis cada uma pelo acompanhamento matricial de 6 até 9 Equipes do PSF ou da atenção básica em geral (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Acesso à medicação

Existe no país uma lista de medicamentos chamados “essenciais”, distribuídos gratuitamente nas unidades básicas de saúde e ambulatórios, que são dotados de farmácias de dispensação de medicamentos. Uma relação de medicamentos para o programa de saúde mental está nesta lista de medicamentos essenciais (Negri, 2002). Em 1999, foi instituído o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2004), que, seguindo o princípio da descentralização, permite que a programação e as compras acompanhem a estrutura e particularidades de cada local. Os medicamentos que integram o programa são discriminados no **Quadro 1**. O Ministério da Saúde envia diretamente aos fundos de saúde o equivalente a 80% dos gastos que estão condicionados a uma contrapartida de 20% do total. Em 2001, foram destinados a esse programa R\$ 22,9 milhões por parte do governo federal.

Quadro 1: Relação dos Medicamentos do Programa de Saúde Mental -2002

• Ácido Valpróico	• Clorpromazina	• Haloperidol
• Amitriptilina	• Diazepam	• Levodopa + Carbidopa
• Biperideno	• Etossuccimida	• Nortriptilina
• Carbamazepina	• Fenitoína	• Prometazina
• Carbonato de Lítio	• Fenobarbital	• Selegilina
• Clomipramina	• Flufenazina	• Valproato de Sódio
• Clonazepam		

O ministério da saúde trabalha com uma lista de medicamentos chamados “de alto custo” ou “excepcionais”, de valor elevado e utilizados, em geral, em tratamentos por longos períodos, como os destinados a doenças psiquiátricas, neurológicas, osteoporose, hepatite e transplantes. A aquisição e distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos estados, sendo financiada com recursos do Ministério da Saúde. Uma tabela nacional de preços define os valores de cada estado e baliza as compras. Do ponto de vista administrativo, o fornecimento desses medicamentos é controlado pelo uso da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC. Com isso é possível a identificação do usuário, permitindo um melhor controle de gastos, distribuição e beneficiários. Além disso, são utilizados “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”, para cada novo medicamento e doença. Nesses protocolos são estabelecidos os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado, os mecanismos de controle, acompanhamento e verificação (Negri, 2002).

4. Avaliação das políticas de saúde mental

Avaliação em saúde, de modo geral, pode ser definida como “uma determinação formal da efetividade, eficiência e aceitabilidade de uma intervenção, planejada para alcançar certos objetivos” (Holland, 1983) e deve ser diferenciada do monitoramento em saúde, que se refere a um acompanhamento de rotina de algumas características de um serviço ou programa de saúde (Saxena et al, 2006). Já a

avaliação das políticas de saúde atinge todos os níveis do sistema de saúde, podendo incluir tanto análises do papel do Estado e das negociações políticas envolvidas em sua formulação, quanto estudos sobre os programas criados para a operacionalização desta política (Vieira da Silva, 2005).

Quando falamos da avaliação de uma política de saúde, necessitamos um enfoque diferente da avaliação de uma técnica terapêutica, um serviço ou um programa específico. De modo geral, a avaliação de políticas públicas “usa uma gama de métodos de pesquisa para sistematicamente investigar a efetividade da implantação, processos e intervenções de uma política, e determinar seu mérito, custo ou valor em termos de melhoria das condições sociais e econômicas dos diferentes envolvidos (*stakeholders*)” (United Kingdom, Cabinet Office, 2009). Dois tipos de avaliação são comumente usados nas políticas públicas: a somativa e a formativa. A avaliação somativa, também nomeada *avaliação de impacto*, procura estimar os efeitos da política, tanto em termos do que era esperado em seu planejamento, quanto em comparação com outras intervenções ou com a ausência de intervenções. A avaliação formativa, também conhecida como *avaliação de processo*, busca informações dos fatores contextuais, mecanismos e processos subjacentes ao sucesso ou fracasso da política avaliada (United Kingdom, Cabinet Office, 2009).

No que se refere à avaliação de políticas de saúde mental ainda pouco foi sistematizado: a maior parte da literatura diz respeito a descrições históricas ou do momento atual da política de determinado país ou região, como, por exemplo, os Estados Unidos (Rochefort, 1996, Grob, 2008), Japão (Kuno e Asukai, 2000), Austrália, (Whiteford et al, 2000, Rosen, 2006), França (Verdoux, 2007), Inglaterra (McCulloch et al, 2000), a Europa (Becker et al, 2001), ou a América Latina e Caribe (Mari et al, 2007). A própria nomenclatura ainda carece de maior consenso: são utilizados os termos “avaliação do sistema de saúde mental”, “avaliação da política de saúde mental” (ou do “programa”, algumas vezes usado no sentido de política), avaliação da “reforma psiquiátrica” (ou “reforma da saúde mental”, ou da

“desinstitucionalização”), avaliação da “psiquiatria comunitária” (aqui empregada como sinônimo da reforma psiquiátrica); avaliação das estratégias (para “integração dos serviços”, “melhora da qualidade”, etc.).

Uma referência sempre presente no campo da avaliação em saúde é a obra de Avedis Donabedian (2003), em especial sua divisão esquemática dos elementos de um serviço ou programa de saúde em três partes interdependentes: a) *estrutura*, que diz respeito às condições em que as ações de saúde são realizadas, incluindo recursos materiais e humanos, características organizacionais, normatizações, arcabouço legal, etc.; b) *processo*, que são as atividades que constituem as ações de saúde; e c) *resultados*, que significa as mudanças (desejáveis ou não) nos indivíduos ou populações atribuíveis às ações de saúde. Utilizando a lógica da divisão de Donabedian como uma dimensão temporal (“fases” de recursos, processo e resultado) sobre outra dimensão chamada “geográfica” (“níveis” nacional, local e individual), Tansella e Thornicroft (1998) elaboraram um arcabouço teórico para estudar a política em saúde mental: o modelo da matriz. Relacionando as três fases e três níveis entre si é possível localizar as diferentes variáveis e indicadores a serem pesquisados na avaliação de políticas de saúde.

O termo “política de saúde mental baseada em evidências” (Goldman et al, 2000) foi muito usado no final da década de noventa e foi incorporado aos princípios da política de saúde mental inglesa. Várias críticas têm sido feitas à transposição da busca por evidências da efetividade de uma intervenção em saúde, para o estudo do sistema de saúde (por exemplo, Cooper, 2003, Rose et al, 2006). Sturm (1999) aponta quatro dificuldades principais para as pesquisas que avaliam resultados das políticas de saúde mental: a “janela de oportunidade” para estudar uma política é curta, havendo pouco tempo para organizar estudos complexos, no intervalo entre seu planejamento e execução; a política e o sistema de saúde mudam mais rapidamente do que a biologia humana, e dados coletados há 10 anos se tornam obsoletos, ao contrário das evidências de uma intervenção clínica, que vão se acumulando ao longo dos anos; políticas de saúde mental freqüentemente afetam um

grande número de indivíduos indiretamente e com efeitos relativamente menores, requerendo amostragens muito grandes e randomizações não ao nível dos indivíduos, mas de territórios, para o estudos de seus efeitos; e a infra-estrutura para o financiamento de pesquisas em políticas independentes é muito mais limitado que para pesquisas clínicas.

Voltamos aqui às definições adotadas pela Organização Mundial de saúde para sistema de saúde e política de saúde mental: como dissemos, os objetivos de um sistema de saúde podem ser separados em três grupos: melhorar as condições de saúde de uma população; oferecer cuidados de forma financeiramente acessível a todos; e ser aceitável do ponto de vista dos valores e expectativas da população. Estes três objetivos são suficientemente amplos para dividir-se em diversas metas, e as estratégias escolhidas para alcançá-los podem variar enormemente. Uma política de saúde é o planejamento, negociação e implementação destas estratégias e poderemos avaliá-la através de três abordagens expressas nas questões abaixo:

- 1) A política, em sua elaboração e implementação, conta com apoio amplo da sociedade e governo?
- 2) As estratégias escolhidas estão sendo cumpridas e se mostram acertadas?
- 3) Os objetivos últimos do sistema de saúde estão sendo mais bem alcançados com esta política?

A seguir, comentaremos cada uma destas abordagens.

4.1 Avaliação da elaboração do programa e plano de saúde mental

Uma parte da avaliação de uma política de saúde é feita através da análise de sua elaboração e implementação (World Health Organization, 2007): esta política contou com a participação de usuários do sistema de saúde, familiares, técnicos de saúde em sua elaboração? Buscou-se sua normatização e garantias de financiamento, através, por exemplo, de legislação pertinente? A política é realista no levantamento dos obstáculos esperados e nas estratégias para superá-los? (um exemplo simples: se for identificada a falta de médicos em um país e a solução dada

é investir na formação, esta terá que contar com anos de espera para os primeiros formandos, uma estratégia mais realista seria dividir esforços entre formação e contrato de médicos estrangeiros por um período de transição); a própria política já tem em seu corpo mecanismos de avaliação e monitoramento predeterminados?

4.2 Avaliação baseada nos objetivos propostos e estratégias adotadas

Outro aspecto fundamental da avaliação da política de saúde é medir seu sucesso baseado nos objetivos e prazos explicitados por esta mesma política. Este é um dos motivos porque a OMS recomenda que a política de saúde mental seja acompanhada de um plano de saúde mental (World Health Organization, 2004): com estratégias claras e prazos e orçamento definidos, torna-se mais fácil avaliar o quanto da política de saúde mental proposta esta sendo cumprido, e a que custo.

Apesar de cada país exigir suas próprias estratégias, adequadas a sua realidade e dentro dos valores e princípios assumidos, uma série de recomendações para as políticas de saúde têm sido desenvolvidas nas últimas décadas, dentro de cenários globais, nacionais, ou grupos de países com poucos ou muitos recursos econômicos. Além do *Best Practices in Mental Health Reform* e do Relatório Mundial de Saúde de 2001, que discutiremos a seguir, também citamos o trabalho do grupo de pesquisadores de Havard (Dejarlais, et al, 1995) e da força tarefa do Instituto de Medicina da Academia de ciências norte-americana (Institute of Medicine, 2001).

O *Best Practices in Mental Health Reform* (Canadá, Minister of Public Works and Government Services, 2009), produzido para a conferência nacional de saúde mental canadense, ocorrida em 1997, foi elaborado por uma equipe de pesquisadores liderada por Paula Goering, da unidade de pesquisa em sistemas de saúde do Clarke Institute of Psychiatry. O texto se divide em três volumes: uma revisão das melhores práticas de cuidados na comunidade, evidenciadas por estudos científicos; um caderno com uma análise da situação do país, com exemplos de ações bem sucedidas; e outro de discussão. Apesar de fundamentalmente voltado para a

realidade do sistema de saúde canadense e sua reforma da assistência em saúde mental, o documento é bastante útil para formuladores de políticas de saúde mental de outros países, pela sistematização dos achados na revisão e da análise da reforma nas diferentes províncias. No tópico “estratégias para a reforma do sistema de saúde mental”, o documento destaca os seguintes elementos, baseados na revisão da literatura científica, para a “boa prática na implantação da política de saúde mental”:

- *“(...) A política de saúde mental é mantida por uma visão explícita, que os vários envolvidos tem conhecimento e concordância.*
- *Uma ampla gama de participantes, incluindo usuários e familiares, está envolvida na formulação e desenvolvimento da política.*
- *A política apóia o desenvolvimento de serviços e que estes possam ir além do sistema formal de saúde mental, por exemplo, em iniciativas de usuários e familiares e suporte informal.*
- *A política define metas mensuráveis que quantificam a magnitude e ritmo de mudanças da reforma.*
- *Há uma estratégia planejada para implementação da política, por exemplo, através da legislação e de documentos oficiais.*
- *A política cobre temas como a prioridade na alocação ou realocação de recursos fiscais ou humanos, coordenação do cuidado, integração dos serviços e suportes, participação do usuário e familiar, monitoramento da qualidade e resultados.” (Canadá, Minister of Public Works and Government Services, 1997).*

Já o departamento de saúde mental da organização mundial de saúde, condensando uma serie de produções anteriores, lança o Relatório Mundial de Saúde de 2001, com o titulo “Saúde mental, nova concepção, nova esperança”, que propõe 10 estratégias para a política de saúde mental (World Health Organization (2009c):

- *“Prover tratamento para transtornos mentais integrados aos cuidados primários.*
- *Assegurar amplo acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais.*
- *Prover cuidados na comunidade.*
- *Educar o público.*
- *Envolver comunidades, famílias e usuários.*
- *Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais de saúde mental.*

- *Desenvolver recursos humanos.*
- *Estabelecer vínculos com outros setores.*
- *Monitorizar a saúde mental comunitária.*
- *Apoiar pesquisas relevantes.”*

O relatório mundial de saúde de 2001 talvez seja o mais importante documento da OMS na área do planejamento em saúde mental. Estas dez recomendações que concluem o documento são apresentadas com exemplos de ações para três cenários possíveis: países com níveis altos, médios e baixos de recursos, a semelhança da classificação dos países pelo Banco Mundial (World Bank, 2009). O WHO-AIMS, instrumento para monitoramento e avaliação de sistemas de saúde mental desenvolvido pela OMS, que descreveremos em nossa metodologia do estudo, é baseado nestas dez recomendações do relatório mundial de saúde de 2001.

4.3 Avaliação dos resultados da política de saúde mental

Metodologias para monitorar e avaliar resultados de uma política pública serão necessariamente complexas. Por exemplo, aferir melhoras nas condições de saúde de uma população não equivale a medir a qualidade de uma política. Sabemos que as condições de saúde dependem de diversos fatores, vários deles fora do sistema de saúde (Akerman e Nadanovsky, 1992) e, portanto, a melhora ou piora das condições de saúde pode se dar por uma somatória de eventos (como mudanças nas condições socioeconômicas, educacionais, de moradia, etc.) que ultrapassa a ação da política instituída. Do mesmo modo, uma política que esteja cumprindo todas as suas metas estratégicas não garante necessariamente que as condições de saúde estejam avançando: por exemplo, o aumento de serviços na comunidade pode ser uma meta, mas não teremos com isto garantida que a qualidade da atenção em saúde mental e o padrão de saúde mental da população foi melhorado (World Health Organization, 2007).

Nos últimos anos, a crescente busca por evidências científicas que dessem fundamento às condutas nos tratamentos em saúde mental trouxe a necessidade de verificar a efetividade e eficiência do sistema de saúde mental de uma dada região ou país. Para além dos indicadores básicos (como número de internações e re-internações, por exemplo) vários parâmetros já foram propostos, como a continuidade do tratamento (Johnson et al, 1997); satisfação do usuário e do familiar (Bandeira et al, 2002), atendimento das necessidades (*needs*) dos pacientes (Munksgaard e Wiersma, 2006, McCrone et al, 2001, The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004), utilização e custos dos serviços (Knapp et al, 2002) entre outros.

A avaliação da efetividade de serviços da rede de saúde, diferentemente de avaliações de programas experimentais que testam modelos de intervenção (Bacharat, 1985), está sujeita a diversas variáveis, a ponto de Mechanic compará-la a uma “caixa preta”:

“Em nosso treinamento do método experimental, aprendemos a variar uma coisa de cada vez para cuidadosamente averiguar sua influencia, mas a maioria dos ensaios clínicos em saúde mental são complexas intervenções com muitos componentes. A intervenção é tipicamente uma “caixa preta”, e comumente não sabemos porque esta funciona ou falha. Esta situação faz que a replicação dos serviços de saúde seja difícil porque cada comunidade encontra diferentes oportunidades e constrangimentos em termos de recursos, variações nas equipes de tratamento e diferentes conjuntos de provedores.” (Mechanic, 1996)

Objetivos

1. Avaliar a política de saúde mental brasileira, a luz de seus objetivos e estratégias;
2. Levantar a documentação, portarias e as leis, para descrever as políticas e estratégias em saúde mental em curso no país e o processo de sua implementação;
3. Levantar o contexto histórico do desenvolvimento das políticas de saúde mental no Brasil e suas principais influências;
4. Quantificar recursos (orçamento, equipamentos de saúde, recursos humanos, ações na atenção básica, campanhas de conscientização da opinião pública, etc.) em saúde mental, no Brasil;
5. Avaliar a utilidade do instrumento WHO-AIMS, para colheita e sistematização dos dados referentes ao sistema nacional de saúde mental.

Métodos

O instrumento WHO-AIMS

O World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) (World Health Organization, 2009d) é uma ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para coletar informações essenciais sobre o sistema de saúde mental de países ou regiões. O objetivo do instrumento é fornecer informação para melhorar os serviços, identificando os pontos fortes e as fraquezas do sistema, e respaldar ações relevantes para a saúde mental pública. O WHO-AIMS foi criado para auxiliar países de renda baixa ou média, que, em sua maioria, não teriam especialistas e metodologia própria na área da avaliação das políticas de saúde mental, mas pode também ser aplicado em países de alta renda. Havendo, em 2009, cerca de 80 países que apresentaram relatório sobre os dados do WHO-AIMS, uma outra utilidade do instrumento ganha importância: a possibilidade de comparações entre países, com a obtenção de dados muito mais apurados que os obtidos no Projeto Atlas (World Health Organization, 2009b). O instrumento não fornece, ao final de seu preenchimento, nenhuma pontuação ou classificação do sistema de saúde mental estudado, e sim um painel dos principais recursos e processos envolvidos. Não se trata de um diagnóstico “neutro” da situação, pois o instrumento é referenciado às recomendações contidas no Relatório Mundial de Saúde de 2001 para as políticas de saúde mental (World Health Organization, 2009c). Pode-se afirmar que o WHO-AIMS indica o quanto a política de saúde mental estudada esta próxima ou distante destas recomendações.

O WHO-AIMS possui 155 itens, divididos em 6 domínios: (1) político e legislativo, (2) serviços de saúde mental, (3) cuidados primários de saúde mental, (4) recursos humanos, (5) educação pública e ligações com outros setores e (6) monitoramento e pesquisas. Utilizamos a versão 2.1 do instrumento, já existindo disponível a versão 2.2, com pequenas alterações (World Health Organization, 2009d).

Fonte de dados

A coleta de dados para o instrumento WHO-AIMS 2.1 contou com três fontes principais: Ministério da saúde (Coordenação Geral de Saúde Mental e documentos governamentais); Bancos de dados governamentais (DATASUS E CNES); e um questionário para informantes qualificados.

Ministério da Saúde

Foram realizadas entrevistas com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), da Secretaria de Atendimento a Saúde (SAS), do Ministério da saúde, para levantamento dos dados necessários ao instrumento já disponíveis no país. Além disto, foi feita uma revisão de toda legislação concernente saúde mental vigente até o momento atual, e dos textos governamentais dentro da área da saúde mental ou com alguma relação a esta área.

Bancos de dados, o Datasus e CNES

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é um órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. O Ministério da Saúde define a missão do DATASUS como *“prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde. Através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos”* (Brasil. Ministério da Saúde, 2009e). Os dados disponíveis no DATASUS são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, e do o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS, todos geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processados pelo DATASUS.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas às internações: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc. (Brasil. Ministério da Saúde, 2005). Quanto às informações ambulatoriais, as Bases de Dados Municipal e Estadual são recebidas pelo DATASUS, de acordo com uma tabela de procedimentos que gera desde julho de 1994 o Banco Nacional de Dados SIA/SUS. Na ocasião de nosso estudo a tabela em vigor era a descrita pela portaria do Ministério da Saúde nº 35, de 4 de fevereiro de 1999, que viria a ser mudada em 2008 por uma nova tabela. O SIAB/SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2003) não foi utilizado em nosso estudo.

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil. Ministério da Saúde, 2009f) foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. O CNES abrange a totalidade dos Hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS. Os Estabelecimentos de Saúde ambulatoriais não vinculados ao SUS, como consultórios e clínicas particulares, encontravam-se, na ocasião da pesquisa, em fase de cadastramento.

O cadastramento se dá pelas seguintes etapas:

1. O Fornecimento da informação através do preenchimento dos formulários por parte do responsável pelo Estabelecimento de Saúde (Internet, disquetes, formulário);

2. Verificação “in loco”, de competência do gestor, validando as informações prestadas pelos Estabelecimentos de Saúde;
3. Encaminhamento dos dados pelo Gestor ao DATASUS que incluirá a unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
4. Certificação do processo de cadastramento do Estado, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

A portaria SAS/MS nº 988, de 2002 (Brasil. Ministério da Saúde, 2009h), determina a obrigatoriedade da atualização, como ação contínua, do CNES por parte dos estabelecimentos de saúde e gestores, assim como da constante transposição desses dados para os sistemas SIA e SIH no caso dos prestadores de serviços ao SUS de Informações.

O CNES esta disponível de duas formas: por consulta *on line*, no site citado acima ou por arquivos gerados pelo DATASUS mensalmente, para serem utilizados num programa chamado Tab para Windows (TABWIN). Os arquivos e o TABWIN - CNES encontram-se disponíveis no site do CNES. Apesar dos dados *on line* serem mais atualizados, somente os dados no TABWIN permitiram certos cruzamentos de dados necessários para nosso estudo. Deste modo, por exemplo, na contagem de serviços ambulatoriais do país foi utilizada a consulta *on line* do CNES, e para o item 2.1.3. do WHO-AIMS (“Hospitais Psiquiátricos integrados funcionalmente a ambulatório de saúde mental”), foram utilizados os dados do TABWIN - CNES para dezembro de 2005 (ultimo mês disponível).

Questionário para informantes qualificados

Nos 30 itens do WHO-AIMS citados abaixo (**Quadro 2**), a falta de dados diretos, nos levou a utilizar informantes qualificados, através de uma entrevista enviada por e-mail. Os entrevistados foram selecionados através de uma lista de contatos da Coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, composta de:

- 26 coordenadores estaduais de saúde mental;

- 61 coordenadores municipais de saúde mental das capitais dos Estados e outros municípios com mais de 300 mil habitantes;
- 19 consultores da Coordenação de saúde mental.

Cada um dos 106 entrevistados recebia um e-mail convite para o estudo, recebendo senha de acesso uma página na Internet com o questionário. Obtivemos 33 respostas (34% do total). Uma parte dos itens pesquisados exigia por parte do WHO-AIMS uma avaliação dentro de intervalos de ocorrência (“nenhum”, “poucos”, “a maioria”, etc., como por exemplo, o item 2.9.2). Outras questões que solicitavam números absolutos (como o item 2.2.8), foram transformadas em questões de intervalos, idênticos a questão do item 2.9.2). Apenas nos itens 2.4.5 e 2.6.6 foram solicitados ao entrevistado uma estimativa em porcentagens de pacientes, de zero a 100%.

Quadro 2: Itens solicitados no questionário

DOMAIN 2: MENTAL HEALTH SERVICES

2.1.3; Mental hospitals organizationally integrated with mental health outpatient facilities.
 2.2.8; Provision of follow-up community care
 2.2.9; Mental health mobile clinic teams
 2.4.5; Involuntary admissions to community-based psychiatric inpatient
 2.4.7; Physical restraint and seclusion in community-based psychiatric inpatient units
 2.4.9; Community-based psychiatric inpatient beds that are for children and adolescents only
 2.5.7; Beds/places in community residential facilities that are for children and adolescents only
 2.6.6; Involuntary admissions to mental hospitals
 2.6.10; Physical restraint and seclusion in mental hospitals
 2.9.1; Availability of psychosocial interventions in mental hospitals
 2.9.2; Availability of psychosocial interventions in community-based psychiatric inpatient units
 2.9.3; Availability of psychosocial interventions in mental health outpatient facilities
 2.11.2; Use of mental health outpatient services by rural users
 2.11.3; Access to mental health services for potential linguistic minority users
 2.11.6; Differences between government-administered and for-profit mental health care facilities

DOMAIN 3: MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE

3.1.3; Assessment and treatment protocols in physician-based primary health care
 3.1.4; Referrals between primary health care doctors and mental health professionals
 3.1.7; Interaction of primary health care doctors with mental health services
 3.2.3; Refresher training programs for primary health care nurses
 3.2.4; Refresher training programs for non-doctor/non-nurse primary health care workers
 3.2.5; Assessment and treatment protocols in non-physician-based primary health care
 3.2.6; Mental health referrals between non-physician based primary health care to a higher level of care

3.3.1; Interaction of physician-based primary health care clinics with complimentary/ alternative/ traditional practitioners

3.3.2; Interaction of non-physician-based primary health care clinics with complimentary/ alternative/ traditional practitioners

3.3.3; Interaction of mental health facilities with complimentary/ alternative/ traditional practitioners

DOMAIN 4: HUMAN RESOURCES

4.2.2; Refresher training for mental health staff on the rational use of psychotropic drugs

4.2.3; Refresher training for mental health staff in psychosocial (non-biological) interventions

4.2.4; Refresher training for mental health staff on child and adolescent mental health issues

DOMAIN 5: PUBLIC EDUCATION & LINKS WITH OTHER SECTORS

5.3.3; Promotion and prevention activities in primary and secondary schools

Resultados

Os principais resultados serão mostrados no artigo “The mental health system in Brazil: policies and future challenges” (anexo 1). A totalidade dos resultados estão no Anexo 2: “*who-aims results*”. No anexo 3, apresentamos o “WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil”, entregue à Organização Mundial de Saúde, com aprovação do Ministério da Saúde.

Discussão

Avaliação das estratégias da política brasileira

A política de saúde mental não tem um documento que sintetize formalmente seu planejamento estratégico, como o faz o governo do Chile (Chile, Ministerio de Salud, 2000), por exemplo. Através de um levantamento dos documentos governamentais, legislação e da produção científica que descreve e comenta a reforma da assistência psiquiátrica brasileira, pudemos levantar os princípios e estratégias atuais da política brasileira, para então analisá-los à luz dos dados compilados. Os documentos oficiais que mais se aproximam da apresentação de um conteúdo programático são dois textos que revêem a política nacional atual: “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (Brasil, Ministério da saúde, 2005) e “Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006” (Brasil, Ministério da saúde, 2007), além do Relatório da III Conferência nacional de Saúde (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2002).

Direitos humanos

O país é signatário da declaração da Organização das Nações Unidas de “Princípios para a proteção de pessoas com transtornos mentais e melhoria do cuidado em saúde mental” de 17 de Dezembro de 1991 (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2009) e toda a política brasileira vem sendo desenhada buscando os princípios de respeito à dignidade e liberdades individuais dos usuários dos serviços de saúde mental, em especial os portadores de transtorno mental grave. No entanto, não há visitas de rotina nos serviços de saúde mental para inspeção e sensibilização sobre o respeito aos direitos humanos. Os hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados ao SUS deveriam passar por inspeção anual (o PNASH) que abordaria, entre outros aspectos, questões relativas ao respeito dos direitos humanos dos pacientes internados, mas esta inspeção não tem sido realizada

anualmente. Tradicionalmente no país, a discussão sobre direitos humanos em hospitais psiquiátricos, enfermarias de psiquiatria em hospital geral ou residências terapêuticas não é promovido em cursos ou eventos periódicos, podendo estar presente nas discussões de equipe, administrativas ou de discussão clínica, dependendo assim da atenção e importância dada ao tema em cada serviço de saúde mental.

Legislação

Uma das principais estratégias no Brasil para implementar os objetivos da política de saúde mental, passa pela regulamentação do sistema, através de um arcabouço normativo dentro do SUS. De fato, foram publicadas, de 1990 a 2004, 22 portarias pelo Gabinete do Ministro da Saúde e 14 pela secretaria de Assistência à Saúde, versando sobre saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (Brasil, Ministério da saúde, 2004). Essa estratégia tem se mostrado efetiva: serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros CAPS e SRT, ao serem lançados como programa de governo, passam a contar com normatização e financiamentos garantidos pela legislação do SUS, provocando um crescimento explosivo no número destes serviços no país (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

A legislação brasileira, principalmente através do arcabouço normativo do SUS, e pela lei 10.216 de 2001, cobre todos os tópicos listados pelo WHO-AIMS, no campo da legislação em saúde mental:

1. Acesso aos cuidados de saúde mental, incluindo o acesso a cuidados o menos restritivo possível;
2. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental, de seus familiares e de outros cuidadores;
3. Competência, capacidade e medidas de proteção para os doentes mentais;
4. Tratamento voluntário e involuntário;
5. Credenciamento de profissionais e de serviços;
6. Aplicação da lei e outras medidas do sistema judicial para pessoas com doenças mentais;
7. Mecanismos de fiscalização de internações involuntárias e de práticas terapêuticas;
8. Mecanismos de implementação das provisões legais relativas à saúde mental.

Uma lacuna importante apontada pelo WHO-AIMS é a ausência de legislação específica para proteção do trabalho e oferta de moradia do portador de transtorno mental grave.

Financiamento

Dada a gigantesca dimensão do SUS e sua natureza descentralizada, é muito difícil falar em um orçamento nacional para a saúde mental. O governo federal estimou gastar 2,35%, em 2005, do seu orçamento para a saúde, com saúde mental. No entanto sabe-se que os estados e municípios da união gastam de sua própria verba quantias muito variadas em saúde e dentro desta em saúde mental.

A proporção de gastos com internações psiquiátricas versus cuidados na comunidade vem se invertendo, e em 2005 o Ministério da Saúde já gastava 51% do orçamento da saúde mental com ações na comunidade e medicamentos, mas existem indicações de que, na passagem para o modelo comunitário, o montante gasto pelo governo federal com saúde mental diminuiu (Andreolli et al, 2007). Esta redução foi contestada pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde (Delgado, 2007).

Cobertura de leitos psiquiátricos

Temos hoje crescente evidência que suporta a idéia de um “balanço” entre serviços comunitários e hospitalares (Thornicroft e Tansella, 2004), melhor que a possibilidade de um sistema planejado unicamente com um destes dois componentes. A superação do hospital psiquiátrico é uma premissa da política de saúde mental brasileira, mas se, ao final das mudanças em curso, restarão ainda hospitais psiquiátricos de pequeno porte, ou em caso contrário, se toda internação será realizada indiferenciadamente nos CAPS III ou em leitos de psiquiatria em hospital geral ainda não está totalmente claro.

O planejamento proposto nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, (Brasil, Ministério da Saúde, 2006) utiliza o conceito de “Leitos integrais em saúde mental”, que seriam a soma dos leitos psiquiátricos em HG, HP, leitos de CAPS III e pronto-socorros, para calcular a cobertura de leitos por habitante, determinando que esta deve ser de 0,1 a 0,16 leitos/1.000 habitantes, para “municípios com rede substitutiva efetiva” e de 0,16 a 0,24 leitos/1.000 habitantes, para “municípios com hospital psiquiátrico e sem rede substitutiva efetiva”. Municípios que tenham cobertura acima destes números deveriam diminuir o número de leitos em hospital psiquiátrico, quando esses estiverem presentes.

“Entende-se por Rede substitutiva efetiva aquela rede composta por diversos dispositivos (CAPS, SRTs, Programa de Volta Para Casa, saúde mental na atenção básica, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, etc.) que foram capazes de efetivamente controlar a porta de entrada das internações, reduzir as internações, reduzir drasticamente o tempo médio de permanência das internações, reduzir consideravelmente os leitos ou fechar hospitais psiquiátricos.” (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A **tabela 2** mostra que, pelos números colhidos pelo WHO-AIMS no ano de 2006, a soma dos “leitos integrais de saúde mental” sem os leitos em hospital psiquiátrico, mesmo se somados com os leitos particulares no país, não passava de um décimo do proposto para a cobertura em um Município funcionando com a chamada rede substitutiva.

Houve uma redução de 31% dos leitos em HP de 1999 a 2004, e o número continua caindo, passando, de 0,23 leitos públicos em HP por mil habitantes no país em 2005, para 0,19 leitos públicos em HP por mil habitantes, em 2008 (Brasil, Ministério da Saúde, 2008). Em termos comparativos, os países de renda “média-alta”, mesma categoria do Brasil, têm, na mediana, 0,77 leitos por mil habitantes, somando-se neste último índice leitos em HP e HG (World Health Organization, 2009b).

Tab 2. Total de leitos no Brasil, SUS (públicos e conveniados) e particulares, em 2006.

Estabelecimentos	Leitos SUS	Leitos / mil hab	Leitos Particulares	Leitos / mil hab	Total de Leitos	Total Leitos /mil hab
HG com leitos de psiquiatria	1094	0,0059	130	0,0007	1224	0,0066
HG com enfermaria psiquiatria	1939	0,0104	420	0,0022	2359	0,0126
Pronto-Socorro especializado psiquiatria	45	0,0002	0	0,0000	45	0,0002
Leitos em caps III	74	0,0004	0	0,0000	74	0,0004
Leitos integrais em saúde mental, sem Hospital Psiquiátrico	3152	0,0169	550	0,0029	3702	0,0198
Hospital psiquiátrico publico ou conveniado	43039	0,2304	4900	0,0262	47939	0,2567
Hospital psiquiátrico não SUS	0	0,0000	3232	0,0173	3232	0,0173
total	46191	0,2473	8682	0,0465	54873	0,2938

Fonte: CNES, junho de 2006. População do país, em 01/07/2006, de 186.770.562 habitantes (Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009).

Observamos que, além das estratégias criadas para a redução planejada de leitos, o PRP e o PNASH, o primeiro estimulando hospitais a reduzirem seu número de leitos de forma gradual, o segundo fechando hospitais que não obtenham pontuação mínima na avaliação, vários hospitais psiquiátricos tem se descredenciado do atendimento SUS nos últimos anos, por insatisfação com o valor pago das diárias. Empiricamente, podemos levantar o problema de instituições que, vendo sua margem de lucro diminuir, passam a diminuir investimentos no serviço, reduzindo equipe técnica e condições de infra-estrutura. Quando essas instituições passam a ser questionadas pelos usuários, familiares, vigilância sanitária ou mesmo vislumbram o risco de ser rebaixados ou descredenciados pelo PNASH, tomam a iniciativa do descredenciamento, o que em geral causa grande impacto na cobertura de sua região, dado o imprevisto e os prazos pequenos para seu desligamento do sistema.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Os CAPS são a grande aposta da política de saúde mental brasileira para a mudança do modelo de atendimento na comunidade. Os CAPS se iniciaram no país

através de equipes muito motivadas e engajadas nos ideais da reforma psiquiátrica italiana e não é por acaso que seu nome inspirou-se nos serviços criados durante a cooperação italiana na Nicarágua. Com a evolução do modelo e o CAPS se transformando na linha mestra da rede de serviços de saúde mental, verificou-se que o CAPS atendia várias necessidades da reforma psiquiátrica, dentre elas a interiorização dos cuidados de saúde mental. Em municípios pequenos, aonde anteriormente as ações de saúde mental podiam não passar da existência de 1 ou 2 psicólogos na rede básica e de um clínico geral com alguma formação em psiquiatria no ambulatório geral, por exemplo, a abertura de um CAPS I passa a fornecer, mais que outro local de atendimento (o que em si já oferece aos pacientes mais graves, dispersos no sistema, uma referência que antes não tinham), uma equipe multiprofissional que se encarrega de ordenar e executar ações de saúde mental mais complexas do que antes cada profissional fazia isoladamente. Além disso, o caráter aberto e polivalente dos CAPS pode suprir grande parte das diversas e sempre crescentes demandas da saúde mental, sem que sejam necessários outros serviços mais específicos: os CAPS devem atender urgências, acompanhar os pacientes mais graves, oferecer oficinas de oferta de trabalho, orientar a atenção básica, controlar medicações psicotrópicas de alto custo, realizar atividades culturais e educativas para a comunidade, entre tantas outras funções (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Ao sair do referencial tradicional do ambulatório de saúde mental e do hospital-dia, foi possível impor novos parâmetros na composição e competências dos profissionais da equipe (Nunes et al, 2008), também na tentativa de diminuir o entrave da falta e má distribuição de psiquiatras e enfermeiros especializados em psiquiatria nas diferentes regiões do país (que discutiremos a seguir). A **tabela 3** mostra que grande parte dos CAPS é de complexidade tipo I, ou seja, não necessitam de psiquiatra ou enfermeiro especializado para serem abertos, e que esta proporção vem aumentando. Em 2008 cerca de 69% dos CAPS funcionavam em cidades com menos de 200 mil habitantes, mostrando a importância desta estratégia na interiorização dos serviços de saúde mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2009i).

Tab 3: Evolução do número de CAPS no país, por tipo de unidade.

	Dez 2004	%	Jun 2006	%	Out 2008	%
CAPS I	271	41,19%	355	41,86%	602	46,67%
CAPS II	237	36,02%	290	34,20%	371	28,76%
CAPS III	29	4,41%	28	3,30%	40	3,10%
CAPS ad	78	11,85%	109	12,85%	182	14,11%
CAPS i	43	6,53%	66	7,78%	95	7,36%
Total	658	100,00%	848	100,00%	1290	100,00%

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2009i.

Serviços residências terapêuticas

Os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) tem o objetivo de abrigar os pacientes de longa permanência dos HP. Este programa vem crescendo continuamente, em 2002 existiam 85 SRT, em 2008 já tínhamos 502, com 2594 moradores (Brasil, Ministério da Saúde, 2009i), o que é ainda muito pouco para atender a demanda de usuários que hoje permanecem nos HP por não ter condições de suporte social e de tratamento na comunidade, caso recebam alta hospitalar. Somente no Estado de São Paulo, aonde se realizou um “censo dos moradores de hospital psiquiátrico”, em 2008, encontrou-se 6.349 pacientes de longa permanência (mais de um ano), 65% destes internados há mais de 10 anos e 26% sem informações sobre os familiares (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008).

Um ponto positivo na proposta dos SRT é que a verba para sua implantação vem da quantia anteriormente gasta no leito ocupado pelo paciente no HP (com a saída do paciente, a vaga deixa de existir), garantindo assim a transferência de recurso hospitalar para o recurso comunitário. As maiores dificuldades encontradas são a necessidade de equipes de saúde mental (no geral dos CAPS) preparadas para supervisionarem o SRT e tratar os seus moradores, e para o risco destes pacientes serem “institucionalizados na comunidade” ou seja serem transferidos para áreas degradadas da cidade (onde os vizinhos não colocaram empecilhos à abertura do serviço) e confinados à sua nova moradia (Furtado, 2006).

Hospital Dia, ambulatórios de saúde mental e Leitos em Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral

Se o Hospital-dia em saúde mental é hoje considerado um modelo superado pela CGSM (Brasil, Ministério da Saúde, 2007), o ambulatório de saúde mental e a unidade de psiquiatria no hospital geral (UPHG) encontram-se em uma posição ambígua: apesar de reconhecidos como importantes dentro da rede de serviços, não têm uma política clara de estímulo a seu favor na política de saúde mental brasileira.

Os ambulatórios de saúde mental tendem a serem substituídos pelos CAPS e por atendimentos na atenção básica, mas, principalmente nas grandes cidades, ainda permanecem ambulatórios com um número de atendimentos expressivo: em 2005 foram 5.130.507 consultas de psiquiatria e 13.866.147 “atendimentos psicossociais” (terapias, oficinas terapêuticas, psicodiagnóstico) realizados em serviços ambulatoriais. O número de ambulatórios de saúde mental varia de acordo com sua definição, não havendo uma padronização a esse respeito. Em nosso estudo levantamos todos os serviços considerando, como ambulatório de saúde mental, todos os serviços ambulatoriais que tivessem pelo menos um psiquiatra em seu corpo técnico, chegando ao número de 1199 serviços. Seguindo o recorte do instrumento, retiramos todos os serviços exclusivos voltados para o atendimento de portadores de deficiência mental ou de problemas decorrentes do uso de substâncias, registrando ao final o número de 1086 serviços (Dezembro de 2005). A CGSM (Brasil, Ministério da Saúde, 2007) adotou a definição de ambulatório de saúde mental como tendo, no mínimo, 4 profissionais de saúde mental (independente da especialidade) prestando atendimento, registrando assim 862 serviços (em 2006).

O caso da UPHG é mais sensível: o Brasil tinha em 2005 apenas 105 unidades com 2074 leitos, 3,7% do total de leitos psiquiátricos do país. Apesar de constar como parte dos chamados “leitos de atenção integral em saúde mental” (hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), claramente esta não é uma estratégia prioritária na política atual (no *Relatório de Gestão 2003-2006*, da CGSM, as EPHG praticamente não são citadas).

Os motivos para o não desenvolvimento do modelo da UPHG podem ocorrer em três esferas: o não apoio por parte do movimento antimanicomial, que identificam a UPHG como atrelada à lógica do saber médico e da exclusão social; a aposta, por parte da CGSM, que os leitos em CAPS III supririam grande parte ou toda a demanda de cuidados de crise em saúde mental; e dificuldades de convencimento dos gestores locais e administradores hospitalares da importância e viabilidade da proposta. Para Luccesi e Malik (2009) *“A principal dificuldade para a implantação das unidades psiquiátricas não é o estigma presente na cultura dos hospitais gerais, mas uma limitação de ordem estratégica: a falta de uma política afirmativa para essas unidades”*.

Saúde mental na atenção básica

Ainda existe muita discrepância no estágio da atenção à saúde mental nos municípios, havendo a necessidade de desenvolver sistemas de informação que possam dar subsídios para compreender o impacto dessas ações.

Os profissionais de saúde mental nos NASF são a principal estratégia nacional para o desenvolvimento da atenção à saúde mental na atenção básica. A portaria 154, de 2008 (Brasil, Ministério da Saúde, 2009c) que cria os NASF afirma que *“(...) Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental.”* De janeiro de 2008, até abril de 2009, foram credenciados 106 NASF, a maioria com pelo menos um profissional de saúde mental (Brasil. Ministério da Saúde, 2009f). Ainda não temos estudos acerca da efetividade e eficiência desta forma de capacitação e atendimento.

Com a criação do PSF, a atenção básica a saúde dividiu-se em duas formas de atendimento, que em geral convivem cobrindo diferentes territórios em cada município: o atendimento tradicional em unidades básicas de saúde (UBS) e centros de saúde (CS), e o PSF. Em 2005, 44,4% da população brasileira estava coberta pelo

PSF, o restante sendo atendido pelos serviços de atenção básica tradicionais, havendo grande variação regional nessa cobertura (Brasil, Ministério da Saúde, 2009g). Apesar de não haver restrições para que as equipes de apoio matricial em saúde mental trabalhem com as equipes tradicionais das UBS e CS, a verba federal de investimento e custeio para os NASF destina-se ao PSF, o que pode criar um descompasso nas ações de saúde mental na atenção básica nos diferentes modelos, num mesmo município.

As iniciativas para treinamento dos profissionais na atenção básica estão hoje centradas nas ações de matriciamento, mas um número não conhecido de programas de capacitação em saúde mental ocorre em diversos municípios. Apenas uma pequena parcela dos técnicos de atenção básica realiza treinamento em manejo de psicotrópicos, intervenções psicossociais ou outros temas de saúde mental; não existe um conteúdo mínimo padronizado para essas atualizações.

O matriciamento encontra dificuldades em sua implementação, pois ainda são poucos os profissionais de saúde mental formados para trabalhos nesse referencial.

Não faz parte da política nacional o estímulo ao desenvolvimento e implementação de diretrizes de ação para os problemas mais freqüentes em saúde mental. Aqui, a política brasileira contrasta com as recomendações para de ações para cuidados essenciais para os principais transtornos mentais da população, que trabalham com base na criação de diretrizes de diagnóstico e tratamento (World Health Organization, 2003b e 2009c, Patel et al, 2007, The Lancet Global Mental Health Group, 2007). Uma exceção a essa observação é o Programa de Prevenção do Suicídio, que adotou material desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, dentre ele o “Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária” (World Health Organization, 2009e), lançado em 2000, e que oferece diretrizes de diagnóstico e ação ao profissional da atenção básica, para atendimento de pessoas com risco de suicídio.

Atenção à infância e adolescência

Muito pouco pode ser observado sobre a política nacional de saúde mental para a infância e adolescência, para além do pequeno número de serviços (comunitários ou hospitalares) destinados a essa clientela; das enormes dificuldades advindas da escassez de técnicos especializados na área, em especial psiquiatras infantis; e da grande demanda no país, que ainda tem uma grande proporção da população abaixo dos 18 anos. Além disso, problemas sociais com a criminalidade e a evasão escolar estão intimamente relacionados com as condições de saúde mental desta população. A CGSM aponta como estratégias de sua política a sensibilização dos profissionais de saúde em geral para as demandas de saúde mental trazidas pelas crianças, adolescentes e os adultos que os acompanham, além do trabalho intersectorial, desenvolvido em instâncias como o “Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil” (Brasil, Ministério da Saúde, 2005c).

Recursos Humanos

Os números de profissionais de saúde mental trabalhando em serviços de saúde (os consultórios particulares não foram computados) mostram que temos 18,76 técnicos de saúde mental para cada 100 mil habitantes (tabela 4). Sem levar em conta a grande variação regional destes números, a distribuição das diferentes categorias profissionais difere muito da encontrada pelo Projeto Atlas (World Health Organization, 2009b) na mediana das Américas ou na mediana dos países de renda per capita “média-alta”, pela classificação do Banco Mundial (World Bank, 2009).

Tab 4: Número de Profissionais atuando em serviços de saúde mental por 100.000 habitantes, por profissão. (Item 4.1.1 do WHO-AIMS Brasil, comparado com dados do ATLAS 2005).

Profissionais atuando em serviços de saúde mental	Brasil	Américas	Países de renda média-alta
1. Psiquiatras	3,26	2,00	2,70
2. Outros médicos, sem especialidade em psiquiatria*	0,58	—	—
3. Enfermeiras psiquiátricas**	1,70	2,60	5,35
4. Psicólogos	10,19	2,80	1,80
5. Assistentes sociais	1,08	1,00[#]	1,50[#]
6. Terapeutas ocupacionais	1,95	—	—

* Não temos o total. O número de clínicos gerais trabalhando em HP foi de 758 e em CAPS foi de 307.

** Enfermeiras habilitadas como enfermeira psiquiátrica = 680; Enfermeiras trabalhando em HP = 1450; e em CAPS = 989.

*** Havia 14.338 assistentes sociais nos serviços de saúde como um todo. Não temos o número de assistentes sociais dedicados exclusivamente à saúde mental, mas existiam 949 nos HP e 1036 trabalhando nos CAPS.

Em outros países, a função do assistente social (*social worker*) na saúde mental está voltada para intervenções psicoterápicas e gerenciamento de caso de pacientes com transtorno mental grave.

Fonte: TABWIN-CNES, Dezembro, 2005. World Health Organization, 2005

Esses números testemunham uma estratégia implícita no Brasil, a não centralização do modelo de assistência na figura do psiquiatra e do enfermeiro psiquiátrico. Essa característica pode encontrar duas explicações não excludentes: por um lado, na ênfase no princípio do trabalho em equipe multiprofissional, na chamada clínica ampliada e estendida (Campos e Amaral, 2007), e na crítica ao papel central do saber médico (aqui personificado na figura do psiquiatra e do enfermeiro); por outro lado, na necessidade de criar rapidamente e a custos factíveis serviços de saúde em todo o país. Os psiquiatras no Brasil estão muito concentrados nas maiores cidades e tem uma formação custosa e demorada em comparação com outros profissionais.

Na maioria dos cursos de graduação na área de saúde em geral, o número de horas dedicadas ao ensino e a prática em saúde mental é muito reduzido (estimamos em 3% do tempo total do curso de medicina e 7% do curso de enfermagem) e ainda, em grande parte, esse ensino se faz em estágios em hospitais psiquiátricos ou em serviços universitários desvinculados, em maior ou menor grau, do sistema de saúde.

A formação de profissionais de saúde mental é reconhecida como prioritária na política brasileira, mas estratégias de maior impacto ainda não foram efetivadas. Pode-se afirmar que os cursos de graduação em psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria ou especialização em saúde mental para serviço social e enfermagem, não formam profissionais para o novo modelo de atendimento em saúde mental.

O governo tem prestigiado cursos de especialização em saúde mental, mas os cursos universitários de graduação e cursos técnicos necessitam ser envolvidos para o aperfeiçoamento do conteúdo de saúde mental em seus currículos. O novo modelo espera que os profissionais detenham uma formação sólida na atenção aos direitos humanos dos pacientes, trabalho multidisciplinar, relação com outros setores da sociedade, com capacidade de desenvolver atividades culturais, esportivas, artísticas, e de geração de renda. A transposição desses novos referenciais ainda em desenvolvimento para a realidade dos serviços tem sido descrita como difícil e estressante para os profissionais de saúde mental (Koda e Fernandes, 2007).

Associações de usuários e familiares e Organizações não governamentais ligadas à saúde

Não há uma política específica de apoio financeiro para a abertura ou manutenção de associações de usuários ou familiares, apesar da participação dessas ser prevista e estimulada nos conselhos de saúde e nas conferências locais e nacionais de saúde mental. Algum suporte financeiro é fornecido com o pagamento de transporte e estadia de representantes das associações em encontros como as conferências de saúde mental e o colegiado de saúde mental.

O Brasil tem uma composição peculiar em suas associações, que poderíamos chamar de mistas. Diferente de outros países, as associações brasileiras se formam em torno de usuários, familiares e técnicos de saúde mental de um determinado serviço, também como forma de superar entraves burocráticos existentes nos serviços de saúde, para as atividades geradoras de renda ou na ajuda financeira aos usuários (Rodrigues et al, 2006).

O país passou por um crescimento acentuado do chamado terceiro setor nos últimos anos, mas não sabemos o número preciso de ONG's com ações em saúde mental, nem o impacto destas ações na assistência aos que necessitam de cuidados em saúde mental. Não existe uma estratégia explícita para as ações de educação e conscientização do público, a não ser o apoio às iniciativas contra o estigma e discriminação das pessoas com transtornos mentais graves e contra “o modelo asilar”.

Intersetorialidade

Ilustrando a dificuldade das ações de saúde mental com outros setores do governo ou da sociedade, Becker e Vasquez-Barquero (2001), em um estudo das políticas de saúde mental dos países europeus, comentam que as ações intersetoriais estavam menos bem sucedidas, se comparadas às mudanças internas nos serviços de saúde mental.

No Brasil, o relatório de gestão de 2006, da CGNS (Brasil, Ministério da Saúde, 2007) relata as seguintes ações intersetoriais desenvolvidas pela política de saúde mental: “inclusão social pelo trabalho”, trabalhando fundamentalmente com a Secretaria Nacional da Economia Solidária, do Ministério do Trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2005c); saúde mental e cultura (com o Ministério da Cultura); e ações que poderíamos agrupar em “ações intersetoriais para grupos ou populações específicas”: infância e adolescência (Brasil, Ministério da Saúde, 2005d), população negra, homossexuais, e mulheres. No entanto, não temos ainda dados do impacto

dessas ações, nem da extensão que experiências isoladas tem conseguido se generalizar no país.

Sistemas de informação

O **Anexo 4** traz todos os dados quantitativos solicitados no WHO-AIMS que não temos acesso regular. Dos 155 itens pesquisados, em 99 não tínhamos os dados para uma resposta exata ou mesmo uma estimativa mais apurada da informação solicitada.

O DATASUS é uma base de dados com informações sobre a produtividade do sistema de saúde. A estratégia empregada é a de utilizar os dados contidos no DATASUS e no CNES para monitorar os procedimentos de saúde mental. No entanto, o DATASUS traz limitações ao monitoramento do sistema de saúde mental, quer pela falta de informações relevantes apenas para o sistema de saúde mental, quer pelo fato de não contabilizar os procedimentos realizados na chamada medicina complementar (convênios de saúde, cooperativas medicas e serviços particulares). Os dados da medicina complementar são muito importantes para a avaliação do setor público, por exemplo, ao se verificar o risco descrito por Girolano et al., (2007), ao analisar a reforma psiquiátrica italiana, do novo modelo gerar aumento da procura por internações em hospitais particulares.

Outra dificuldade trazida pelo uso do DATASUS é que, sendo um sistema de dados fundamentalmente criado para o controle do repasse de verbas aos estados, municípios e prestadores de serviço conveniados, seus números podem apresentar um viés pelo risco de superfaturamento.

Apesar do avanço trazido pela estruturação do sistema único de saúde (SUS) e do objetivo de gerar dados acurados da estrutura de saúde e sua produtividade, as fontes de informação carecem de interlocução e sinergismo. O cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), por exemplo, não está totalmente interligado aos

dados do DATASUS dificultando assim o cruzamento de dados da rede de serviços e da produção do sistema.

Nas ações interinstitucionais envolvendo a saúde mental, a falta de coordenação para coleta de dados ocorre em áreas estratégicas, como por exemplo, nas informações sobre o diagnóstico dos auxílios concedidas pelo INSS; controle e fiscalização das internações involuntárias, pelo ministério público; número de trabalhadores portadores de “deficiências”, contratados nas empresas; ações de promoção e prevenção nas escolas primárias e secundárias; entre outras.

Existem dispositivos legais para controle das internações involuntárias, defesa dos direitos humanos e acolhimento de denúncias de má prática em saúde mental, mas falta ainda maior entrosamento entre ministério público e autoridades locais de saúde, com a troca de dados e compilação de relatórios das ações periodicamente.

O “cartão SUS” (Brasil. Ministério da Saúde, 2009j), em desenvolvimento no país, é uma promessa de que cada usuário, possuindo um número no sistema de dados, possa ser acompanhado em sua demanda por atendimento: número de consultas, internações, inscrição em programas como o “de volta para casa”, etc., possibilitando o monitoramento dos pacientes graves em uma dada região, além de uma avaliação mais aprimorada de todo o sistema de atendimento em saúde mental.

O manual “Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde”, de 2006, apresenta vários parâmetros assistenciais de concentração e de cobertura propostos pelas áreas técnicas do ministério da saúde, dentre elas a saúde mental. Estes parâmetros *“Representam recomendações técnicas, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS, no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, e podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com as realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras”* (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Formulados para diferentes cenários (rede de saúde com e sem CAPS, municípios com ou sem “rede substitutiva efetiva”) foram criados parâmetros para a saúde mental na atenção básica, CAPS, ambulatorios, serviços residenciais terapêuticos e “leitos integrais em saúde mental”. De extrema utilidade para a organização do sistema de saúde mental, esses parâmetros ainda não estão sendo colhidos e monitorados de forma rotineira no país.

Num país com as dimensões do Brasil o fluxo de informação precisa para cada gestor, e mesmo para cada equipe de saúde mental, torna-se um desafio para melhorar o controle governamental e social sobre os gastos e resultados das ações em saúde mental. A coordenação de saúde mental organizou diversos programas nos últimos anos, com orçamento e organização muitas vezes garantidos por lei através de portarias. No entanto, seria produtivo a elaboração de um documento com todos os programas em vigor, constando suas premissas e objetivos, estrutura regional e nacional, com responsáveis envolvidos, tarefas delineadas, cronograma das ações e orçamento alocado.

Pesquisa

O investimento canalizado para os programas de pós-graduação na formação de recursos humanos, por meio de bolsas de estudos e fomento à pesquisa, tem permitido ao País uma modesta, mas crescente presença na pesquisa em saúde mental no cenário internacional (Mari et al, 2006).

O CNPq, em parceria com o ministério da Saúde, abriu em 2008, uma seleção pública de propostas de pesquisa sobre Saúde Mental, que abordem um dos seguintes temas: “saúde mental na Atenção primária”; “desinstitucionalização e inclusão social” e “gestão e organização da atenção” (Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2009). No que se refere ao envolvimento do sistema de saúde com a produção científica, ainda é pequena a participação dos técnicos dos serviços de saúde mental que produzem pesquisa científica nos seus locais de trabalho.

Conclusões

Apesar de hoje a maioria dos países desenvolverem políticas específicas para a área da saúde mental, a avaliação dessas políticas nacionais ainda é um desafio sobre o qual há pouca produção científica e muito pouco consenso. A avaliação da política nacional de saúde mental brasileira é especialmente difícil, dada a dimensão e complexidade de nosso sistema de saúde. Os dados mostram que a reforma do sistema de saúde mental brasileiro apresentou, nas duas últimas décadas, intensa mudança no modelo de assistência, no destino dos recursos financeiros, e no arcabouço legislativo. Podemos dizer que o sistema de saúde mental no Brasil apóia-se sobre uma política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma da atenção psiquiátrica. O sistema baseia-se hoje num ênfase às ações no âmbito do CAPS, havendo uma mudança de um sistema hospitalocêntrico para um modelo de enfoque comunitário.

Observamos a ausência de um cronograma geral para o plano nacional de saúde mental e cronogramas para programas específicos, como a atenção às emergências em saúde mental, saúde mental na atenção básica, atenção à criança e adolescência, etc. Algumas portarias, atas de encontros e outros documentos oficiais especificam prazos e metas, mas de forma esparsa e sem que possamos traçar uma visão do conjunto.

Há uma ênfase em posicionamentos e normatizações que prestigiem a defesa dos direitos humanos no atendimento em saúde mental, bem como a não discriminação do portador de transtorno mental no sistema de saúde. No entanto, práticas continuadas e generalizadas de conscientização e educação em direitos do portador de transtorno mental, na comunidade em geral e para técnicos de saúde em específico, e fiscalização rotineira dos serviços públicos e privados são ainda necessárias.

Existe um debate se a proporção de gastos com a saúde mental permaneceu estável ou diminuiu com a reforma psiquiátrica. De qualquer forma os cerca de 2% do orçamento federal para a saúde gasto com saúde mental é um número baixo frente o impacto dos problemas de saúde mental na sociedade. Na média, os países do continente americano despendem 2,9% de seu orçamento da saúde com saúde mental e os países da Europa 6,3% do seu orçamento.

O acesso ao tratamento (não só ao atendimento, mas também à medicação, quando necessária) está amplamente garantido por lei e programas do SUS. Este estudo não realizou uma comparação entre Estados ou Regiões do país (que poderia se dar aplicando o instrumento em cada região, por exemplo), mas a variação dos índices de serviços ou recursos humanos por habitante, nas diferentes regiões do país, indica que as regiões mais carentes do país (em especial a região Norte) tem dificuldade em oferecer acesso ao tratamento.

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos é objeto de planejamento para que esta ocorra de forma gradual e acompanhada por programas de apoio, como a abertura de SRT e a bolsa “de volta para casa”. No entanto as más condições de muitos hospitais psiquiátricos conveniados e a falta de estímulo financeiro para que estes invistam em sua infra-estrutura podem estar levando a um descredenciamento não previsto de hospitais, com risco de crises de falta de assistência.

Novos serviços, os CAPS e os SRT foram priorizados na política nacional e alcançaram grande expansão nos últimos anos. O crescimento do número de CAPS, de 658 para 1290 unidades, de 2004 a 2008, se fez, em quase metade dos casos por abertura de CAPS I, em cidades de menos de 100 mil habitantes. Serviços comunitários mais tradicionais, como o hospital-dia e o ambulatório de saúde mental, não são uma prioridade estratégica. Não há, também, investimentos na UPHG com a intensidade que se viu nos CAPS, e a aposta implícita de que os leitos nos CAPS III suplantarão a falta de leitos em hospital geral pode gerar dificuldades para o paciente e equipe de saúde mental, nos casos mais graves e com comorbidades clínicas.

A atenção básica passa neste momento por um grande investimento em saúde mental, que não foi captado pelo instrumento em 2006: a contratação de equipes de saúde mental nos núcleos de apoio a saúde da família (NASF). O investimento em equipes de saúde mental (dos NASF ou dos CAPS) realizando o chamado apoio matricial, no lugar da estratégia tradicional de referência e contra-referência entre serviços da atenção básica e serviços de saúde mental, ainda necessita de mais estudos sobre sua efetividade e eficiência no sistema de saúde.

O Brasil tem índices por habitante de psiquiatras e psicólogos acima da média dos países de mesma classificação de renda, o mesmo não acontecendo com os enfermeiros e assistentes sociais com especialidade em saúde mental, que estão abaixo da média do mesmo grupo de países (World Health Organization, 2009b). Os profissionais, em especial os psiquiatras, estão muito concentrados nos grandes centros urbanos, sendo a estratégia de interiorização dos cuidados de saúde mental realizada na maioria das vezes sem a presença de psiquiatras, e sim de clínicos gerais com treinamento em saúde mental, nos CAPS I.

As faculdades e escolas técnicas da área da saúde não só dedicam pouco tempo de sua grade total a temas de saúde mental, como os currículos no geral não são adaptados às necessidades propostas pelo novo modelo trazido pela reforma psiquiátrica.

No campo do sistema de informação em saúde mental, este se apóia em grande parte no sistema de informações do SUS, o que gera limitações: alguns dados de interesse específico da saúde mental não puderam ser obtidos do DATASUS ou CNES e a chamada medicina complementar (serviços particulares, pagos pelo usuário) não está presente na compilação de número de atendimentos, internações, etc.

Em 64% (99 itens) do WHO-AIMS, versão 2.1, não pudemos obter dados confiáveis para a informação solicitada. Como o instrumento baseia-se nas estratégias de política de saúde sugeridas pela OMS, e em sua maioria adotadas pelo Brasil, podemos afirmar que a política brasileira carece de um sistema de dados que alimente melhor suas estratégias com informações mais apuradas sobre os recursos disponíveis e processos envolvidos no cuidado em saúde mental.

O Brasil possui uma política específica para a atenção aos problemas relacionados ao uso de substâncias (Brasil, Ministério da Saúde, 2003), mas que não foi objeto de análise em nosso estudo.

Sobre o instrumento WHO-AIMS

O WHO-AIMS mostrou-se, no geral, de fácil manejo e compreensão, tendo mesmo um papel pedagógico para o aplicador, pois sua estrutura em tópicos relevantes e inter-relacionados retoma na prática as recomendações básicas da World Health Organization para as prioridades de um sistema de atenção à saúde mental.

Utilizando como referência a matriz de saúde mental de Thornicroft e Tansella (1998), o WHO-AIMS nos auxilia no diagnóstico das fases de *recursos* e de *processo*, nos níveis *nacional ou regional*. O instrumento não fornece dados de *resultados*, e muito pouco do chamado nível *individual*, fazendo que outras estratégias de obtenção de dados sejam necessárias para compor com o AIMS na avaliação da política de saúde de um país ou região.

Quatro pesquisadores da universidade de Nova York utilizaram o WHO-AIMS em seus países nativos (Japão, Iraque, Macedônia e Filipinas) e comentaram algumas limitações encontradas (Hamid et al, 2008a, Saxena et al, 2008, Hamid et al, 2008b): o instrumento subestima o papel da cultura local na utilização dos serviços de saúde mental; o processo político para o desenvolvimento da política de saúde

mental não é considerado e a acurácia e validade de alguns dos itens medidos é questionada. Os mesmos autores exemplificam essa última crítica com 5 itens: os itens 1.4.4. e 1.4.5. medem o número de locais com treinamento em direitos humanos, mas que não dão conta da qualidade nem do impacto desse treinamento; e os itens 1.5.4., 1.5.5. e 2.10.3 que abordam o acesso à medicação psicotrópica, mas não questionam o acesso não controlado a esses medicamentos. Apesar de não concordarmos totalmente com estas críticas à itens específicos (o instrumento tem um caráter amplo de avaliar a política e recursos em saúde mental e não poderia aprofundar cada aspecto de uma área tão complexa como a saúde mental), percebemos que o estudo do processo de desenvolvimento da política de saúde mental é necessário para contextualizar a avaliação dessa política, e o instrumento em si não abre espaço para essa abordagem.

Talvez influenciado pela estrutura da própria OMS, que tem a “saúde mental” e o “abuso de substâncias” como programas separados (World Health Organization, 2009f), o WHO-AIMS não considera os serviços destinados exclusivamente para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas na contagem de recursos de saúde mental, nem demais informações específicas da política para problemas relacionados à substâncias. No Brasil esses programas estão reunidos em uma só coordenação, no nível nacional e na maioria dos estados e municípios.

Sobre alguns itens específicos, a contenção física e isolamento (itens 2.4.7 e 2.6.10) não deveriam ser tratados na mesma questão, pois se tratam de praticas diferentes: apesar de ambas poderem ser utilizadas como medidas punitivas ou como consequência de uma equipe de saúde insuficiente e despreparada, a contenção física ainda é um recurso que pode ter indicações precisas e bem indicadas. Os itens sobre equidade de recursos de saúde (2.11.1; 4.1.7 e 4.1.8), ao compararem a maior cidade do país com a media nacional, não dão conta da realidade brasileira cuja concentração de recursos humanos e de serviços se dá não em uma mais em varias metrópoles, no geral as capitais dos estados e o distrito federal.

Em alguns itens é solicitado que se assinale uma opção em intervalos de valores que nos pareceu de pouco valor para avaliar fenômenos pouco freqüentes. Por exemplo, no item 2.9.1, “Disponibilidade de intervenções psicossociais em hospitais psiquiátricos”, se solicita a “porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenções psicossociais em hospital psiquiátrico, no ano anterior”, e os intervalos oferecidos são: A = nenhum (0%); B = poucos (1 - 20%); C = alguns (21 - 50%); D = a maioria (51 - 80%); E = todos ou quase todos (81 - 100%). Para a realidade brasileira, com um numero considerável de hospitais, não teremos zero intervenções, mas podemos ter 1 ou 2%, ou seja, muito pouco e muito diferente de 20%. O mesmo acontece em outros itens, como o 3.1.3, “protocolos de supervisão e de tratamento de cuidados médicos primários de saúde por médicos” e o 5.3.1, “disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves”, entre outros.

Anexos

Anexo 1: The mental health system in brazil: policies and future challenges

Mario Dinis Mateus¹
Jair de Jesus Mari^{1, 2},
Pedro Gabriel Godinho Delgado^{3, 4},
Naomar Almeida-Filho⁵,
Thomas Barrett⁶,
Jeronimo Gerolin⁷
Samuel Gohman⁸,
Denise Razzouk¹,
Jorge Rodriguez⁹,
Renata Weber³,
Sergio Baxter Andreoli^{1,10}
Shekhar Saxena¹¹,

1- Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil.

2- Centre for Public Mental Health, Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, University of London, London, UK.

3- Division of Mental Health, The Ministry of Health.

4- Universidade Federal do Rio de Janeiro, rio de Janeiro, Brazil.

5- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, salvador, Brazil.

6- Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

7-Center of Evaluation and Data Integration, CAIDI, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil.

8- Department of Preventive Medicine, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil.

9- Director, Division of Mental Health, Pan American Health Organization (PAHO), Washington, D.C., USA

10 - Public Health Program, Universidade Católica de Santos. Santos, Brazil.

11- Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Summary

Background: The aim of this paper is to assess the mental health system in Brazil in relation to the human resources and the services available to the population.

Method: The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) was recently applied in Brazil. This paper will analyse data on the following sections of the WHO-AIMS: a) mental health services; and b) human resources. In addition, two more national datasets will be used to complete the information provided by the WHO questionnaire: a) the Executive Bureau of the

Department of Health (Datasus); and b) the National Register of Health Institutions (CNS).

Results: There are 6003 psychiatrists, 18,763 psychologists, 1985 social workers, 3119 nurses and 3589 occupational therapists working for the Unified Health System (SUS). At primary care level, there are 104,789 doctors, 184,437 nurses and nurse technicians and 210,887 health agents.

The number of psychiatrists is roughly 5 per 100,000 inhabitants in the Southeast region, and the Northeast region has less than 1 psychiatrist per 100,000 inhabitants. The number of psychiatric nurses is insufficient in all geographical areas, and psychologists outnumber other mental health professionals in all regions of the country. The rate of beds in psychiatric hospitals in the country is 27.17 beds per 100,000 inhabitants. The rate of patients in psychiatric hospitals is 119 per 100,000 inhabitants. The average length of stay in mental hospitals is 65.29 days. In June 2006, there were 848 Community Psychosocial Centers (CAPS) registered in Brazil, a ratio of 0.9 CAPS per 200,000 inhabitants, unequally distributed in the different geographical areas: the Northeast and the North regions having lower figures than the South and Southeast regions

Conclusions: The country has opted for innovative services and programs, such as the expansion of Psychosocial Community Centers and the Return Home program to deinstitutionalize long-stay patients. However, services are unequally distributed across the regions of the country, and the growth of the elderly population, combined with an existing treatment gap is increasing the burden on mental health care. This gap may get even wider if funding does not increase and mental health services are not expanded in the country. There is not yet a good degree of integration between primary care and the mental health teams working at CAPS level, and it is necessary to train professionals to act as mental health planners and as managers. Research on service organization, policy and mental health systems evaluation are strongly recommended in the country. There are no firm data to show the impact of such policies in terms of community service cost-effectiveness and no tangible indicators to assess the results of these policies.

Introduction

Brazil is a country of nearly 8.5 million of Km² and has huge contrasts in its demographic distribution and social indicators. Such a contrast is exemplified by the human development index (HDI): one of the biggest economies in the world according to GDP, Brazil is ranked 79th according to its HDI and is classified as a low middle income country by the World Bank[1]. Brazil has a population of 188 million people (July 2006 est.), with 68.1% between 15 and 64 years of age, 25.8% 0–14 and 6.1% 65 years old and over (IBGE 2006). Portuguese is the official language and the main ethnic groups are White (53.7%), Mulatto (mixed white and black, 38.5%) and Black (6.2%). The remaining 0.9% of the population is comprised of Japanese, Arab, Amerindian and others. The majority of the population is Roman Catholic (73.6%), with the other important religions being Protestant (15.4%), Spiritualist (1.3%) and Santeria (0.3%). The unemployment rate is fairly high and 22% of the population lives below the poverty line[2]. The total health expenditure per capita is 597 US\$ and the proportion of the health budget to GDP is 7.6%. Of the total adult population, 0.7% has HIV/AIDS (660,000 people). The Infant Mortality Rate is 22.5 deaths per 1,000 births[3].

All Brazilian citizens have a constitutional right to health care provided by the state, free of charge, with no discrimination of any kind. The Unified Health System (SUS) is a single, public system to aggregate all health services provided by federal, state and municipal public institutions through direct and indirect administration, as well as foundations supported by public authorities. The private sector is also allowed to be part of the system under contract, although public authorities retain the power to govern, control and inspect the services provided. The Ministry of Health is responsible for monitoring and directing all activities related to health, including medical care[4]. The hierarchy should operate on referral and counter-referral mechanisms, from the least to the most complex level of care, ensuring the continuity of care by means of the primary caregiver. Provision of health services is the responsibility of municipal governments, financially aided by the federal government and the states.

The Brazilian Mental Health Policy is essentially based on the Caracas Declaration[5],[6], the four main points of which are described as follows: a) to guarantee civil rights for people with mental disorders according the Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care - UN General Assembly Resolution 46/119 of 17 December 1991[7]; b) to decentralize psychiatric care; c) to protect patients under treatment in the existing hospitals; and d) to develop a diverse network to provide access, efficacy and efficiency for people with mental disorders. The Ministry of Health of Brazil supported the project for a Mental Health Law, which essentially proposes the progressive substitution of psychiatric beds for Community Social Psychiatric Centres, labelled “Centros de Atenção Psicossocial-CAPS”[8]. In addition, the law introduced a program to pay a monthly bonus to the families of long-stay patients, to encourage long-stay patients to leave hospital and return to the community[9]. The main aim of this paper is to assess the

mental health system of the country by focusing on its human resources and the availability of mental health services.

Method

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) has been applied in Brazil and this paper will focus on the sections of Mental Health Services and Human Resources. In addition, the information collected in this survey will be based on two main sources: a) the Executive Bureau of the Department of Health (Datasus); and b) the National Register of Health Institutions (CNES).

World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)[10] is a questionnaire developed by the World Health Organization to gather information from mental health systems in countries or regions. The WHO-AIMS comprises 155 items divided into six domains: 1) Policy and Legislative Framework; 2) Mental Health Services; 3) Primary Mental Health Care; 4) Human Resources; 5) Public Education and Link with Other Sectors; and 6) Monitoring and Research.

The Executive Bureau of the Department of Health (Datasus) compiles the data drawn from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH/SUS)[11],[12] and the data from the Outpatient Information System – SIA/SUS. These two datasets are referred as “Datasus” and have been available online since July 1994.

The National Register of Health Institutions (CNES)[13] is a national record of all Health Units linked to the Unified Health System, which comprises information about physical area, human resources, the availability of medical equipment, the number of outpatient attendances and the number of hospital admissions. The CNES information is available on-line together with the files generated monthly by DATASUS. The CNS files do not hold personal data, preventing any estimation of the prevalence or incidence of mental disorders.

Results

Human resources

As can be seen in Table 1, there are 6003 psychiatrists, 18763 psychologists, 1985 social workers, 3119 nurses and 3589 occupational therapists working for the Unified Health System. Overall, human resources are not sufficient and are unequally distributed in the different geographical areas of the country, as shown in Table 2, for data collected for the year 2005. The number of psychiatrists is approximately 5 per 100,000 inhabitants in the Southeast region, and in the Northeast region there is less than 1 psychiatrist per 100,000 inhabitants. The number of psychiatric nurses is

insufficient in all geographical areas of the country. Psychologists outnumber psychiatrists in all regions of the country. The distribution of human resources between urban and rural areas is also disproportionate. The density of psychiatrists in or around the largest city (Metropolitan São Paulo) is 1.75 times greater than the national average.

Psychiatric hospitals, community-based psychiatric inpatient units and residential facilities

Table 3 displays the number of beds distributed among the psychiatric hospitals and psychiatric wards in general hospitals, the number of psychiatric beds in general hospitals, sheltered homes and custody-psychiatric hospitals. Brazil has 228 psychiatric hospitals that are either public or that provide services to the public system, and which offer a total of 42,076 beds (22.84 beds per 100,000 inhabitants). Another 4855 private beds are available in psychiatric hospitals that accept private medical insurance payments and 3,114 private beds available in at least 50 fully private psychiatric hospitals (Data retrieved for the National Registry of Health Facilities (CNES) in June 2006. Therefore, the total number of beds in psychiatric hospitals in the country is 50,045 (27.17 beds per 100,000 inhabitants). The rate of patients in psychiatric hospitals is 119 per 100,000 inhabitants (the occupancy rate in mental hospitals is 93%). The average length of stay in mental hospitals is 65.29 days. In Brazil, 105 community-based psychiatric inpatient units provide 2074 beds (1.13 beds per 100,000 inhabitants). Patient mean length of stay was 14.02 days per discharge. Moreover, 592 general hospitals offer some psychiatric beds in general wards or emergency-care back-ups (n=1224 beds, with 1094 being linked to SUS and 130 in private institutions). In addition to beds in mental health facilities, there are also 3677 beds for persons with mental disorders in forensic inpatient units. Brazil has 25 hospitals for custody and psychiatric treatment, which are psychiatric hospitals kept by the prison system for the exclusive treatment of patients that committed a crime and are suspected of having or actually have a mental disorder that requires specialized treatment.

In 2006, there were 418 community residential facilities in the country. Each residence may have up to 8 residents and, together, these residences provide around 3800 places (2.06 places per 100,000 inhabitants). The number of patients in community residential facilities in 2006 was 2480. The number of beds in other residential facilities in the country, such as in homes for persons with mental retardation, in detoxification inpatient facilities and in homes for the destitute, is unknown. Regarding the rural/urban density of psychiatric beds: the 16 largest cities in the country have 22,026 psychiatric beds for 63,064,612 inhabitants, giving a rate of 36.8 beds per 100,000 inhabitants, a density 1.36 times higher than the national average. However, the density of psychiatric beds in or around the largest city is 0.53 times the density of beds in the entire country, showing the imbalance of the system where some areas can be more affected by the shortage of beds than others.

Outpatient mental health facilities

The Psychosocial Community Centers (CAPS) provide day hospital care, which is considered intensive care. They were developed for treating severe mental disorders and are classified according to three degrees: complexity, population covered, and funds allocated. In June 2006, there were 848 CAPS registered in Brazil: 673 for adults, 109 for problems related to alcohol and drug use, 66 of which are for children and adolescents only. As can be seen in Table 4, there are 355 CAPS I, 290 CAPSII and 28 CAPSIII. CAPS I are units that open 5 days a week and are based in small towns with the population sizes between 20,000 and 50,000 inhabitants (19% of Brazilian cities where 17% of the population live). The CAPSII are intermediate units meant to attend medium size cities with more than 50,000 inhabitants (10% of the cities in Brazil, home to around 65% of the population). The CAPSIII are large units which are meant to be opened 24 hours a day, including 5 24 hour beds for admissions. These services target large cities with more than 200,000 inhabitants (around 2.5% of Brazilian cities, covering 43% of the population). The CAPS for alcohol and drugs are intended for cities with more than 200,000 inhabitants, border sites and/or cities where epidemiological findings show a high prevalence of alcohol and drug abuse. There are, therefore, around 0.9 CAPS per 200,000 inhabitants, but they are also very unequally distributed, with the Northeast and the North regions presenting lower figures than the South and Southeast regions.

The return home program

The return home program aims to effectively contribute to the process of social inclusion of individuals with long histories of hospitalization in psychiatric hospitals through a monthly rehabilitation benefit (equivalent to about US\$ 140) paid directly to patients when they leave psychiatric hospital. This financial benefit is transferred to the patient's own bank account. It strongly enhances the emancipation of individuals with mental disorders and the processes of deinstitutionalization and reduction of long-stay psychiatric beds in states and municipalities. In 2006 there were 2519 people receiving the benefit in the country.

Mental health in primary health care

The Brazilian federation is comprised of 26 states, one federal district and 5560 cities. In 2005, there were 39,824 primary care units (PHC) and 25,141 physicians working in the Family Program Teams (PSF), which include at least one nurse and one health agent each, leading to a total number of 104,789 doctors, 184,437 nurses and nurse technicians and 210,887 health agents working at the primary care level. Most primary health care (PHC) services have at least one physician on site or available for

referrals, and only in the most distant regions are there non-physician based PHC clinics.

Discussion and recommendations

Human resources

There are 5259 psychiatrists, 12377 psychologists, 11958 social workers, 3119 nurses and 2661 occupational therapists working for the Unified Health System. The number of psychiatrists is still far from ideal: they are concentrated in the wealthier areas of the country. There is a shortage of infant psychiatrists and of specialized training in areas such as eating disorders, elderly psychiatry and forensic psychiatry. Most of the psychiatrists and specialized mental health workers are concentrated in the capitals and training is rarely carried out at the new services, i.e., at the Psychosocial Community Centers level. The number of psychologists is higher than the number of other mental health professionals for all regions of the country and it is mandatory to expand training and to incorporate more psychiatric nurses to work at community level[14].

The role of the CAPS system

The CAPS units have become the cornerstone of the Brazilian Psychiatric Reform[15]. These community services are responsible for treating severe mental disorders and to articulate the liaison with primary care units to coordinate psychiatric care in a defined catchment area. The matrix of mental health care should be centralized at CAPS level, where many actions should take place, such as supervision and brief training of mental health workers and involving families and patients to combat stigma. CAPS should also be the main referral for severe cases, averting in-ward admissions (psychiatric hospitals or psychiatric wards in general hospitals) wherever possible. This mental health care matrix (crisis intervention, return home program, promoting civilian rights of users, combating stigma), where all activities are centralized at CAPS level, is very important to replace the anachronistic custodial model.

By the end of 2001, there were 295 CAPS in the country and in June 2006 there were 848[16], though concentrated in the South and Southeast regions. The large centres where the epidemiological findings showed that high levels of violence and/or a fast deinstitutionalization were occurring received implementation priority. It is acknowledged, however, that the overrepresentation of the CAPS system in the wealthiest regions of the country is still related to existing geographical inequities.

Treatment of severe cases

The number of psychiatric beds is declining, and many acute cases have now been treated in general hospitals, and in the community. The purpose of CAPS is both to provide for the various needs of patients with serious mental disorders and to act in coordination with the primary care services to treat those mental disorders that are most prevalent among the population. It is clear that the number of units is far from the ideal number needed in the country: around 1 unit per 200,000 inhabitants. There are only 66 CAPS directed to infant psychiatry, a number fairly low for the needs of the population. The number of psychiatric beds in general hospitals increased in the nineties[17], but very few units have been opened in recent years, though the long experience of the country in this area[18],[19]. The length of stay in these units tends to be much shorter, the stigma attached to admission is less pronounced and associated medical conditions can be diagnosed.

It is noteworthy that some patients with severe mental disorders, particularly Intellectual Disabilities, go untreated in Brazil[20],[21]. Of those receiving treatment, most are treated with conventional anti-psychotic agents, afforded by the essential list of medicines, although in the most developed sites the number of patients with access to the new generation of antipsychotics is increasing steadily. Studies on coverage, i.e., the percentage of patients who really benefit from both conventional and new generation antipsychotics are still missing in the country. In the less privileged areas it is important to improve access to treatment by means of the conventional medicines available in the SUS. It would be advisable to improve coverage of treatment, i.e., to evaluate the effectiveness of dispensation of anti-psychotic medication by general community health workers, those involved in the PSF program and the PHC units, so as to reduce relapse and admission rates of severe cases.

Return home program

Regarding the return home program, until 2006, 2519 patients were already located, but no long-term studies on the effectiveness of this program have been conducted. Patients transferred to the community may suffer an increased risk of suicide[22] and some long stay patients present significant impaired social functioning and lack of autonomy[23]. There are many ongoing long-stay patients to be transferred and it is necessary to have longitudinal data to assess the cost and efficacy of the program.

Primary health care

It is important to develop mental health guidelines for primary care health professionals and to train health workers acting in primary care. In particular, the training could be intensified for health teams (general physician, nurse and health agents) acting in the PSF program[24] spread across the country. It is also important to strengthen the links between the PSF and the PHC teams and the CAPS mental health workers in the community. Training alone is not sufficient to guarantee sustainability of actions so it is important to develop long term follow-ups of teams.

Health agents could play an important role in the delivery of psychotropics for maintaining adherence in severe mental disorders. This interaction between primary care health workers and the mental health teams working at CAPS level should facilitate referrals to specialized psychiatric treatments. The development of key common mental disorders guidelines to be applied in primary health care should be developed by universities and provided by the National Division of Mental Health of the Ministry of Health.

Epidemiological tools

The Division of Mental Health should develop standardized epidemiological tools and supervise mental health services in data collection for CAPS, day-hospitals, psychiatric wards in general hospitals and out-patient units. It would be important to have indicators such as the number of new cases seen in the systems, the number of persons being reached, and so forth. These epidemiological instruments can be developed by universities and be available to all mental health services in the country. This information could be gathered at the National Division of Mental Health and linked to the DATASUS system. The available data provided by the CNS files are concerned rather more with the number of attendances than with providing statistics for estimating prevalence and incidence of mental disorders.

The call for action in Brazil

Mental disorders are associated with significant negative consequences that affect society as a whole. The economic and social impact of mental disorders is observed in terms of human capital losses, the reduction of qualified and educated manpower, impairment of the health and global development of children, workforce losses, violence, criminality, homelessness and poverty, premature death, health impairment, unemployment and out-of-pocket costs for family members[25],[26],[27]. The adoption of economic criteria for resource allocation focused to treat mental disorders should be based on cost-effectiveness data for interventions and services and evaluation of broad outcomes, prioritizing the needs of those people suffering from the most burdensome mental disorders and targeting vulnerable and disadvantaged groups[27],[28].

The WHO report, *New Understanding, New Hope*[29], and the *Lancet Global Mental Health* call followed by the launch of the mental health call movement[30], stress the negligence and stigma around mental illness as main factors impeding the mental health field from being adopted as a public health priority, particularly in low and low middle income countries[31]. This call was also heard in Brazil where more than 400 mental health professionals gathered to assess current mental health policies and to raise recommendations on how to scale up services in the country. Further to the consensus that mental health should be placed on the public health priority agenda, the main recommendations that rose during the discussions and presentations were as follows: a) to increase the expenditure on mental health, currently at 2.5% to 5.0%

of the total health budget; b) to carry on the expansion of Community Centers (n=1086); c) to expand the number of psychiatric beds in general hospitals (n=2074); d) to increase transference of patients from long-stay psychiatric hospitals to community residential facilities (n=2480); e) to expand mental health training for general physicians and primary care health professionals; f) to improve the mental health

information system in the country; g) to develop a Master of Science in Mental Health Planning at university level with financial support from the Ministry of Health; and h) to apply an extra three million dollars to priority mental health research, combining financing from the Ministry of Health and the Brazilian Research Council (CNPq).

The country has opted for innovative services and programs, such as the CAPS and the development of a primary care network, and the Return Home program. In little more than a decade, hundreds of services were established in the whole country, and older outpatient services and day hospital programs were remodelled according to general guidelines to maximize limited resources by adopting a mixed system of mental health outpatient services, day hospitals and therapy workshops[32]. However, services are unequally distributed across the country's regions, and the growth of the elderly population is increasing the burden[33], combined with an existing treatment gap in mental health care[34],[35]. This gap may get even wider if funding does not increase and mental health services are not expanded in the country[36]. There is no solid data to show the impact of such policies would have in terms of community services cost-effectiveness and no tangible indicators to assess the results of these policies. Despite some acknowledged advances, many hurdles have to be overcome before the country achieves a solid and sustainable psychiatric care system.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

MDM designed the project, collected data, and drafted the manuscript. JJM, SBA and NAF designed the study, supervised the field-work, and made contributions to the main manuscript. PGD and RW were responsible for gathering the data in the Division of Mental health of the Ministry of Health, and gave substantial contributions to the draft of the paper. TB, JR, and SS were involved in the development of the WHO-AIMS questionnaire adopted in the study. JG, DR and SG did collect data from the main databases of the Ministry of Health, and participated in the analysis and interpretation of the findings. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) was used to collect information on the mental health system of Brazil. The project in Brazil was implemented by the WHO-AIMS country team. The field work was supported by a seed grant from the Pan American Health Organization, and a grant from the State of Sao Paulo Research Funding Agency, FAPESP, Process number 2006/02808-1.

The WHO-AIMS team at World Health Organization Headquarters includes: Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris and Grazia Motturi. Additional assistance has been provided by (headquarters to insert names of individuals who provided additional assistance at headquarters). The WHO-AIMS project is coordinated by Shekhar Saxena. The WHO also gratefully thanks the following people for their expert opinion and technical input to this report: Abdalla-Filho, Elias, Forensic Psychiatrist; Bicalho, Daniel M. B. Nucleo de Administração em Saude, Universidade Federal de São Paulo; Bonavigo, Elizabete A. – Division of Mental Health, The Ministry of Health; França, Josimar, President, Carvalho, Joao Alberto, President, The Brazilian Psychiatric Association.; Goldbaum, M., National Secretary of Science and Technology, The Ministry of Health; Razzouk, Denise – Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo; Kuehne, Maurício, Depen; Rodrigues, Rosalina – Nursing Department, Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto; Villares, Cecilia – Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo.

References:

1. The World Bank – Data & Statistics – Country Classification
[<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>]
2. CIA - World Factbook (2006). [<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/br.html>]
3. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>]
4. Lobato L, Burlandy L: (2000). The Context and Process of Health Care Reform In Brazil (chapter 4). In Reshaping Health Care in Latin América.A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and México. Edited by Fleury S, Belmartino S, Baris E . IDRC Books. 2000.
5. WHO - Declaration of Caracas
[<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>]
6. Ministry of Health: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005.

7. Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care [<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>]
8. Ministry of Health: Legislação em Saúde Mental - 1990 – 2004. 5a edição ampliada. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2004.
9. Ministry of Health: “De Volta para Casa”- Manual do Programa. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2003.
10. World Health Organization - General Information WHO-AIMS Instrument, Version 2.2 [http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf]
11. Ministry of Health: Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2005.
12. Departamento de Informática do Sistema Unico de Saúde (datasus) [<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>]
13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [<http://cnes.datasus.gov.br>]
14. Kantorski LP: Mental health care in Brazil. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002, 9(3): 251-3.
15. Ministry of Health: Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2004.
16. Ministry of Health: Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2007.
17. Larrobla C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001, 36(5):256-9.
18. Dalgallarrondo P, Banzato CE, Botega NJ. Psychiatric admissions in a Brazilian general hospital: a review of outcomes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003, 25(2): 139-40
19. Dalgallarrondo P, Gattaz WF. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992, 27(3): 147-50.
20. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves A.C, Mari J J: Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2006, 40(2): 304-309.
21. Mercier, C, Saxena, S, Lecomte, J, Cumbea, MG, Harnois, G. (2008). WHO Atlas on Global Resources for persons with Intellectual Disabilities 2007: Key Findings Relevant for Low and Middle Income countries. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2008, 5 (2): 81-88.
22. Menezes PR, Mann AH: Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of south-eastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 1996, 30(4):304-9.
23. Fleck MP, Wagner L, Wagner M, Dias M: Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007, 41(1):124-30.
24. Ministry of Health: Núcleo de atenção básica a família. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2003.
25. Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Brit J Psychiatry* 2003, 183: 477-8.
26. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermi A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science Medicine*. 1999, 49: 1461-1471.

27. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, Silva M, Hossman C, McGuire H, Rojas G, Ommeren M. Treatment and prevention of mental disorders in low-and-middle income countries. *The Lancet*. 2007, 370: 991-1005.
28. Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, McDaid D. Economic barriers to better mental health practice and policies. *Health Policy and Planning Advance*. 2006, 21(3): 157-170.
29. World Health Report. Mental Health: new understanding, new hope. [<http://who.int/whr/2001>]
30. Horton R: Launching a new movement for mental health. *Lancet*. 2007, 370 (9590): 806.
31. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M: Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007, 370 (9594): 1241-52.
32. Jacob K, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S: Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007, 370 (9592): 1061-1077.
33. Hyman S, Chisholm, D, Kessler R, Patel V, Whiteford, H: Mental Disorders. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Edited by Jamison DT, Breman JG, Measham, AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove, P. The World Bank and The World Health Organization, 2006: 605-625
34. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004, 82(11): 858-66.
35. Patel V, Sartorius N: From science to action: the Lancet Series on Global Mental Health. *Curr Opin Psychiatry*. 2008; 21(2): 109-13.
36. Mari JJ, Saraceno B, Rodriguez J, Levav I: Mental health systems in Latin America and Caribbean countries: a change in the making. *Psychol Med*. 2007, 37(10): 1514-6.

Table 1 - The total number of workers in mental health facilities and private practices per 100,000 inhabitants, Brazil, 2005.

	Worker	Number	Rate per 100,000 inhabitants
1.	Psychiatrists ¹	6003	3.26
2.	Other medical doctors, not specialized in psychiatry ²	1065	0.58
3.	Nurses	3119	1.69
4.	Psychologists ³	18763	10.19
5.	Social workers ⁴	1985	1.08
6.	Occupational therapists ⁵	3589	1.95
	TOTAL	34524	18.74

Source: CNES, 2005.

¹ Psychiatrists in private or public health services; professionals that work only in private practices were not included. Source: tabwin-CNES, December 2005.

² The total number of clinicians and nurses working in mental health is not available, but at least 1065 other medical doctors (not specialized in psychiatry) and 3119 nurses are registered in mental health services. In all the services where there are other areas of health care, such as in general hospitals or outpatient services, it is not possible to identify how many doctors or nurses, besides the mental health team, also work with mental health care.

³ Psychologists in private or public health services. Source: tabwin-CNES, December 2005. The number of psychologists in health services does not include those working in private offices. The Federal Psychology Board had records of **125,397** registered psychologists in the country in 2005; 41% of them worked in private practices (full time or part time); 11% worked in companies; and 10% worked in schools (IBOPE, 2004).

⁴ There are 14,338 social workers in health services. We do not have the number of social workers working exclusively with mental health, but 949 work in psychiatric hospitals and in CAPS, and 1036 work in other outpatient mental health services (source CNES – TABWIN, Dec 2005).

⁵ Occupational therapists in private or public health services; therapists working only in private practices were not included. Source: tabwin-CNES, December 2005.

No estimates are available of the number of other health or mental health workers (including assistants, non-doctor/non-physician primary health care workers, health assistants, medical assistants, professional and paraprofessional psychosocial counselors).

Table 2 - The Rates per 10,000 inhabitants for human resources and mental health services, Brazil, 2005

Geographical	Psychiatrists		Psychologists		Social workers		Nurses	
Regions	N	rate	N	rate	n	rate	N	Rate
North	93	0.063	600	0.408	844	0.570	10	0.007
Northeast	948	0.186	2996	0.587	3543	0.690	218	0.043
Center-West	312	0.240	1623	1.246	932	0.710	36	0.028
Southeast	3570	0.455	10117	1.289	7069	0.900	329	0.042
South	1080	0.400	3427	1.271	1950	0.720	87	0.032
Brazil	6003	0.326	18763	1.019	14338	0.720	680	0.037

Source: CNES, 2005

Table 3 – The number of psychiatric beds in psychiatric and general hospitals (June 2006)

	N	Number of beds	Beds/10000 inhab.	Admissions	Mean length of stay in days
Psychiatric wards in general hospitals	105	2074	1,13	46650**	14
Psychiatric beds in general hospitals	592	1224	0,66		NA
Sheltered Homes	418	3344	1,81	2115	NA
Psychiatric Hospitals	228	50045	27,17	218544	65,29***
Custody-Psychiatric Hospitals	25	3677*	2,0	3677	NA
TOTAL	1418	56687	32,77	224336	

* Estimated number from number admitted

** Admissions from general hospital psychiatric wards plus psychiatric beds in general hospitals.

*** solely for the 42,076 state beds.

Source: DATASUS,2006; CNES, 2006

Table 4 – The number of psychosocial community centers (CAPS) in Brazil, by modality, in June 2006

MODALITY	NUMBER	CHARACTERISTICS
CAPS I	355	Minimum team members: 1 psychiatrist or physician specialized in mental health 1 registered nurse 3 professionals qualified in other areas: psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue or other professionals needed for the therapy plan 4 technicians: nursing assistant or technician, administrative technician, educational technician, and artisan.
CAPS II	290	Minimum team members: 1 psychiatrist 1 registered nurse specialized in mental health 4 professionals qualified in other areas: psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue, physical education teacher, or other professionals needed for the therapy plan 6 technicians: nursing assistant or technician, administrative technician, educational technician, and artisan.
CAPS III	28	Minimum team members: 2 psychiatrists 1 registered nurse specialized in mental health 5 professionals qualified in other areas: psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue, or other professionals needed for the therapeutic plan 8 technicians: nursing assistant or technician, administrative technician, educational technician, and artisan. Provides crisis services with priority to patients participating in one of the therapy projects in one of the CAPS, for a maximum of 7 days in a row or a total of 10 days in 30 days.
CAPSi	66	Provides services for infant psychiatry Team: 1 psychiatrist or neurologist or pediatrician specialized in mental health
CAPSad	109	Treatment of problems associated with the consumption of alcohol and other drugs
TOTAL	848	

Source: National Division of Mental Health, Ministry of Health.

Anexo 2: WHO AIMS v 2.1 - BRAZIL, 2006

DOMAIN 1: POLICY & LEGISLATIVE FRAMEWORK

- 1,1 Mental health policy**
- 1,2 Mental health plan**
- 1,3 Mental health legislation**
- 1,4 Monitoring human rights implementation**
- 1,5 Financing of mental health services**

FACET 1.1 Mental health policy

DEFINITION Date and components included in mental health policy and essential medicines list

ITEM 1.1.1	Last version of mental health policy	RESPONSE
DEFINITION	Year of the last version of the mental health policy document (either as a separate mental health policy document or incorporated within a general health policy document)	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable (e.g., no mental health policy exists)	2005
	Number; UN = 999; NA = 888.	2005
NOTES	Mental health policy refers to an organized set of values, principles and objectives to improve mental health and reduce the burden of mental disorders in a population.	

Ministério da Saúde / SAS / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, November, 2005.

ITEM 1.1.2	Contents of the mental health policy	
DEFINITION	Components included in the mental health policy	
MEASURE	1. Organization of services: developing community mental health services	Y
	2. Organization of services: downsizing large mental hospitals	Y
	3. Organization of services: developing a mental health component in primary health care	Y
	4. Human resources	Y
	5. Involvement of users and families	Y
	6. Advocacy and promotion	Y
	7. Human rights protection of users	Y
	8. Equity of access to mental health services across different groups	Y
	9. Financing	Y
	10. Quality improvement	Y
	11. Monitoring system	Y
	Y/N; UN = unknown; NA=not applicable	

ITEM 1.1.3	Psychotropic medicines included on the essential medicines list	
DEFINITION	Categories of psychotropic medicines included on the essential medicines list	

MEASURE	1. Antipsychotics (Y/N; NA = not applicable)	Y
	2. Anxiolytics (Y/N; NA = not applicable)	Y
	3. Antidepressants (Y/N; NA = not applicable)	Y
	4. Mood stabilizers (Y/N; NA = not applicable)	Y
	5. Antiepileptic drugs (Y/N; NA = not applicable)	Y
NOTES	• antipsychotics include chlorpromazine, fluphenazine, haloperidol; antidepressants include amitriptyline, clomipramine; mood stabilizers include carbamazepine, lithium carbonate, valproic acid; anxiolytics include diazepam; antiepileptic drugs include phenobarbital, carbamazepine, valproic acid • Rate Y if at least one medicine for category is present on the essential medicines list • Code N if there are no medicines within that category on the essential medicines list • Code NA if there is no essential medicines list • Essential medicines refer to the medicines that the region or country has adopted - often an adaptation of the WHO Model list of essential medicines.	

Barjas Negri (2002). Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

FACET 1.2 Mental health plan

DEFINITION **Date, components included, and specification of strategies in the mental health plan**

ITEM 1.2.1	Last version of the mental health plan	
DEFINITION	Year of the last version of the mental health plan	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable (e.g. no mental health plan exists)	2005
	Number; UN = 999; NA = 888.	2005
NOTES	A mental health plan is a detailed scheme for action on mental health which usually includes setting priorities for strategies and establishing timelines and resources requirements. A mental health plan usually includes action for promoting mental health, preventing mental disorders and treating persons with mental illnesses.	

Program for social inclusion by work, 2005.

ITEM 1.2.2	Content of the mental health plan(s)	
DEFINITION	Components included in the mental health plan(s)	
MEASURE	1. Organization of services: developing community mental health services	Y
	2. Organization of services: downsizing large mental hospitals	Y
	3. Organization of services: reforming mental hospitals to provide more comprehensive care	Y
	4. Organization of services: developing a mental health component in primary health care	Y
	5. Human resources	Y
	6. Involvement of users and families	Y

	7. Advocacy and promotion	Y
	8. Human rights protection of users	Y
	9. Equity of access to mental health services across different groups	Y
	10. Financing	Y
	11. Quality improvement	Y
	12. Monitoring system	Y
	Y/N; UN = unknown; NA=not applicable	
NOTE S	Describe the components of all mental health plans that are valid for the last year, independent of when the plan was made (e.g., if plans were made in 1995 and in 2000 and both are still in operation, please describe the components of both plans).	

Mental health plan

Below, the working mental health programs in Brazil, with the year of elaboration and their main characteristics:

- **Community residential facilities** (2000): it installs in the country a network of community residence services mainly dedicated to the deinstitutionalization of long-stay patients in a psychiatric hospital [1].
- **Permanent program of training of human resources** for the reform of the psychiatric assistance (2001).
- **Program to expand CAPS** and mental health outpatient facilities (2002): it provides funding to incentive the creation of "Psychosocial Community Centers - CAPS", mental health community centers which provide out-patient and day-hospital care for the community, emphasizing psychosocial interventions and the coordination of regional mental health efforts [2].
- **Annual program to restructure the hospital psychiatric care** of the SUS – National Health System (2003): it stimulates the programmed reduction of beds in psychiatric hospitals, differentiating the payment for admissions in hospitals with wards of up to 40 beds [3].
- **"Going home" (De Volta para Casa) program** (2003), which gives money for long-stay psychiatric patients who return to their communities, either to their previous home or to community residence services [4].
- **Program for alcohol and drug users** (2003) [5].
- **Inclusion of mental health efforts into the primary health care** (2003): mental health professionals (at least one psychiatrist or psychologist) integrates the "nucleus for integral attention to the family" in the primary health care, with overseeing and attention (which may be performed with other primary health care professional) functions and training efforts [6].
- **Program of social inclusion by work** (2005)[7].

Source: Mental health coordination of the Department of Health.

[1] Executive order GM/MS 106 of 2/11/2000 and 246 of 2/17/2005; Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

[2] Executive order GM/MS 336 of 2/19/2002; SAS/MS 189 of 3/20/2002; GM/MS 245 of 2/17/2005. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

[3] Executive order GM/MS 52 of 1/20/2004, attachment.

[4] Federal law 10708 of 6/31/2003; Executive order GM/MS 2077 of 10/31/2003. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2003). *"De Volta para Casa"- Manual do Programa*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

[5] Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *A Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

[6] Ministério da saúde, departamento de atenção básica/SAS (2003). *Núcleo de atenção básica a família*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

[7] Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005). *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

ITEM 1.2.3	Strategies in the last mental health plan		
DEFINITION	Identification of strategies in the last mental health plan		
MEASURE	1. Budget is mentioned in the last mental health plan	Y	Program of social inclusion by work 2005.
	2. A timeframe is mentioned in the last mental health plan	Y	
	3. Specific goals are mentioned in the last mental health plan	Y	
	4. Have any of the goals identified in the last mental health plan been reached within the last calendar year?	Y	Source: Mental Health Section of the Department of Health.
	Y/N; UN = unknown; NA = not applicable		

ITEM 1.2.4	Last version of a disaster/emergency preparedness plan for mental health	
DEFINITION	Year of the last version of a disaster/emergency preparedness plan for mental health in emergencies	
MEASURE	Number; UN= unknown; NA= not applicable (e.g. no disaster/emergency plan for mental health exists)	NA
	Number; UN = 999; NA = 888.	888
NOTES	- A disaster/emergency preparedness plan for mental health is a detailed scheme for preparing for action on mental health in the context of a disaster/emergency. It usually sets priorities for strategies, establishes timelines and resource requirements. - The plan may be part of the mental health plan, the health plan, a disaster plan, or a separate document.	

Plan: Non-existent.

FACET 1.3 Mental health legislation

DEFINITION Date, components included, and implementation of mental health legislation

ITEM 1.3.1	Last version of mental health legislation	
DEFINITION	Year of the last version of mental health legislation	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable (e.g., no mental health legislation exists)	2001
	Number; UN = 999; NA = 888.	2001
NOTES	Mental health legislation refers to specific legal provisions that are primarily related to mental health. These provisions typically focus on issues such as: civil and human rights protection of people with mental disorders, treatment facilities, personnel, professional training and service structure	

Law No. 10216 of 6 April 2001 concerning protection of the rights of persons affected by mental disorders and reorienting the mental health care model.

ITEM	Contents of legislation on mental		
------	-----------------------------------	--	--

1.3.2	health		
DEFINITION	Components included in legislation on mental health		
MEASURE	1. Access to mental health care including access to the least restrictive care	Y	Law No. 10216 of 6 April 2001 concerning protection of the rights of persons affected by mental disorders and reorienting the mental health care model.
	2. Rights of mental health service consumers, family members, and other care givers	Y	Law No. 10216 of 6 April 2001 concerning protection of the rights of persons affected by mental disorders and reorienting the mental health care model
	3. Competency, capacity, and guardianship issues for people with mental illness	Y	Federal Constitution; Civil Code
	4. Voluntary and involuntary treatment	Y	Law No. 10216 of 6 April 2001 concerning protection of the rights of persons affected by mental disorders and reorienting the mental health care model
	5. Accreditation of professionals and facilities	Y	There are more than 60 executive orders regulating the registration of health providers and health professional, among them the PT/GM 1890/97; the PT/GM 3947/98 and the PT/SAS 35/99.
	6. Law enforcement and other judicial system issues for people with mental illness	Y	Clauses of the Penal Code, for example clause 26.
	7. Mechanisms to oversee involuntary admission and treatment practices	Y	Act No. 10216, 6 April, 2001 concerning protection of the rights of persons affected by mental disorders and reorienting the mental health care model
	8. Mechanisms to implement the provisions of mental health legislation	Y	8- Health Act of 1990; set of executive orders of the Department of Health
	Y/N, UN = unknown, NA= not applicable		
NOTES	Describe all relevant legislation on mental health, which may be found in diverse areas of law. It may found in specific mental health legislation (defined in previous item) but it may also be found in legislation that is primarily on health or other issues (e.g., violence, suicide).		

ITEM 1.3.3	Procedures and standardized documentation for implementing legislation	
DEFINITION	Standardized documentation and procedures for implementing mental health legislation	
MEASURE	Procedures and standardized documentation exist in:	E
	A= no components of the mental health legislation	
	B = a few components of the mental health legislation	
	C = some components of the mental health legislation	
	D = the majority of the components of the mental health legislation	
	E = all or almost all components of the mental health legislation	
	UN = unknown	
	NA= not applicable	

NOTE	· These may include guidance on procedures, instruments, or forms for use.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva SAS (2004). Legislação em Saúde Mental - 1990 – 2004.5a edição ampliada. Brasília – DF.

FACET 1.4 Monitoring and training on human rights

DEFINITION Monitoring and training on human rights protection in mental health services

ITEM 1.4.1	Functions of national-level or regional-level review bodies on human rights	
DEFINITION	Functions of national-level or regional-level review bodies assessing the human rights protection of users in mental health services	
MEASURE	National-level or regional-level review bodies exist that have the authority to:	
	1.Oversee regular inspections in mental health facilities	Y
	2.Review involuntary admission and discharge procedures	Y
	3.Review complaints investigation processes	Y
	4.The review body has the authority to impose sanctions (e.g. withdraw accreditation, impose penalties, or close facilities that persistently violate human rights)	Y
	Y/N; UN = unknown; NA = not applicable	
NOTES	If you are filling out WHO-AIMS for your country, please answer the question for national review bodies; if for a state, province, or designated administrative area please answer the question for regional level review bodies.	

The National Hospital System Assessment Program (PNASH) of the Department of Health annually performs the PNASH/psychiatry, according to guidelines and rules of the executive orders GM nº 799/00 and GM/MS nº 251/02. The inspection staffs of the PNASH/Psychiatry are composed as follows: In the states and in the Federal District: 1 representative of the State Mental Health staff; 1 representative of the State's sanitary surveillance; 1 representative of the control and assessment staff. In the cities with full management: 2 representatives of the mental health staff (1 from the state and 1 from the city); 2 representatives of the sanitary surveillance (1 from the state and 1 from the city); 1 representative of the control and assessment staff. The assessment utilizes an assessment instrument, resulting from two scripts: that of mental health and that of sanitary surveillance (conditions of health, nourishment, and pharmacies, etc). The inter-ministerial Administrative order 1055/2006, of May 17, 2006, creates a working group destined to enable the constitution of a Brazilian Nucleus of Human Rights and Mental Health, with the following objectives: articulation of the human rights and the mental health fields; production of information, studies and research about these fields; development of mechanisms to monitor the institutions which deal with people with mental disorders; and, creation of mechanisms of ombudsman services to receive and forward demands of people with mental disorders and organizations of the civil society.

ITEM 1.4.2	Inspecting human rights in mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of mental hospitals with at least one yearly external review/inspection of human rights protection of patients	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	100%
NUMERATOR	Number of mental hospitals with at least one yearly external review/inspection of human rights protection of patients	228
DENOMINATOR	Total number of mental hospitals	228

NOTES	An external review/inspection refers to a review that is conducted by an external body that is independent from the mental health facility.	
-------	---	--

ITEM 1.4.3	Inspecting human rights in community-based inpatient psychiatric units and in community residential facilities	
DEFINITION	Proportion of community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities with at least one yearly external review/inspection of human rights protection of patients	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	0%
NUMERATOR	Number of community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities with at least one yearly external review/inspection of human rights protection of patients	0
DENOMINATOR	Total number of community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities	523
NOTES	An external review/inspection refers to a review that is conducted by an external body that is independent from the mental health facility.	

ITEM 1.4.4	Training staff in mental hospitals on human rights protection of patients	
DEFINITION	Proportion of mental hospitals with at least one-day training, meeting or other type of working session on human rights protection of patients in the last 2 years	
MEASURE	Proportion; UN = unknown, NA= not applicable	21%
NUMERATOR	Number of mental hospitals with at least one-day training, meeting or other type of working session on human rights protection of patients in the last 2 years	47
DENOMINATOR	Total number of mental hospitals (#)	228

In Brazil, the debate about human rights in psychiatric hospitals, psychiatric wards in general hospitals or community residential facilities is not traditionally held in periodical courses or events, but is present within staff, managerial or in clinical debates, and depend therefore on the emphasis and importance given to the subject by each mental health staff. There is no record of how many initiatives of work sessions on human rights protection could have been developed. Anyway, up to now there is no plan to promote these sections as an awareness strategy for mental health staffs.

ITEM 1.4.5	Training staff in community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities on human rights protection of patients	
DEFINITION	Proportion of community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities with at least one-day training, meeting or other type of working session on human rights protection of patients in the last 2 years	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA=not applicable	100%
NUMERATOR	Number of community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities with at least one-day training, meeting or other type of working session on human rights protection of patients in the last 2 years	523
DENOMINATOR	Total number of community-based inpatient psychiatric units and community residential facilities (#)	523

FACET 1.5 Financing of mental health services
DEFINITION Expenditures and financial sources in mental health services

ITEM 1.5.1	Mental health expenditures by the government health department	
DEFINITION	Proportion of mental health expenditures from the total health expenditures by the government health department	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	2%
NUMERATOR	Amount of money spent for mental health services by the government health department	872019638,54
DENOMINATOR	Total amount of money spent for health services by the government health department	37048266346,59
NOTES	This item covers expenditures on mental health services (i.e., money spent). It does not cover budget allocation. Budget allocation and expenditures may be different because allocated monies are often spent on other services	

Data originated for the year 2005.

ITEM 1.5.2	Expenditures on mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of mental health expenditures spent on mental hospitals	
MEASURE	Proportion ; UN = unknown; NA = not applicable	49%
NUMERATOR	Amount of money spent on mental hospitals by the government health department	430.308.552,27
DENOMINATOR	Total amount of money spent for mental health services by the government health department (#)	872019638,54

Data originated for the year 2005. Including the expenditure with beds in day and general hospitals the amount reaches R\$ 467,235,688.77 (Reais, approximately 1U\$ American Dollar = 2.4 Reais, July 2006).

ITEM 1.5.3	Mental disorders in social insurance schemes	
DEFINITION	Coverage of mental disorders by social insurance schemes	
MEASURE	Coverage of mental disorders by social insurance schemes:	E
	A= no mental disorder is covered by social insurance schemes	
	B= only (some) severe mental disorders are covered by social insurance schemes	
	C= all severe and some mild mental disorders are covered	
	D= all mental disorders are covered	
	E = all mental disorders and all mental health problems of clinical concern are covered	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTES	· Social insurance schemes are a source of funding for mental health care. Everyone above a certain income level is required to transfer a fixed percentage of the income to the government-administered health insurance fund. In return, the government pays for part or all mental health care	
	In comments column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best:	

Ministério da Previdência Social in: <http://www.previdenciasocial.gov.br/Estimate>

ITEM 1.5.4	Free access to essential psychotropic medicines	
------------	---	--

DEFINITION	Proportion of the population with free access (at 80% least covered) to essential psychotropic medicines	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	100%
NUMERATOR	Number of people with free access (at 80% least covered) to essential psychotropic medicines	184184264
DENOMINATOR	Number of people in the general population	184184264
NOTES	· This item is specific for psychotropic drugs (in many countries psychotropic drugs are not covered by government or insurance schemes) · Free access to essential psychotropic medicines means that essential psychotropic medicines - once prescribed - are provided to people with mental disorders free of cost or with reimbursement equal or more than 80% of the retail price. The funding sources for free access/ reimbursement may be the government or (employment, social, or private) insurance schemes	

Free access to essential psychotropic medicines

Barjas Negri (2002). *Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

In Brazil, there is a list of medications called "essential", which are freely distributed in primary health care units and outpatient facilities, which have pharmacies for the dispensation of drugs. A list of drugs for the mental health program is within this list of essential drugs. Barjas Negri (2002). *Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

In 1999, the Program for Procurement of Mental Health Medications (Brazil, Department of Health (1999) was created, by the Executive Order nº 1,077. Official Gazette, March 24), which, according to the principle of decentralization, allows that the programming and purchasing follow each site's structure and particularities. Each state's Bipartite Inter-managerial Commissions should also give its opinion regarding the functioning of the program. The medications of this program are those which are in the RENAME (National Roll of Medications), as seen in **Tableau 1**.

The Department of Health directly delivers to the health funds the equivalent to 80% of the expenditures which are conditioned to a counterpart equal to 20% of the total. In 2001, the federal government destined R\$ 22.9 million to this program.

Table 1: Roll of Medications of the Mental Health Program -2002

- Valproic Acid
- Amitriptyline
- Biperiden
- Carbamazepine
- Chlorpromazine
- Clomipramine
- Clonazepam
- Diazepam
- Etosuccimide
- Flufenazine
- Haloperidol
- Lithium Carbonate
- Levodopa + Carbidopa
- Phenitoine
- Nortriptyline
- Phenobarbital
- Prometazine
- Selegiline
- Sodium Valproate

Exceptional Medications

Exceptional Medications are those highly expensive and which are administered for long periods, such as those destined to neurological diseases, osteoporosis, hepatitis and transplantations. The states are responsible for the procurement and distribution of these medications, which are financed by resources from the Department of Health. A national price list defines the values for each state and demarcates the purchases. This list should be periodically revised as a result of the reduction of actual prices, due to, among other factors the release of generic medications in the marketplace, the competence between pharmaceutical industries and the reduction of the tax burden as a proposal of the Department of Health.

Under the managerial point of view, the supply of these medications started to be better controlled with the adoption of the High Complexity Discharge Authorization – APAC. With this the procedure it is possible to identify the user allowing a better control of expenditures, distribution and beneficiaries. Besides, the “Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines” were introduced for each new medication and disease. In these protocols are set up the diagnostic criteria, the treatment proposed and the mechanisms of control, follow-up and verification. With this, it is aimed the rationalization of the prescription and supply of medications, reducing the influence of the industry's sales strategies (Department of Health, 2002).

Table 2: List of exceptional medications for mental health - 2002

Medication and regulated clinical indication
Clozapine – Schizophrenia
Gabapentine – Epilepsy and epileptic syndromes
Lamotrigine - Epilepsy and epileptic syndromes
Olanzapine - Schizophrenia; Nonorganic psychosis not otherwise specified
Risperidone - Schizophrenia; Nonorganic psychosis not otherwise specified
Rivastigmine - Alzheimer Disease
Ziprasidone - Schizophrenia

ITEM 1.5.5	Affordability of antipsychotic medication	
DEFINITION	Proportion of the daily minimum wage needed to pay for one day of antipsychotic medication by a user without any reimbursement, using the cheapest available antipsychotic drug.	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	5%
NUMERATOR	Cost of one day of antipsychotic medication, using the cheapest available antipsychotic drug in local currency	0,55
DENOMINATOR	One day minimum wage in local currency	11,67 Local currency= Reais (R\$)
NOTES	Daily minimum wage: A minimum level of payment established by law for work performed. It is a time-based wage that usually applies to unskilled adults entering work for the first time. If the minimum wage is specified in hours, the daily minimum wage may be calculated by assuming an 8-hours work day and accordingly multiplying the hourly wage by eight hours.	
	For source of country minimum wage, consult Ministry of Labour or Ministry of Welfare or Bureau of Statistics or the ILO (stat@ilo.org). If minimum wage data are available only on a year basis, divide the yearly minimum income by 250 working days. Use the daily wage of a 'day labour' worker if no minimum wage exists. (A 'day labour' worker is an unskilled labour worker who is contracted and paid on a day-by-day basis.)	
	The cost of the medicine is based on the retail price, paid by the user assuming no reimbursement from insurance or government schemes.	

	To determine the one day cost, use the medicine dosage recommended by Defined Daily Dose (DDD) system. The DDD is the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults. The DDDs of the antipsychotic medicines in the WHO Model List of Essential Medicines (2003) are:
	1. Chlorpromazine (DDD 300 mg. oral)
	2. Fluphenazine (DDD 1 mg. depot)
	3. Haloperidol (DDD 8 mg. oral)
	4. Other antipsychotic drugs (specify the medicine and used DDD)
	(see, ATC Index 2004, www.whocc.no/atcddd/)
	An example: the DDDs of the antipsychotic Chlorpromazine is 300 mg. In Albania using the local currency (lek) the unit cost for each 100 mg. tablet of Chlorpromazine is 2.8 lek. Thus, the DDD cost is $3 \times 2.8 = 8.4$ lek per day.

ITEM 1.5.6	Affordability of antidepressant medication	
DEFINITION	Proportion of the daily minimum wage needed to pay for one day of antidepressant medication by a user without any reimbursement, using the cheapest available antidepressant drug	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	6%
NUMERATOR	Cost of one day of antidepressant medication using the cheapest antidepressant drug in local currency	0,72
DENOMINATOR	One day minimum wage in the local currency (#)	11,67
NOTE	Daily minimum wage: A minimum level of payment established by law for work performed. It is a time-based wage that usually applies to unskilled adults entering work for the first time. If the minimum wage is specified in hours, the daily minimum wage may be calculated by assuming an 8-hours work day and accordingly multiplying the hourly wage by eight hours.	
	For source of country minimum wage, consult Ministry of Labour or Ministry of Welfare or Bureau of Statistics or the ILO ('stat@ilo.org'). If minimum wage data are available only on a year basis, divide the yearly minimum income by 250 working days. Use the daily wage of a 'day labour' worker if no minimum wage exists. (A 'day labour' worker is an unskilled labour worker who is contracted and paid on a day-by-day basis.)	
	The cost of the medicine is based on the retail price, paid by the user assuming no reimbursement from insurance or government schemes.	
	To determine the one day cost, use the medicine dosage recommended by Defined Daily Dose (DDD) system. The DDD is the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults. The DDDs of the antidepressant medicines in the WHO Model List of Essential Medicines (2003) are:	
	1. amitriptyline (DDD 75 mg. oral)	
	2. clomipramine (DDD 100 mg. oral)	
	3. Other antidepressant drugs (specify the medicine and used DDD)	
	(see, ATC Index 2004, www.whocc.no/atcddd/)	

DOMAIN 2: MENTAL HEALTH SERVICES

- 2.1. Organizational integration of mental health services
- 2.2. Mental health outpatient facilities
- 2.3. Day treatment facilities
- 2.4. Community-based psychiatric inpatient units
- 2.5. Community residential facilities
- 2.6. Mental hospitals
- 2.7. Forensic inpatient units
- 2.8. Other residential facilities
- 2.9. Availability of psychosocial treatment in mental health facilities
- 2.10. Availability of essential psychotropic medicines
- 2.11. Equity of access to mental health services

FACET 2.1 Organizational integration of services

DEFINITION Organizational integration of mental health services across facilities

ITEM 2.1.1	Existence and functions of a national or regional 'mental health authority'	RESPONSE
DEFINITION	Existence and the specification of roles of a national or regional 'mental health authority'	
MEASURE	1. a national or regional mental health authority exists (Y/N)	Y
	2. the mental health authority provides advice to the government on mental health policies and legislation (Y/N; NA = not applicable)	Y
	3. the mental health authority is involved in service planning (Y/N; NA = not applicable)	Y
	4. the mental health authority is involved in service management and co-ordination (Y/N; NA = not applicable)	Y
	5. the mental health authority is involved in monitoring and quality assessment of mental health services (Y/N; NA = not applicable)	Y
NOTES	· The 'mental health authority' is an organizational entity responsible for mental health care within a region or country. The Department of Mental Health or the Mental Health Office in the Ministry of Health may be considered to be a 'mental health authority'	
	· Rate NA = not applicable if there is no 'mental health authority'	

Source: General Coordination of Mental Health of the Department of Health.

ITEM 2.1.2	Organization of mental health services by catchment areas/service areas	
DEFINITION	Catchment areas/service areas exist as a way to organize mental health services to communities	
MEASURE	Y/N; UN = unknown	Y
NOTES	A catchment area/service area is a defined geographical area whose residents have access to basic mental health services from assigned facilities, which typically are located in (or near) the geographical area. All residents of a catchment area are expected to avail all basic services from assigned facilities.	

The National Health System - SUS – operates based on the division of the national territory in health regions and micro regions, being the coverage in mental health inserted within this

organization. Lobato, L. , Burlandy, L. (2000). The Context and Process of Health Care Reform In Brazil. In Reshaping Health Care in Latin America, A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Edited by Sonia Fleury, Susana Belmartino, and Enis Baris. Available in the internet at http://www.idrc.ca/fr/ev-9421-201-1-DO_TOPIC.html#begining

ITEM 2.1.3	Mental hospitals organizationally integrated with mental health outpatient facilities.	
DEFINITION	Proportion of mental hospitals organizationally integrated with mental health outpatient facilities	
MEASURE	Proportion; NA = not applicable ; UN = unknown	14%
NUMERATOR	Number of mental hospitals organizationally integrated with mental health outpatient facilities	31
DENOMINATOR	Total number of mental hospitals (#)	228
NOTES	· Rate NA, if mental hospitals do not exist · The two facilities are organizationally integrated if both of the following 2 conditions exist: a. Referral system between the two types of facilities is utilized to facilitate continuity of care b. Mental hospitals and mental health outpatient facilities work in a coordinated manner	

There are 95 outpatient facilities: 31 in psychiatric hospitals and 64 in general hospitals (see note to item 2.2.1). The other outpatient services are not integrated to the psychiatric hospitals. Community-based psychiatric inpatient units have generally a better integration with the outpatient network, but in Brazil there is no assessment of how this integration is taking place, besides the fact that the number of these units is small compared to the country's size. Regarding the interaction with the other outpatient facilities of the care network, in the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 19 (57.6%) of them considered that few (from 1 to 20%) hospitals functioned integrated to the mental health outpatient facilities.

FACET 2.2 Mental health outpatient facilities

DEFINITION Users and services provided through mental health outpatient facilities

ITEM 2.2.1	Availability of mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Number of mental health outpatient facilities	
MEASURE	Number; UN = unknown	1086

The National Register of Health Institutions - CNES (available at <http://cnes.datasus.gov.br>) was created by the Executive Order MS/SAS 376, of October 03, 2000, published at the Official Gazette in October 04, 2000. The register comprises the knowledge of the Health Institutions in the aspects of Physical Area, Human Resources, Equipment, Outpatient and Hospital Services. It comprises all Brazil's Hospitals, as well as all the outpatient institutions linked to the SUS. Outpatient Health Institutions which are not linked to the SUS are in phase of being registered. The registration is performed according to the following steps:

- 1 – The information is provided by means of the filling of the forms by the person in charge of the Health Institution (Internet, diskettes, form...);
- 2 – The manager's competence is verified "in loco", validating the information given by the Health Institutions;
- 3 – The data are sent by the Manager to DATASUS which will include the unit in the National Register of Health Institutions.

4 – The registration process of the state is certified, which is under the responsibility of the Department of Health.

The CNES is available in two ways for online consultation, in the website above cited or in files monthly generated by DATASUS in order to be used in a program called Tab for Windows-tabwin. The files and the tabwin – CNES are available at the CNES's website. Although the online data are the most used, only data in the tabwin allow certain data crossing needed for this instrument. Therefore, in order to count outpatient services in Brazil the online CNES was used, as described below, and for the item 2.1.3, for example, it was used the tabwin CNES database for December 2005 (last month available). The counting of outpatient facilities was performed by searching the list of health institutions using the search item "specialized service: psychosocial care". 1210 services were found in 6/30/2006, of these: 11 had no psychiatrist, only other mental health professionals and were excluded; 17 were exclusive centers for patients with mental disability; 96 were exclusive services for alcohol and drug users. Thus, we found 1086 mental health outpatient services registered.

ITEM 2.2.2	Users treated through mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Number of users treated through mental health outpatient facilities, per 100,000 general population	
MEASURE	Rate per 100,000 general population; UN = unknown; NA = not applicable	0,542391613
NUMERATOR	Number of users treated through mental health outpatient facilities	UN
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000	1841,84264

The number of people seen in outpatient facilities in Brazil is unknown. Outpatient facilities have instruments to know the number of locally-seen people. However, the number of users in psychiatric consultations is not centrally totaled.

ITEM 2.2.3	Gender distribution of users treated through mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Proportion of female users treated through mental health outpatient facilities	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Number of female users treated through mental health outpatient facilities	UN
DENOMINATOR	Number of users treated through mental health outpatient facilities (#)	UN

Although data regarding gender, age and diagnosis of outpatients are registered in the services, there is no regional or nationwide compilation of these data.

ITEM 2.2.4	Diagnosis of users treated through mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Proportion of users treated through mental health outpatient facilities by ICD-10 diagnosis	
MEASURE	1. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	UN
	2. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20F29)	UN
	3. Mood [affective] disorders (F30F39)	UN
	4. Neurotic, stressrelated and somatoform disorders (F40F48)	UN
	5. Disorders of adult personality and behaviour (F60F69)	UN

	6. Other (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorder with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development)	UN
	(UN = unknown; NA = not applicable)	
NUMERATOR	Number of users treated through mental health outpatient facilities for each diagnosis:	
DENOMINATOR	Number of users treated through mental health outpatient facilities (#)	UN
NOTES	ICD-10 indicates to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version (http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm).	

To report on the clientele treated at community mental health services (CAPS) in the city of Santos, São Paulo, a census was conducted of the patients examined at the services from June 1, 2001, to June 30, 2001. The patient's initial contact with the service was registered, and data were recorded on a standardized form, using the medical case history as a source of information. In this period, 1673 patients attended the five CAPS from the city. The mean age was 46 years old and 59.0% were females. However, we don't have data on the number of contacts for each patient in the services. This number is about the number of patients cared in this period without knowing how many times they did contact the services. Andreoli, S.B., Ronchetti, S.S.B., et al (2004). Utilization of community mental health services in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 20(3):836-844.

Diagnostic Group by CID-10 (n = 1.673)	(%)
mood disorders	31,7
Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders	38,1
Neurotic Disorders	17,5
Mental retardation	4,9
Organic Disorders	4,4
Alcohol and other substances related disorders	2,4
Others	1,0

ITEM 2.2.5	Mental health outpatient contacts	
DEFINITION	Average number of contacts per user treated through mental health outpatient facilities	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Cumulative number of outpatient contacts provided in the previous year through mental health outpatient facilities (total of all users)	18996654
DENOMINATOR	Number of users treated through mental health outpatient facilities (#)	999
NOTES	An outpatient contact is an interaction (e.g., an intake interview, a treatment session, a follow-up visit) involving a user and a staff member on an outpatient basis. The cumulative number of outpatient contacts is the sum of contacts across all users across all outpatient facilities. Includes: contacts provided by a staff member of the facility whether or not the contact occurs within the facility or at another location (e.g. at home)	

Mental health outpatient contacts

The Table of procedures of the Outpatient Information System of the SUS (SIA/SUS)[1] [2] is in a pdf document with more than 1600 pages, having the description and numeric codification of all outpatient procedures authorized by the SUS.

We have identified all mental health procedures in the table SIA/SUS, by means of a search using the keywords “menta... (*menta*)”; “psych... (*psiq*)”; “psycho... (*psico*)”; “therapy (*terapia*)”; “therapeutic... (*therapeutic*)”, besides already-known procedure codes (the procedures described in the executive orders referred to CAPS and community residential facilities).

The list generated was purged excluding the procedures exclusively linked to the care of substance-related disorders and therapies related to the rehabilitation of physical or mental disabilities. Based on this list of codes, we have proceeded to a search in the database of the SUS (DATASUS, available on line at <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>), according to the following steps:

1. Selected “health information”
2. Selected “health assistance”
3. Selected “outpatient production since 1994”
4. Selected “Brazil, by unit of the Federation”
5. Selected all months of 2005
6. Selected in “Procedures, after 10/1998”, the list of mental health procedures identified.
7. Selected “quantity approved”, that is, the number of procedures performed which were approved for payment by the system and audits.

We can divide the outpatient procedures of the list generated into “psychiatric consultations” and “psychosocial interventions”, being the second modality essentially composed of individual and group therapies (each group is counted as one procedure), therapeutic workshops and non-intensive care in the CAPS.

Quantity approved according to “Procedures after 10/99”	Period: 2005
Psychiatric consultations	5,130,507
Psychosocial interventions	13,866,147
Total	18,996,654

Source: Department of Health – Outpatient Information System of the SUS (SIA/SUS)

[1] Executive order SAS/MS n.º 35, February 4, 1999, attachments 1 and 2.

[2] Table available at <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Decas/tabelasia.sih.htm>

ITEM 2.2.6	Children and adolescents treated through mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Proportion of children and adolescents among users treated through mental health outpatient facilities	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Number of users 17 years of age or younger treated through mental health outpatient facilities	999
DENOMINATOR	Number of users treated through mental health outpatient facilities (#)	999
NOTES	Count users aged 17 years and younger (i.e., those younger than 18 years old) treated in both adult and specialized child and adolescents facilities	

Although data on gender, age and diagnosis of patients are registered in services, there is no regional or nationwide compilation of these data.

ITEM 2.2.7	Availability of mental health outpatient facilities that are for children and adolescents only	
DEFINITION	Proportion of mental health outpatient facilities for children and adolescents only	

ITEM MEASURE	Proportion; UN =unknown	6%
NUMERATOR	Number of mental health outpatient facilities for children and adolescents only	66
DENOMINATOR	Number of mental health outpatient facilities (#)	1086

Number of Psychosocial Community centers (CAPS) for children and adolescents in June 2006.
Source: Mental health coordination of the Department of Health.

ITEM 2.2.8	Provision of follow-up community care	
DEFINITION	Proportion of mental health outpatient facilities that provide routine follow-up community care	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	64%
NUMERATOR	Number of mental health outpatient facilities that provide routine follow-up community care	699 Best estimate.
DENOMINATOR	Number of mental health outpatient facilities (#)	1086
NOTES	Routine follow up community care means follow-up care outside the premises of the facility (e.g., follow-up home visits to check medication adherence, to ensure proper care for the user, to identify early signs of relapse, to assist with rehabilitation)	

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

Estimate based on "Evaluate CAPS Project" 2005. It was estimated 90% of CAPS and 10% of others outpatient services provide routine follow-up ($739 \times 0.90 + 347 \times 0.10 = 699$). In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 16 (48.5%) assessed as few (1 to 20%) the services who routinely perform follow-up in the community. The estimation was at 15%.

ITEM 2.2.9	Mental health mobile clinic teams	
DEFINITION	Proportion of mental health outpatient facilities that have mental health mobile clinic teams that provide regular mental health care outside of the mental health facility	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	10%
NUMERATOR	Number of mental health outpatient facilities that have mental health mobile clinic teams that provide regular mental health care outside of the mental health facility	109
DENOMINATOR	Number of mental health outpatient facilities (#)	1086
NOTES	Mental health mobile clinic teams provide regular outpatient clinics in different places to address inadequate physical access to mental health facilities. Includes extension clinics	

Non-available data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 22 (66.7%) assessed as few (1 to 20%) the services who routinely perform follow-up in the community. The estimation was at 10%.

FACET 2.3	Day treatment facilities
DEFINITION	Users and use of mental health day treatment facilities

ITEM 2.3.1	Availability of mental health day treatment facilities	
DEFINITION	Number of mental health day treatment facilities	

MEASURE	Number; UN = unknown	811
---------	----------------------	-----

Availability of mental health day treatment facilities

Adding: the traditional day-hospitals to the **Brazilian Psychosocial Community centers (CAPS)**. There are **811** units with day-hospital care which are linked to the public network. According to a search performed at the national register of health institutions (CNES:<http://cnes.datasus.gov.br>) in 6/15//2006, there are **72 mental health day treatment facilities** in Brazil, totaling 2513 places, of these day hospitals, 62 belong to the public health system (SUS), either institutions with agreement with the SUS or public institutions, totaling 2246 places in day hospitals.

The **Psychosocial Community Centers (CAPS)** perform day hospital admissions, called "intensive care" (*acompanhamento intensivo*). In June 2006 there were **739** CAPS registered in Brazil (excluding those specialized in alcohol and drugs). The maximum number of day hospital admissions at CAPS varies according to their classification of complexity, but the hypothetical maximum number paid by the SUS would be 25255 places/month.

Number of CAPS by modality, in June 2006

MODALITY	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	TOTAL	Total minus CAPS AD
Brazil	355	290	28	66	109	848	739

Source: Technical Area of Mental Health, SAS/Department of Health.

Estimation the Maximum number of places for intensive care in CAPS, per month, covered by the SUS

Type of unit	Maximum of intensive care places per month, financed by the SUS, per unit	Number of units in June 2006	Potential places in intensive care
CAPS I	25	355	8875
CAPS II	45	290	13050
CAPS III	60	28	1680
CAPS childhood	25	66	1650
Total		739	25255

Sources: National Coordination of Mental Health; Executive Order GM n 336, February 19, 2002; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde

ITEM 2.3.2	Users treated in day treatment facilities	
DEFINITION	Number of users treated in mental health day treatment facilities, per 100,000 general population	
MEASURE	Rate per 100,000 general population ; UN = unknown; NA = not applicable	60,98186542
NUMERATOR	Number of users treated in mental health day treatment facilities	112319
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000 (#)	1841,84264

Estimations based in the addition of admissions in traditional day hospitals in 2004 (=21,978 admissions) to intensive care admissions in the CAPS (except CAPS alcohol and drugs) in 2004 (=90,341 admissions) (Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.3.3	Gender distribution of users treated in mental health day treatment facilities	
------------	--	--

DEFINITION	Proportion of female users treated in mental health day treatment facilities	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	47%
NUMERATOR	Number of female users treated in mental health day treatment facilities	52555
DENOMINATOR	Number of users treated in mental health day treatment facilities (#)	112319

Total of admissions in traditional day Hospitals and intensive care in the CAPS (except for Alcohol and drugs).

2004. Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.3.4	Time spent at day treatment facilities	
DEFINITION	Average number of days on which users are present at mental health day treatment facilities	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA = not applicable	31,50
NUMERATOR	Cumulative number of days on which users were present in mental health day treatment facilities in the previous year (total of all users)	3538049
DENOMINATOR	Number of users treated in mental health day treatment facilities (#)	112319
NOTES	An external review/inspection refers to a review that is conducted by an external body that is independent from the mental health facility.	

Estimation based on the projection of the mean admission time in traditional day hospital (31.5 days in 2004) applied to the total of admissions, as we do not have the number of days in intensive care in the CAPS. However, the estimation is that intensive care in the CAPS is more protracted.

ITEM 2.3.5	Children and adolescents treated in day treatment facilities	
DEFINITION	Proportion of children and adolescents among users treated in mental health day treatment facilities	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	4%
NUMERATOR	Number of users 17 years of age or younger treated in mental health day treatment facilities	4217
DENOMINATOR	Number of users treated in mental health day treatment facilities (#)	112319
NOTES	Count users aged 17 years and younger treated in both adult and specialized child and adolescents facilities	

Estimation based on the sum of patients in traditional day hospitals in 2004, aged 17 years or below (n=772), added to the number of people seen in day hospital system in all the CAPS, for people aged 17 years or below (in sites in which there are no CAPS for childhood and adolescence, minors may be seen in the CAPS for adults, n = 3445). Year 2004. Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.3.6	Availability of day treatment facilities that are for children and adolescents only	
DEFINITION	Proportion of mental health day treatment facilities for children and adolescents only	

MEASURE	Proportion; UN = unknown	8%
NUMERATOR	Number of mental health day treatment facilities for children and adolescents only	66
DENOMINATOR	Number of mental health day treatment facilities(#)	811

Data restricted to the CAPS for childhood and adolescence in Brazil, in June 2006. We do not have information about the existence of traditional day hospitals dedicated only to children and adolescents.

FACET 2.4 Community-based psychiatric inpatient units

DEFINITION Beds, patients, and use of community-based psychiatric inpatient units

ITEM 2.4.1	Availability of community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Number of community-based psychiatric inpatient units	
MEASURE	Number; UN = unknown	105

Search at the CNES, in 6/15/06 (CNES:<http://cnes.datasus.gov.br>). Besides these wards in general hospitals, there are 592 general hospitals registered with up to 9 psychiatric beds in general wards or emergency-care backups, responsible for 1224 psychiatric beds (1094 SUS and 130 private beds).

ITEM 2.4.2	Beds in community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Number of beds in community-based psychiatric inpatient units, per 100,000 general population	
MEASURE	Rate per 100,000 general population; UN = unknown; NA = not applicable	1,126046251
NUMERATOR	Number of beds in community-based psychiatric inpatient units	2074
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000 (#)	1841,84264

Search at the CNES, in 6/15/06 (CNES:<http://cnes.datasus.gov.br>). Besides these SUS beds, 420 private beds are registered, totaling 2359 beds in psychiatric wards in general hospitals. Besides, 592 general hospitals with up to 9 beds in general wards have been found in the CNES, and were responsible for 1224 psychiatric beds (1094 SUS and 130 private beds) in general ward or emergency care backups.

ITEM 2.4.3	Gender distribution of admissions to community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Proportion of female admissions to community-based psychiatric inpatient units	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	40%
NUMERATOR	Number of female admissions to community-based psychiatric inpatient units	18753
DENOMINATOR	Number of admissions to community-based psychiatric inpatient units	46.650

Data for the year 2005. Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.4.4	Diagnosis of admissions to community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Proportion of admissions to community-based psychiatric inpatient units by ICD 10 diagnosis	

MEASURE	1. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	UN
	2. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20F29)	UN
	3. Mood [affective] disorders (F30F39)	UN
	4. Neurotic, stressrelated and somatoform disorders (F40F48)	UN
	5. Disorders of adult personality and behaviour (F60F69)	UN
	6. Other (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorder with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development)	UN
	(UN = unknown; NA = not applicable)	
NUMERATOR	Number of admissions to community-based psychiatric inpatient units for each diagnosis	
DENOMINATOR	Number of admissions to community-based psychiatric inpatient units (#)	46650
NOTES	The ICD 10 refers to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version. It is available on-line at http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm	

We could not obtain data from patients admitted in community psychiatric units as to their Diagnosis. These figures were estimated based on the "Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: III. Situação atual e tendencias" Botega, N.J., Schechtman, A. (1997) Revista ABP-APAL 19 (3): 91-96; (tabela 6).

1. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	9377
2. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20F29)	20433
3. Mood [affective] disorders (F30F39)	4198
4. Neurotic, stressrelated and somatoform disorders (F40F48)	1493
5. Disorders of adult personality and behaviour (F60F69)	606
6. Other (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorder with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development)	10543

ITEM 2.4.5	Involuntary admissions to community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Proportion of involuntary admissions to community-based psychiatric inpatient units	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Number of involuntary admissions to community-based psychiatric inpatient units	999
DENOMINATOR	Number of admissions to community-based psychiatric inpatient units (#)	46650
NOTES	Involuntary admissions refer to admissions to mental health facilities that occur without the voluntary consent of the individual. Involuntary admissions are typically permitted in situations where a person with a mental disorder is likely to cause self-harm or harm to others or suffer deterioration in condition if treatment is not given. Involuntary admissions are typically ruled by mental health legislation.	

Despite being obligatory the notification of involuntary admission for the sanitary authority and the public prosecution service, these data are not yet compiled in Brazil. Seven states of the Federation (Pernambuco, Paraná, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul and Santa Catarina) have already started a system for the registration and follow-up of admissions, by means of a partnership with the Public Prosecution Service, although we do not have the total of these figures.

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), in 32 answers (there was one blank answer) there was a mean of 29.25% (Standard deviation = 35.25) of involuntary admissions in psychiatric hospitals. However, the answers varied between 1 to 100% among responders, showing a very low level of consensus regarding this issue.

ITEM 2.4.6	Time spent in community-based psychiatric inpatient units per discharge	
DEFINITION	Average number of days spent in community-based psychiatric inpatient units per discharge	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA = not applicable	14,02
NUMERATOR	Cumulative number of days that discharged patients spent in community-based psychiatric inpatient units in the previous year (total across all discharges).	653.835
DENOMINATOR	Number of discharges from community-based psychiatric inpatient units.	46650
NOTES	The cumulative number of days that discharged patients spent in community-based psychiatric inpatient units is the sum of the number of days across all users and across all community-based psychiatric inpatient units.	

Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.4.7	Physical restraint and seclusion in community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Percentage of patients who were physically restrained or secluded at least once in the past year in community-based psychiatric inpatient units	
MEASURE	Percentage of patients who were physically restrained or secluded at least once in the past year in community-based psychiatric inpatient units:	E
	A = Over 20% of patients were restrained or secluded	
	B = 11-20% of patients were restrained or secluded	
	C = 6-10% of patients were restrained or secluded	
	D = 2-5% of patients were restrained or secluded	
	E = 0-1% of patients were restrained or secluded	
	UN = unknown	
NOTES	- A physical restraint is any manual method or physical or mechanical device, material, or equipment attached or adjacent to the patient's body, which he or she cannot easily remove. Using force to hold a patient and restrict movement constitutes restraint. Seclusion refers to the practice of placing a patient in a confined space alone (e.g. in a locked room). - Include all the patients who were physically restrained or secluded, irrespective of the duration of the restraint or seclusion - In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

"Best Estimate": This estimative was based on the questionnaire sent to the local and/or regional responsables for mental health planners. Out of 33 questionnaires 39% replied E and 33% replied D.

ITEM 2.4.8	Child and adolescent admissions to community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Proportion of children and adolescent admissions to community-based psychiatric inpatient units	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	5%

NUMERATOR	Number of admissions of patients 17 years of age or younger to community-based psychiatric inpatient units	2253
DENOMINATOR	Number of admissions to community-based psychiatric inpatient units	46650
NOTES	Count patients aged 17 years and younger treated in both adult and specialized child and adolescents units	

Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS)

ITEM 2.4.9	Community-based psychiatric inpatient beds that are for children and adolescents only	
DEFINITION	Proportion of community-based psychiatric inpatient beds for children and adolescents only	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	2%
NUMERATOR	Number of community-based inpatient psychiatry beds for children and adolescents only	39
DENOMINATOR	Number of community-based psychiatric inpatient beds (#)	2074
NOTES	Inpatient psychiatric beds for children and adolescents may be found in different units including paediatric units as well as adult psychiatric units (however, the beds must be specifically reserved for child and adolescent patients).	

This estimative was based on the questionnaire sent to the local and/or regional responsables for mental health planners. Out of 33 questionnaires 17 (51,5%) replied “none” (0%) and 15 (45,5%) replied “a few” (1-20%). This was then estimated in 2.0%.

FACET 2.5 Community residential facilities
DEFINITION Beds/places, users, and use of community residential facilities

ITEM 2.5.1	Availability of community residential facilities	
DEFINITION	Number of community residential facilities	
MEASURE	Number; UN = unknown	418
	Number; UN = unknown	418

This estimative was given by the mental health sector of The Ministry of Health, for February 2006.

ITEM 2.5.2	Beds/places in community residential facilities	
DEFINITION	Number of beds/places in community residential facilities, per 100,000 general population	
MEASURE	Rate per 100,000 general population; UN = unknown; NA = not applicable	1,815573126
NUMERATOR	Number of beds/places in community residential facilities	3344
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000 (#)	1841,84264

Community residential facilities which are financed by the SUS (national health system) in Brazil are undergoing a period of intensive implantation (63 residences are being implanted). The federal government finances only the dwelling of patients originated in long-stay admissions (over six months) in psychiatric hospitals, and the cities should finance other cases. Each residence may have up to 8 dwellers, resulting in a maximum of 3344 places, but this is an overestimation as many of the residences operate under this maximum figure.

ITEM 2.5.3	Users treated in community residential facilities	
------------	---	--

DEFINITION	Number of users treated in community residential facilities, per 100,000 general population	
MEASURE	Rate per 100,000 general population; UN = unknown; NA = not applicable	1,148306568
NUMERATOR	Number of users treated in community residential facilities	2115
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000 (#)	1841,84264

February 2006 (Mental Health Sector of The Department of Health).

ITEM 2.5.4	Gender distribution of users treated in community residential facilities	
DEFINITION	Proportion of female users treated in community residential facilities	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	42%
NUMERATOR	Number of female users treated in community residential facilities	880
DENOMINATOR	Number of users treated in community residential facilities (#)	2115

Gender data only available for 1624 (76.8%) of users in February 2006. (mental health sector of Department of Health).

ITEM 2.5.5	Average time spent in community residential facilities	
DEFINITION	Average number of days spent in community residential facilities	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Cumulative number of days spent in community residential facilities in the previous year (total of all users)	888
DENOMINATOR	Number of users treated in community residential facilities (#)	2115
NOTES	The cumulative number of days spent in community residential facilities is the sum of the number of days across all users and across all community residential facilities	

These data are not available. At first, as it is a question of patients transferred from long-stay bed psychiatric hospitals, without social support and with pictures of severe disability, there is a trend to a protracted occupation (longer than one year) for each patient.

ITEM 2.5.6	Children and adolescents treated in community residential facilities	
DEFINITION	Proportion of children and adolescents among users treated in community residential facilities	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Number of users 17 years of age or younger treated in community residential facilities	UN
DENOMINATOR	Number of users treated in community residential facilities (#)	2115
NOTES	Count users aged 17 years and younger treated in both adult and specialized child and adolescents facilities	

There are no residency for adolescents and children once they are directed mainly to long stay patients discharged from psychiatric hospitals.

ITEM 2.5.7	Beds/places in community residential facilities that are for children and adolescents only	
DEFINITION	Proportion of the beds/places in community residential facilities for children and adolescents only	

MEASURE	Proportion UN = unknown; NA = not applicable	0%
NUMERATOR	Number of beds/places in community residential facilities for children and adolescents only	0
DENOMINATOR	Number of beds/places in community residential facilities (#)	3344

The program of community residential facilities does not forecast exclusive beds for children and adolescents.

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 90.9% think that there is no (0%) beds/places in community residential facilities that are only for children and adolescents.

FACET 2.6 Mental hospitals

DEFINITION Beds, patients, and use of mental hospitals

ITEM 2.6.1	Availability of mental hospitals	
DEFINITION	Number of mental hospitals (#)	
MEASURE	Number; UN = unknown	228

ITEM 2.6.2	Availability of mental hospital beds	
DEFINITION	Number of beds in mental hospitals per 100,000 population	
MEASURE	Rate per 100,000 general population; UN = unknown; NA = not applicable	22,84451401
NUMERATOR	Number of beds in mental hospitals	42076
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000	1841,84264

Data from December 2005. BEDS financed by the government (SUS). Source: Mental health Section of the Department of Health. There are 8283 private beds not financed by the government (CNES on line in June, 2006).

ITEM 2.6.3	Change in beds in mental hospitals	
DEFINITION	Decrease/increase of the number of beds in mental hospitals in the last five years	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	-31%
NUMERATOR	[Number of beds in mental hospitals in the year of assessment] - [Number of beds in mental hospitals five years before]	-18792
DENOMINATOR	Number of beds in mental hospitals five years before	60868
NOTES	E.g. if the year of assessment is 2004, then one should compare with the number of beds in 1999.	

Data from December 2000. Source: Mental Health Section of the Department of Health.

ITEM 2.6.4	Gender distribution of patients treated in mental hospitals		
DEFINITION	Proportion of female patients treated in mental hospitals		
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	35%	
NUMERATOR	Number of female patients treated in mental hospitals	76658	Data for the total of authorizations for admissions in psychiatric hospitals of the SUS. Admitting that the duration of admission longer than 45 days is similar for men and

			women, then the rate of 203,589 authorizations for women, within the total of 580,412 authorizations (35.1%), would be the same in the initial authorizations, reaching therefore 76,658 women admitted. Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).
DENOMINATOR	Number of patients treated in mental hospitals	218544	Estimation based on authorizations of initial admissions by the SUS in 2005. In Brazil, these authorizations have to be given again after the 45-day period, creating thus a new authorization. Part of the data for the items below are only available for the total of authorizations, not differentiating initial from additional authorizations, as will be cited below

Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.6.5	Diagnosis of patients in mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of patients treated in mental hospitals the last year by ICD-10 diagnosis	
MEASURE	1. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	31%
	2. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20F29)	43%
	3. Mood [affective] disorders (F30F39)	15%
	4. Neurotic, stressrelated and somatoform disorders (F40F48)	1%
	5. Disorders of adult personality and behaviour (F60F69)	UN
	6. Other (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorder with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development)	11%
	(UN = unknown; NA = not applicable)	
NUMERATOR	Number of patients treated in mental hospitals for each diagnostic group	
	1. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	67741
	2. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20F29)	93630
	3. Mood [affective] disorders (F30F39)	31834
	4. Neurotic, stressrelated and somatoform disorders (F40F48)	2040
	5. Disorders of adult personality and behaviour (F60F69)	UN This group of Diagnosis is contained in the group "others".
	6. Other (e.g., epilepsy, organic mental disorders, mental retardation, behavioural and emotional disorder with onset usually occurring in childhood and adolescence, disorders of psychological development)	23229
	(UN = unknown; NA = not applicable)	
DENOMINATOR	Number of patients treated in mental hospitals (#)	
	218544	

Search at datasus (<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>), according to the following sequence:

1. Selected "information on epidemiology and morbidity"
2. Selected "general hospital morbidity, per admission site, since 1994"
3. Selected "Brazil, per unit of the federation"
4. Selected all months of 2005)
5. Selected "Chapter V of ICD 10, mental and behavioral disorders"
6. distribution of data by gender, age range and "list of morbidities in the ICD10"

Rather than a search by authorization of admission, the data here refer to all admissions with ICD10 codes related to mental disorder (chapter V). Thus, these figures refer to the addition of admissions in psychiatric hospital to those in general hospitals and traditional day hospitals. Therefore, the denominator would not be 218,544 but 305,560. Based on the presupposition that the distribution of diagnoses would be uniform in these different services, we have calculated the percentages and we have input the worksheet with the estimated figures for the denominator, that is, 218,544.

ITEM 2.6.6	Involuntary admissions to mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of involuntary admissions to mental hospitals	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Number of involuntary admissions to mental hospitals	UN
DENOMINATOR	Number of admissions to mental hospitals	218.544

NOTES Involuntary admissions refer to admissions to mental health facilities that occur without the voluntary consent of the individual. Involuntary admissions are typically permitted in situations where a person with a mental disorder is likely to cause self-harm or harm to others or suffer deterioration in condition if treatment is not given. Involuntary admissions are typically ruled by mental health legislation.

Despite the fact that involuntary admissions should be obligatorily informed to the sanitary authorities and to public the prosecution service, these data are not yet compiled in Brazil. Seven states of the Federation (Pernambuco, Paraná, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul and Santa Catarina) have already started a system for the registration and follow-up of admissions, by means of a partnership with the Public Prosecution Service, although we do not have the total of these figures. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), in 32 answers (there was one blank answer) there has been a mean of 45.3% (Standard deviation = 33.32) of involuntary admissions in mental hospitals. However, the answers ranged from 1 to 100% among the responders, showing a very low level of consensus regarding this issue.

ITEM 2.6.7	Long-stay patients in mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of long-stay patients by length of stay on 31st of December of the last year in mental hospitals	
MEASURE	1. more than 10 years	21%
	2. 5-10 years	20%
	3. 1-4 years	19%
	4. less than 1 year	39%
	(UN = unknown; NA = not applicable)	
NUMERATOR	Number of patients for each grouping of length of stay	
	1. more than 10 years	8374
	2. 5-10 years	7826
	3. 1-4 years	7552
	4. less than 1 year	15378
	(UN = unknown; NA = not applicable)	

DENOMINATOR	Number of patients staying in mental hospitals on 31st of December of the last year	39130 Best Estimate.
-------------	---	--------------------------------

ITEM 2.6.8	Time spent in mental hospitals	
DEFINITION	Average number of days spent in mental hospitals	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA = not applicable	65,29
NUMERATOR	Cumulative number of days spent in mental hospitals (total of all patients)	14268244
DENOMINATOR	Number of patients treated in mental hospitals (#)	218544
NOTES	The cumulative number of days spent in mental hospital is the sum of the number of days across all patients and across all mental hospitals	

The figure of 218,544 does not correspond to the number of admitted patients in psychiatric hospitals, but to the number of admissions. The same patient could have been admitted more than once per year. Data for the year 2005. Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.6.9	Occupancy of mental hospitals	
DEFINITION	Occupancy rate in mental hospitals	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	93%
NUMERATOR	Cumulative number of days spent in mental hospitals (total of all patients)	14268244
DENOMINATOR	Number of beds in mental hospitals times 365	15357740

ITEM 2.6.10	Physical restraint and seclusion in mental hospitals	
DEFINITION	Percentage of patients who were physically restrained or secluded patients at least once in the last year in mental hospitals	
MEASURE	Percentage of patients who were physically restrained or secluded patients at least once in the last year in mental hospitals:	D
	A = Over 20% of patients are restrained or secluded	
	B = 11-20% of patients are restrained or secluded	
	C = 6-10% of patients are restrained or secluded	
	D = 2-5% of patients are restrained or secluded	
	E = 0-1% of patients are restrained or secluded	
	UN = unknown	
NOTES	- A physical restraint is any manual method or physical or mechanical device, material, or equipment attached or adjacent to the user's body, which he or she cannot easily remove. Using force to hold a user and restrict movement constitutes restraint. Seclusion refers to the practice of placing a user in a confined space alone e.g. in a locked room. - Include all the users who are physically restrained or secluded, irrespective of the duration of the restraint or seclusion. - In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	Best Estimate.

Despite the fact that the assessment of psychiatric hospitals takes into account the frequency and the conditions of Physical restraint (continuous presence of a health professional during the contention, the

debate with the staff to decide the contention and annotation in the chart) in psychiatric hospitals, there is no records of the frequency in which it occurs. The seclusion of the patient in a locked room is a forbidden practice in Brazil (Executive order 251, 2002). This estimation was based on the questionnaire sent to the people in charge of local and/or regional mental health planning. Out of 33 questionnaires, 36.4% answered A and 30.3% answered D, showing that there is little consensus (or a great regional variation) for this issue.

ITEM 2.6.11	Children and adolescents treated in mental hospitals	
DEFINITION	Proportion children and adolescents among patients treated in mental hospitals	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	1%
NUMERATOR	Number of patients 17 years of age or younger treated in mental hospitals	2217
DENOMINATOR	Number of patients treated in mental hospitals (#)	218544
NOTE	Count patients aged 17 years and younger treated in both adult and specialized child and adolescents facilities	

According to the same reasoning of item 2.6.4: there have been a total of 5888 authorizations for admissions supposing that patients aged 17 or below (1% of the total). Therefore, we would expect 2217 admissions based on the presupposition that the rate of admissions longer than 45 days is equal for all age ranges. Year 2005 Source: Department of Health – Hospital System Information of the SUS (SIH/SUS).

ITEM 2.6.12	Availability of mental hospital beds that are for children and adolescents only	
DEFINITION	Proportion of mental hospital beds that are for children and adolescents only	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	UN
NUMERATOR	Number of mental hospital beds that are for children and adolescents only	999
DENOMINATOR	Number of mental hospitals beds (#)	42076

FACET 2.7 Forensic inpatient units

DEFINITION Beds and patients in forensic inpatient units

ITEM 2.7.1	Availability of beds in forensic inpatient units	
DEFINITION	Number of beds in forensic inpatient units, per 100,000 population	
MEASURE	Rate per 100,000 population; UN = unknown; NA = not applicable	1,996370331
NUMERATOR	Number of beds in forensic inpatient units	3677
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000	1841,84264

The estimation was based on the number of inpatients in judiciary lunatic asylums. As there is a probable occupation of 100% of beds we may suppose that this number be approximately the number of beds. Source : Department of Justice/Federal Bureau of Prisons – August 2003.

ITEM 2.7.2	Beds in forensic inpatient units by type of facility	
DEFINITION	Proportion of beds in forensic inpatient units by type of facility :	
MEASURE	1) mental hospitals	100%
	2) forensic units in mental hospitals	0%

	3) forensic units in general hospitals	0%
	4) prison mental health treatment facilities	0%
	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	
NUMERATOR	Number of beds in forensic inpatient units by type of facility	
	1) mental hospitals	3677
	2) forensic units in mental hospitals	0
	3) forensic units in general hospitals	0
	4) prison mental health treatment facilities	0
	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable	
DENOMINATOR	Number of beds in forensic inpatient units	3677
NOTE	Prison mental health treatment facilities are mental health treatment facilities that are located within prisons.	

In Brazil, there are 25 "Hospitals for custody and psychiatric treatment" (Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), which are psychiatric hospitals kept by the prison system, being exclusive for patients who committed a crime and are suspected or have a confirmation of a mental disorder which needs a specialized treatment. Source : Department of Justice/Federal Bureau of Prisons – August 2003. Source: Department of Justice/Federal Bureau of Prisons – June 2006.

ITEM 2.7.3	Long-stay patients in forensic units	
DEFINITION	Proportion of long-stay patients by length of stay on 31st of December of the last year in forensic units	
MEASURE	1. more than 10 years	UN
	2. 5-10 years	UN
	3. 1-4 years	UN
	4. less than 1 year	UN
	(UN = unknown; NA = not applicable)	
NUMERATOR	Number of patients for each grouping of length of stay	
DENOMINATOR	Number of patients staying in forensic units on 31st of December of the last year	3677*

* Number of inpatients in August, 2003.

FACET 2.8 Other residential facilities

DEFINITION Availability of beds/places in other residential facilities that provide care for people with mental disorders

ITEM 2.8.1	Availability of "other residential facilities"	
DEFINITION	Number of "other residential facilities" within or outside the health system that provide care for people with mental disorders by type of facility.	
MEASURE	1. Residential facilities specifically for people (of any age) with mental retardation	UN
	2. Residential facilities specifically for youth aged 17 years and younger with mental retardation	UN
	3. Residential facilities specifically for people with substance abuse (including alcohol) problems (e.g. detoxification inpatient facilities)	UN
	4. Residential facilities specifically for people with dementia	UN
	5. Residential facilities that formally are not mental health facilities but where, nevertheless, the majority of the people residing in the facilities have diagnosable mental disorders (e.g. mental retardation, substance abuse, dementia, epilepsy, psychosis)	UN

	Number; UN = unknown	
NOTES	Examples of residential facilities in the last category (#5) include facilities for the homeless or destitute, detoxification facilities run by social services, homes for widows, etc. that de facto are being used to house people with diagnosable ICD 10 mental disorders	

ITEM 2.8.2	Number of places/beds in "other residential facilities"	
DEFINITION	Number of places/beds in "other residential facilities" within or outside the health system that provide care for people with mental disorders by type of facility.	
MEASURE	1. Places/beds in residential facilities specifically for people (of any age) with mental retardation	UN
	2. Places/beds in residential facilities specifically for youth aged 17 years and younger with mental retardation	UN
	3. Places/beds in residential facilities specifically for people with substance abuse (including alcohol) problems (eg detoxification inpatient facilities)	UN
	4. Places/beds in residential facilities specifically for people with dementia	UN
	5. Places/beds in residential facilities that formally are not mental health facilities but where, nevertheless, the majority of the people residing in the facilities have diagnosable mental disorders (e.g. mental retardation, substance abuse, dementia, epilepsy, psychosis)	UN
	Number; UN = unknown; NA= not applicable	
NOTE	Examples of residential facilities in the last category (#5) include facilities for the homeless or destitute, detoxification facilities run by social services, homes for widows, etc. that de facto are being used to house people with diagnosable ICD 10 mental disorders	

FACET 2.9 Availability of psychosocial treatment in mental health facilities
DEFINITION Percentage of users who receive psychosocial treatments

ITEM 2.9.1	Availability of psychosocial interventions in mental hospitals	
DEFINITION	Percentage of patients who received one or more psychosocial interventions in mental hospitals in the past year	
MEASURE	Percentage of patients who received one or more psychosocial interventions in mental hospitals in the past year :	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTE	Psychosocial interventions sessions should last a minimum of twenty minutes to be counted for this item. Examples of psychosocial treatments include psychotherapy, provision of social support, counselling, rehabilitation activities, interpersonal and social skills training, and psycho-educational treatments. Do not include intake interviews, assessment, and follow-up psychopharmacology appointments as psychosocial interventions.	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 16 (54.5%) assessed that "few" (1 to 20%) patients received one or more psychosocial interventions.

ITEM 2.9.2	Availability of psychosocial interventions in community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Percentage of patients who received one or more psychosocial interventions in community-based psychiatric inpatient units in the past year	
MEASURE	Percentage of patients who received one or more psychosocial interventions in community-based psychiatric inpatient units in the past year	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 13 (39.4%) assessed that “few” (1 to 20%) patients received one or more psychosocial interventions, whereas nine (27.3%) assessed that “no patient” has received them.

ITEM 2.9.3	Availability of psychosocial interventions in mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Percentage of users who received one or more psychosocial interventions in mental health outpatient facilities in the past year	
MEASURE	Percentage of users who received one or more psychosocial interventions in mental health outpatient facilities in the past year	D
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 12 (36.4%) assessed that “some” (21 to 50%) patients received one or more psychosocial interventions, whereas nine (27.3%) assessed the item as “few” (1 to 20%) and 9 (27.3%) assessed it as “the majority” of patients (51 to 80%), showing that there is little consensus (or great regional variation) in this issue.

FACET 2.10 Availability of psychotropic medicines

DEFINITION Effective availability of medicines at mental health facilities at all times.

NOTES This facet covers physical availability of medicines, but not the affordability of medicines (see the facet on financing in the first domain).

ITEM 2.10.1	Availability of medicines in mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of mental hospitals in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility all year long	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	100 %
NUMERATOR	Number of mental hospitals in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category is available	228
DENOMINATOR	Total number of mental hospitals (#)	228

ITEM 2.10.2	Availability of medicines in community-based psychiatric inpatient units	
DEFINITION	Proportion of community-based psychiatric inpatient units in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility all year long.	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	100 %
NUMERATOR	Number of community-based psychiatric inpatient units in which at least one psychotropic medicine for each therapeutic category is available	105
DENOMINATOR	Total number of community-based psychiatric inpatient units (#)	105

ITEM 2.10.3	Availability of medicines in mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Proportion of mental health outpatient facilities in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility or in a nearby pharmacy all year long.	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA= not applicable	100 %
NUMERATOR	Number of mental health outpatient facilities in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category is available in the facility or in a nearby pharmacy	1086
DENOMINATOR	Total number of mental health outpatient facilities (#)	1086

FACET 2.11 Equity of access to mental health services
DEFINITION Equity of access to mental health services across different population groups

ITEM 2.11.1	Psychiatry beds located in or near the largest city		
DEFINITION	Ratio of number of psychiatry beds in or near the largest city to the total number of psychiatry beds in the country		
MEASURE	Ratio; UN = unknown; NA= not applicable	0,63	
NUMERATOR	Number of psychiatry beds in community-based psychiatric inpatient units and the number of mental hospital beds in or near the largest city per 100, 000 city population	15,09	
DENOMINATOR	Number of psychiatry beds in community-based psychiatric inpatient units and mental hospitals in the entire country per 100, 000 country population (#)	23,97	
	Number of psychiatry beds in community-based psychiatric inpatient units in or near the largest city	276	Referred to the Greater São Paulo. Source CNES in 6/30/2006.

	Number of psychiatry beds in mental hospitals in or near the largest city	2652	Added public to private beds.
	Number of people in the general population in or near the largest city	19403480	IBGE (Brazilian Bureau for Geography and Statistics), estimated population for the year 2005.
NOTE	Choose the largest city in terms of population. Include the greater metropolitan area (agglomeration) of the city to determine the largest city.		

ITEM 2.11.2	Use of mental health outpatient services by rural users	
DEFINITION	Proportionate use of mental health outpatient services by rural users in comparison to their relative population size	
MEASURE	In proportion to their relative population size, rural users are:	A
	A = Substantially under-represented in their use of outpatient services	
	B = Roughly equally represented in their use of outpatient services	
	C = Substantially over-represented in their use of outpatient services	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTES	· Use your own countries' definition for rural population.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 24 (72.7%) assessed it as “A = Substantially under-represented in their use of outpatient services”. We have adopted here IBGE’s definition of rural areas: “The Rural situation comprises the population and the housing units surveyed in all areas located out of the urban boundaries, even the rural agglomerations of urban extension, the villages and the social nuclei”.

ITEM 2.11.3	Access to mental health services for potential linguistic minority users	
DEFINITION	Percentage of mental health outpatient facilities that employ a specific strategy to ensure that linguistic minorities can access mental health services in a language in which they are fluent	
MEASURE	Percentage of mental health outpatient facilities that employ a specific strategy to ensure that linguistic minorities can access mental health services in a language in which they are fluent	A
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTES	· Strategies may be formal or informal and may include: (a) provision of translation/interpreter services, (b) scheduling staff to ensure that at any given time at least one staff is present who is fluent in the relevant minority languages, or (c) providing language training for staff in minority languages, etc.	
	· Exclude facilities where there are no or few linguistic minority people in the population (i.e., facilities for which language is not an issue).	

	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	
--	--	--

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 24 (72.7%) assessed that it is "A = none (0%)", the Percentage of mental health outpatient facilities that employ a specific strategy to ensure that linguistic minorities can access mental health services in a language in which they are fluent. We consider as linguistic minority users Brazil's indigenous populations and not the immigrant groups.

ITEM 2.11.4	Use of mental health outpatient services by ethnic and religious minority groups	
DEFINITION	Proportionate use of mental health outpatient services by ethnic and religious minority groups in comparison to their relative population size	
MEASURE	In proportion to their relative population size, ethnic and religious minority users are:	UN
	A = Substantially under-represented in their use of outpatient services	
	B = Roughly equally represented in their use of outpatient services	
	C = Substantially over-represented in their use of outpatient services	
	UN = unknown; NA= not applicable	

There is no data in this specific issue. There is some data from the Brazilian Racial Atlas (PNUD 2004) that black population has a lower rate of health services use when compared to the white population.

ITEM 2.11.5	Ethnic and religious minority group admissions to mental hospitals	
DEFINITION	Proportionate number of ethnic and religious minority group admissions to mental hospitals in comparison to their relative population size	
MEASURE	In comparison to their relative population size, ethnic and religious minority groups make up:	UN
	A = Substantially larger proportion of admissions to mental hospitals	
	B = Roughly equal proportion of admissions to mental hospitals	
	C = Substantially smaller proportion of admissions to mental hospitals	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

There is no data in this specific issue. There is some data from the Brazilian Racial Atlas (PNUD 2004) that black population has a lower rate of health services use when compared to the white population.

ITEM 2.11.6	Differences between government-administered and for-profit mental health care facilities		
DEFINITION	On average a substantial difference (e.g., greater than 50%) between government-administered and for profit mental health care facilities on selected indicators of care		
MEASURE	On average a substantial difference (e.g., greater than 50%) in:		
	1. Average duration of the waiting list for an initial non-emergency psychiatric outpatient appointment	Y	In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 63.6% considered that there is a significant

			difference in item 1.
	2. Average number of minutes of an outpatient consultation with a psychiatrist	Y	In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 60.6% considered that there is a significant difference in item 2.
	3. Average number of beds per nurse in psychiatric inpatient facilities	Y	In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 63.6% considered that there is a significant difference in item 3.
	Y/N; UN = unknown; NA= not applicable		
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:		BE

DOMAIN 3: MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE

- 3,1 Physician-based primary health care
3,2 Non-physician-based primary health care
3,3 Interaction with complimentary/ alternative/ traditional practitioners

FACET 3.1 Physician-based primary health care

DEFINITION Training of primary health care physicians in mental health, linkage with the mental health system, and psychotropic medicines in physician-based primary health care

ITEM 3.1.1	Undergraduate training for medical doctors	RESPONSE	COMMENTS
DEFINITION	Proportion of undergraduate (first degree) training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects for medical doctors		
MEASURE	Proportion; UN = unknown	3%	
NUMERATOR	Number of undergraduate (first degree) training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects for medical doctors	305,00	
DENOMINATOR	Total number of undergraduate (first degree) training hours for medical doctors in university	11520,00	The number of undergraduate training hours was estimated from multiplying 40 weekly hours times 48 weeks times 6 years of training (48x40x6).
NOTES	For total number of undergraduate training hours count both theoretical lessons and practical training.		
	If there is more than one medical school/university, use the average across schools/universities		

The hours devoted for psychiatry and mental health was estimated from the curriculum of eight Brazilian Universities (Santa casa de São Paulo; Faculdade de medicina da Universidade de Sao Paulo; Universidade federal de Sao Paulo; Universidade federal do Rio Grande do Sul, Universidade federal do Ceara, Universidade federal de Minas Gerais; Unifersidade federal de Goias, Faculdade de medicina de Uberlandia). The range was from 150 hours to 585 hours. This estimate was based on the mean hours in

these universities.

ITEM 3.1.2	Refresher training programs for primary health care doctors	
DEFINITION	Proportion of primary health care doctors with at least two days of refresher training in psychiatry/mental health in the last year	
MEASURE	Proportion; UN= not known	5%
NUMERATOR	Number of primary health care doctors with at least two days of refresher training in psychiatry/mental health in the last year	5240 best estimate
DENOMINATOR	Total number of primary health care doctors working in primary health care clinics in the last year	104789

There are 25141 doctors working as general physicians in the Family Program (PSF) of the Ministry of Health. As there are 39824 primary care centers (CNES , June 2006) in the country, it was estimated a mean of 2 doctors per center (39824x2=79648 acting in primary care plus 25141 general physicians in the PSF) = 104.789.

ITEM 3.1.3	Assessment and treatment protocols in physician-based primary health care	
DEFINITION	Availability of assessment and treatment protocols for key mental health conditions in physician-based primary health care clinics	
MEASURE	Protocols are available in:	B
	A = no physician-based primary health care clinics (0%)	
	B = a few physician-based primary health care clinics (1 - 20%)	
	C = some physician-based primary health care clinics (21 - 50%)	
	D = the majority of physician-based primary health care clinics (51 - 80%)	
	E = all or almost all physician-based primary health care clinics (81 - 100%)	
	UN = unknown	
NOTES	Assessment and treatment protocols include clinical guidelines, manuals, or videos on mental health for primary health care staff. They also include referral and back-referral procedures between primary health care clinics and mental health services. General mental health textbooks are not considered treatment protocols.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 17 (51.5%) assessed that they are few (1 to 20%) and 9 (27.3%) considered that no physician-based primary health care unit has assessment and treatment protocols.

ITEM 3.1.4	Referrals between primary health care doctors and mental health professionals	
DEFINITION	Full-time primary health care doctors who make on average at least one referral per month to a mental health professional	
MEASURE	Full-time primary health care doctors who make on average at least one referral per month to a mental health professional	C
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown	
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 10 (30.3%) assessed that they are “few” (1 to 20%), 10 (30.3%) assessed that they are “some (21 to 50%)”, and 9 (27.3%) considered that they are “the majority (51 to 80%)”, showing that there is little consensus (or great regional variation) in this issue.

ITEM 3.1.5	Interaction of primary health care doctors with mental health services	
DEFINITION	Primary health care doctors interacting with a mental health professional at least monthly in the last year	
MEASURE	Primary health care doctors interacting with a mental health professional at least monthly in the last year	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown	
NOTES	Interaction includes (face-to face or telephone) meetings, review of individual cases, co-ordination of activities and of referral issues, as well as mental health training sessions.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 22 (66.7%) assessed that “few (1 to 20%)” primary health care physicians interacted with a mental health professional at least monthly in the last year.

ITEM 3.1.6	Prescription by primary health care doctors.	
DEFINITION	Health regulations authorize primary health care doctors to prescribe and/or to continue prescription of psychotropic medicines	
MEASURE	Health regulations authorize primary health care doctors to prescribe and/or to continue prescription of psychotropic medicines	C
	A = not allowed	
	B = primary health care doctors are allowed to prescribe but with restrictions (e.g., they are not allowed to initiate prescription but are allowed to continue prescription, or they are allowed to prescribe in emergencies only)	
	C = primary health care doctors are allowed to prescribe without restrictions	

There are regional regulations which can limit the prescription of the primary health care physician who have not undergone an updating course in psychotropic prescription, but this does not occur in most of Brazil's cities.

ITEM 3.1.7	Availability of medicines to primary health care patients in physician-based primary health care	
DEFINITION	Physician-based primary health care clinics in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility or in a nearby pharmacy all year long	
MEASURE	Physician-based primary health care clinics in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility or in a nearby pharmacy all year long	C

	A = none of the clinics (0%)	
	B = a few of the clinics (1 - 20%)	
	C = some of the clinics (21 - 50%)	
	D = a majority of the clinics (51 - 80%)	
	E = all or almost all of the clinics (81 - 100%)	
	UN = unknown	
	NA= not applicable	
NOTES	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 9 (27.3%) assessed that they are “few” (1 to 20%), 11 (33.3%) assessed that they are “some (21 to 50%)” and 7 (21.2%) considered that they are “the majority (51 to 80%)” to 80%”, showing that there is little consensus (or great regional variation) in this issue.

FACET 3.2 Non-physician-based primary health care

DEFINITION Training of non-physician primary health care staff in mental health, linkage with the mental health system, and psychotropic medicines in non-physician based primary care

ITEM 3.2.1	Undergraduate training for nurses	
DEFINITION	Proportion of undergraduate (first degree) training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects in nursing schools	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	7%
NUMERATOR	Number of undergraduate (first degree) training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects in nursing schools	300,00
DENOMINATOR	Total number of undergraduate (first degree) training hours for nurses in nursing schools	4215,00
NOTES	· For total number of undergraduate training hours count both theoretical lessons and practical training.	
	· If there is more than one nursing school, use the average across nursing schools	

There is no minimum curriculum for mental health. Figures based on the curriculum of the Nursery school of the University of São Paulo.

ITEM 3.2.2	Training for non-doctor/non-nurse primary health care workers in vocational schools	
DEFINITION	Proportion of training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects for non-doctor/non-nurse primary health care workers in colleges/ vocational schools	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	UN
NUMERATOR	Number of training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects for non-doctor/non-nurse primary health care workers in colleges/ vocational schools	UN
DENOMINATOR	Number of training hours for non-doctor/non-nurse primary health care workers in colleges/ vocational schools	UN
NOTES	· For total number of training hours count both theoretical lessons and practical training.	

	· If there is more than one vocational school, use the average across colleges/ schools	
--	---	--

There are very few vocational schools for non-doctor/non-nurse primary health care workers in Brazil.

ITEM 3.2.3	Refresher training programs for primary health care nurses		
DEFINITION	Proportion of primary health care nurses with at least two days of refresher training in psychiatry/mental health in the last year		
MEASURE	Proportion; UN= not known	10%	
NUMERATOR	Number of primary health care nurses with at least two days of refresher training in psychiatry/mental health in the last year	15929	In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 21 (63.6%) assessed that they are "few" (1 to 20%). This was estimated at 15%.
DENOMINATOR	Total number of primary health care nurses working in primary health care clinics in the last year	159296	Each of the Family Program (PSF) team has at least one nurse (25141). There are 39824 primary care centers in the country. It was estimated a number of 4 nurses per primary care center ($39824 \times 4 = 159296 + 25141 = 184437$).

ITEM 3.2.4	Refresher training programs for non-doctor/non-nurse primary health care workers		
DEFINITION	Proportion of non- doctor /non-nurse primary health care workers with at least two days of refresher training in psychiatry/mental health in the last year		
MEASURE	Proportion; UN= not known	10%	
NUMERATOR	Number of non- doctor /non-nurse primary health care workers with at least two days of refresher training in psychiatry/mental health in the last year	21088	BE: In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 20 (60.6%) assessed that they are "few" (1 to 20%). This was estimated at 15%.
DENOMINATOR	Total number of non- doctor /non-nurse primary health care workers working in primary health care clinics in the last year	210887	Source: Department of Health, jan 2006.

ITEM 3.2.5	Assessment and treatment protocols in non-physician-based primary health care	
------------	---	--

DEFINITION	Availability of assessment and treatment protocols for key mental health conditions in non-physician-based primary health care	
MEASURE	Protocols are available in:	A
	A = no non-physician-based primary health care clinics (0%)	
	B = a few non-physician-based primary health care clinics (1 - 20%)	
	C = some non-physician-based primary health care clinics (21 - 50%)	
	D = the majority of non-physician-based primary health care clinics (51 - 80%)	
	E = all or almost all non-physician-based primary health care clinics (81 - 100%)	
	UN = unknown	
NOTES	Assessment and treatment protocols include clinical guidelines, manuals, or videos on mental health for primary health care staff. They also include referral and back-referral procedures between primary health care clinics and mental health services. General mental health textbooks are not considered treatment protocols.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

BE. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 17 (51.5%) estimated that “no non-physician-based primary health care clinics (0%)” have protocols for mental health treatment and overseeing and 14 (42.4%) estimated that there are “few non-physician-based primary health care clinics (1 - 20%)”.

ITEM 3.2.6	Mental health referrals between non-physician based primary health care to a higher level of care	
DEFINITION	Full-time primary care providers in non physician-based primary health care clinics who make on average at least one mental health referral to a higher level of care per month	
MEASURE	Full-time primary care providers in non physician-based primary health care clinics who make on average at least one mental health referral to a higher level of care per month	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown	
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 12 (36.4%) assessed that “few”, 9 (27.3%) that “some” and 6 (18.2%) that “the majority” of full-time primary care providers in non physician-based primary health care clinics make on average at least one mental health referral to a higher level of care per month, showing that there is little consensus (or great regional variation) in this issue.

ITEM 3.2.7	Availability of medicines to primary health care patients in non-physician-based primary health care clinics	
------------	--	--

DEFINITION	Non-physician-based primary health care clinics in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility or in a nearby pharmacy all year long	
MEASURE	Non-physician-based primary health care clinics in which at least one psychotropic medicine of each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic and antiepileptic medicines) is available in the facility or in a nearby pharmacy all year long	A
	A = none of the clinics (0%)	
	B = a few of the clinics (1 - 20%)	
	C = some of the clinics (21 - 50%)	
	D = a majority of the clinics (51 - 80%)	
	E = all or almost all of the clinics (81 - 100%)	
	UN = unknown	
	NA= not applicable	
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	BE

Source: Mental health Section of the Department of Health.

ITEM 3.2.8	Prescription by nurses.	
DEFINITION	Health regulations authorize primary health care nurses to prescribe and/or to continue prescription of psychotropic medicines	
MEASURE	Health regulations authorize primary health care nurses to prescribe and/or to continue prescription of psychotropic medicines	A
	A = not allowed	
	B = primary health care nurses are allowed to prescribe but with restrictions (e.g., they are not allowed to initiate prescription but are allowed to continue prescription, or they are allowed to prescribe in emergencies only; they are allowed to hand-out medicines but are formally not allowed to prescribe)	
	C = primary health care nurses are allowed to prescribe without restrictions	

ITEM 3.2.9	Prescription by non-doctor/non-nurse primary health care workers	
DEFINITION	Health regulations authorize non-doctor/ non-nurse primary health care workers to prescribe and/or to continue prescription of psychotropic medicines	
MEASURE	Health regulations authorize non-doctor/ non-nurse primary health care workers to prescribe and/or to continue prescription of psychotropic medicines	A
	A = not allowed	
	B = non-doctor/non-nurse primary health care workers are allowed to prescribe but with restrictions (e.g., they are not allowed to initiate prescription but are allowed to continue prescription, or they are allowed to prescribe in emergencies only; they are allowed to hand-out medicines but are formally not allowed to prescribe)	
	C = non-doctor/non-nurse primary health care workers are allowed to prescribe without restrictions	

FACET 3.3

Interaction with complimentary/ alternative/ traditional practitioners

DEFINITION **Interaction of primary health care and mental health facilities with complimentary/ alternative/ traditional practitioners**

ITEM 3.3.1	Interaction of physician-based primary health care clinics with complimentary/ alternative/ traditional practitioners	
DEFINITION	Physician-based primary health care clinics interacting with complimentary/ alternative/ traditional practitioners at least once in the last year	
MEASURE	Physician-based primary health care clinics interacting with complimentary/ alternative/ traditional practitioners at least once in the last year	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTES	Interaction includes meetings, review of individual cases, co-ordination of activities and of referral issues, as well as training complimentary/ alternative/ traditional practitioners in relevant aspects of mental health.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 20 (60.6%) assessed that there are “few (1 to 20%)” physician-based primary health care clinics.

ITEM 3.3.2	Interaction of non-physician-based primary health care clinics with complimentary/ alternative/ traditional practitioners	
DEFINITION	Non-physician-based primary health care clinics interacting with complimentary/ alternative/ traditional practitioners at least once in the last year	
MEASURE	Non-physician-based primary health care clinics interacting with complimentary/ alternative/ traditional practitioners at least once in the last year	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTES	Interaction includes meetings, review of individual cases, co-ordination of activities and of referral issues, as well as training complimentary/ alternative/ traditional practitioners in relevant aspects of mental health.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 15 (45.5%) assessed that “few” (1 to 20%) and 12 (36.4%) that no non-physician-based primary health care clinics interacted with complimentary/alternative/ traditional practitioners

ITEM 3.3.3	Interaction of mental health facilities with complimentary/ alternative/ traditional practitioners	
------------	--	--

DEFINITION	Mental health facilities interacting with complimentary/ alternative/ traditional practitioners at least once in the last year	
MEASURE	Mental health facilities interacting with complimentary/ alternative/ traditional practitioners at least once in the last year	B
	A = none (0%)	
	B = a few (1 - 20%)	
	C = some (21 - 50%)	
	D = the majority (51 - 80%)	
	E = all or almost all (81 - 100%)	
	UN = unknown; NA= not applicable	
NOTES	Interaction includes meetings, review of individual cases, co-ordination of activities and of referral issues, as well as training complimentary/alternative/traditional practitioners in relevant aspects of mental health.	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), 20 (60.6%) assessed that there are “few” (1 to 20%) (1 a 20%) mental health facilities.

DOMAIN 4: HUMAN RESOURCES	
4,1	Number of human resources
4,2	Training professionals in mental health
4,3	Consumer and family associations
4,4	Activities of consumer associations, family associations and other NGOs

FACET 4.1
DEFINITION

Number of human resources
Number of staff working in or for mental health facilities

ITEM 4.1.1	Human resources in mental health facilities per capita		RESPONSE
DEFINITION	Number of human resources working in or for mental health facilities or private practice per 100,000 population by profession		
MEASURE	Rate per 100,000 population; UN = unknown		
	1. psychiatrists		3,259236088
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,		0,578225293
	3. nurses		1,693412853
	4. psychologists		10,18708091
	5. social workers		1,077725076
	6. occupational therapists		1,94859209
	7. other health or mental health workers (including auxiliary staff, non-doctor/non-physician primary health care workers, health assistants, medical assistants, professional and paraprofessional psychosocial counsellors)		UN
NUMERATOR	Number of human resources:		
1. psychiatrists	6003	Psychiatrists registered in health services, private or public. Professionals who work only in private consultation offices were not counted. Source: tabwin-CNES, December, 2005.	
2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	1065	We do not have the total. The number of general practitioners registered in psychiatric hospitals was 758 and in CAPS and other outpatient services exclusively dedicated to mental health was 307. (source CNES – TABWIN, Dec, 2005).	
3. nurses	3119	Nurses registered in health services, private or public. Psychiatric nurses = 680; general nurses working in psychiatric hospitals = 1450; general nurses working in CAPS and other outpatient services exclusively dedicated to mental health = 989 (source CNES – TABWIN, Dec, 2005).	
4. psychologists	18763	Psychologists registered in health services, private or public. Source: tabwin-CNES, December, 2005.	
5. social workers	1985	There are 14338 total of social workers in health services as a whole. We do not have the number of social workers exclusively dedicated to mental health, but in psychiatric hospitals they are 949 and in CAPS and other outpatient services exclusively dedicated to mental health they are 1036. (source CNES – TABWIN, Dec, 2005).	
6. occupational therapists	3589	Occupational therapists registered in health services, private or public. Professionals working only in private consultation offices were not counted. Source: tabwin-CNES, December, 2005.	
7. other health or mental health workers (including auxiliary staff, non-doctor/non-physician primary health care workers, health assistants, medical assistants, professional and paraprofessional psychosocial counsellors)		UN	

DENOMINATOR	Total size of population divided by 100,000 (#)	1841,84264
NOTES	Include mental health staff working in government-administered, NGO, for-profit mental health facilities and private practice.	

ITEM 4.1.2	Psychiatrists working in various mental health sectors	
ITEM DEFINITION	Proportion of psychiatrists working in various mental health sectors.	
MEASURE		.
1. number of psychiatrists working only in or for government administered mental health facilities	69%	Proportion; UN = unknown
2. number of psychiatrists working only in or for mental health NGOs/ for-profit mental health facilities/, private practice	7%	
3. number of psychiatrists working in or for both (a) government administered mental health facilities and in or for (b) a mental health NGO/ for-profit mental health facilities/, private practice (i.e., this category is for psychiatrists combining work in a government administered facility and work in one of the other sectors mentioned).	24%	
NUMERATOR		
1. number of psychiatrists working only in or for government administered mental health facilities	3899	From all psychiatrists registered (6006) in the country by CNES (December, 2005), we only have the data about mental health sector's work from 5631 psychiatrists.
2. number of psychiatrists working only in or for mental health NGOs/ for-profit mental health facilities/, private practice	372	Item 1 includes all government administered mental health facilities and Psychiatric Hospitals that most beds are for Unified Health System patients.
3. number of psychiatrists working in or for both (a) government administered mental health facilities and in or for (b) a mental health NGO/ for-profit mental health facilities/, private practice (i.e., this category is for psychiatrists combining work in a government administered facility and work in one of the other sectors mentioned).	1360	Item 2 includes only professionals from private institutions.
DENOMINATOR		
Total number of psychiatrists working in mental health	5631	Since the private practice register hasn't finished yet and is not mandatory, only a small proportion of them were counted. However it's known that a great proportion of psychiatrists work in private practice with direct payment from patients or from private medical insurance. Therefore, these data should be interpreted with caution.

ITEM 4.1.3	Psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working in various mental health sectors	
------------	---	--

ITEM DEFINITION	Proportion of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working in or for various mental health sectors	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	
	1. number of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working only in or for government administered mental health facilities	73%
	2. number of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working only in or for mental health NGOs / for-profit mental health facilities /private practice	23%
	3. number of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working in or for both (a) government administered mental health facilities and (b) a mental health NGO/ a for-profit mental health facility/ private practice (i.e., this category is for professionals combining work in a government administered facility and work in one of the other sectors mentioned).	5%
NUMERATOR	1. number of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working only in or for government administered mental health facilities	25965
	2. number of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working only in or for mental health NGOs / for-profit mental health facilities /private practice	8108
	3. number of psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working in or for both (a) government administered mental health facilities and (b) a mental health NGO/ a for-profit mental health facility/ private practice (i.e., this category is for professionals combining work in a government administered facility and work in one of the other sectors mentioned).	1655
DENOMINATOR	Total number psychologists, social workers, nurses, and occupational therapists working in mental health	35728

ITEM 4.1.4	Staff working in or for mental health outpatient facilities		
DEFINITION	Number of full-time or part-time mental health professionals working in or for outpatient mental health facilities		
1. psychiatrists	2425	For psychiatrists, psychologists and psychiatric nurses we counted the total of professionals registered in the list of outpatient services with mental health care (see item 2. 2.1). For social workers and occupational therapists we used the list of CAPS and other outpatient services exclusively dedicated to mental health (as in item 4.1.1) (source CNES – TABWIN, Dec, 2005).	
2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	307		
3. nurses	1169		
4. psychologists, social workers, and occupational therapists	5010		
5. other health or mental health workers	999		
Number; UN = unknown			
NOTES	Include mental health staff working in government-administered outpatient facilities, NGO outpatient facilities and for profit mental health outpatient facilities. Exclude professionals engaged exclusively in private practice.		

ITEM 4.1.5	Staff working in community-based psychiatric inpatient units			
DEFINITION	Number of full-time or part-time mental health professionals working in community-based psychiatric inpatient units per bed			
MEASURE	Number per bed; UN=unknown; NA= not applicable			
	1. psychiatrists			0,31
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,			UN
	3. nurses			0,01
	4. psychologists, social workers, and occupational therapists			0,24
	5. other health or mental health workers			UN
NUMERATOR	Number of mental health professionals:			
1. psychiatrists	647	The high number of psychiatrists is explained by the fact that they work some hours in the admission units and the remaining hours in the outpatient service linked to the psychiatric unit. (source CNES – TABWIN, Dec, 2005).		
2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	999			
3. nurses	26	Psychiatry Nurses only.(source CNES – TABWIN, Dec, 2005).		
4. psychologists, social workers, and occupational therapists	499	Social workers were not counted as they worked mostly for the hospital as a whole and not for the psychiatric unit.		
5. other health or mental health workers	999			
DENOMINATOR	Number of beds in community-based psychiatric inpatient units (#)		2074	
NOTES	Include mental health staff working in government-administered community-based psychiatric inpatient units, NGO community-based psychiatric inpatient units and for profit community-based psychiatric inpatient units. Exclude professionals engaged exclusively in private practice.			

ITEM 4.1.6	Staff working in mental hospitals		
DEFINITION	Number of full-time or part-time mental health professionals per mental hospital bed		
MEASURE	Staff per bed; UN=unknown; NA= not applicable		
	1. psychiatrists	0,06	
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	0,02	
	3. nurses	0,05	
	4. psychologists, social workers, and occupational therapists	0,07	
	5. other health or mental health workers	UN	
NUMERATOR	Number of mental health professionals:		
	1. psychiatrists	2603	All specialized hospitals with psychiatric beds were selected (source CNES – TABWIN, Dec, 2005).
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	758	

	3. nurses	1974	
	4. psychologists, social workers, and occupational therapists	2908	
	5. other health or mental health workers	999	
DENOMINATOR	Number of mental hospital beds (#)	42076	
NOTES	Include mental health staff working in government-administered mental hospitals, NGO mental hospitals and for profit mental hospitals. Exclude professionals engaged exclusively in private practice.		

ITEM 4.1.7	Psychiatrists working in or near the largest city		
DEFINITION	Ratio of psychiatrists working in mental health facilities that are based in or near the largest city to the rest of the country		
MEASURE	Ratio; UN = unknown; NA= not applicable	1,75	
NUMERATOR	Number of psychiatrists working in mental health facilities that are based in or near the largest city per 100 000 city population	5,72	
	Number of psychiatrists working in mental health facilities in or near the largest city	1109	
	Number of people in the general population in or near the largest city	19403480	
DENOMINATOR	Number of psychiatrists working in mental health facilities in the entire country per 100 000 country population	3,26	
	Number of psychiatrists working in mental health facilities in the entire country	6003	
NOTES	Choose the largest city in terms of population. Include the greater metropolitan area (agglomeration) of the city to determine the largest city. Exclude professionals engaged exclusively in private practice.		

ITEM 4.1.8	Nurses working in or for mental health facilities in or near the largest city		
DEFINITION	Ratio of nurses working in or for mental health facilities that are based in or near the largest city to the rest of the country		
MEASURE	Ratio; UN = unknown; NA= not applicable	0,46	
NUMERATOR	Number of nurses working in mental health facilities that are based in or near the largest city per 100 000 city population	0,17	
	Number of nurses working in mental health facilities that are based in or near the largest city	33	psychiatry nurses only. (source CNES – TABWIN, Dec, 2005)
	Number of people in the general population in or near the largest city	19403480	
DENOMINATOR	Number of nurses working in mental health facilities in the entire country per 100,000 country population	0,37	
	Number of nurses working in mental health facilities in the entire country	680	psychiatry nurses only. (source CNES – TABWIN, Dec, 2005)

NOTES	Choose the largest city in terms of population. Include the greater metropolitan area (agglomeration) of the city to determine the largest city.
-------	--

FACET 4.2
DEFINITION

Training professionals in mental health
Aspects of training professionals in mental health

ITEM 4.2.1	Professionals graduated last year		
DEFINITION	Number of professionals graduated in the last year in academic and educational institutions, per 100,000 general population		
MEASURE	Rate per 100,000 general population; UN=unknown, NA= not applicable		
	1. Medical doctors		5,070
	2. Nurses		7,601
	3. Psychiatrists		0,080
	4. Psychologists with at least 1 year training in mental health care		8,590
	5. Nurses with at least 1 year training in mental health care		UN
	6. Social workers with at least 1 year training in mental health care		UN
	7. Occupational therapists with at least 1 year training in mental health care		0,487
NUMERATOR	Number of professionals:		
1. Medical doctors	9339	Number of physicians who graduated from college in 2004. SOURCE: Haddad, A.E., et al. (2006). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (available at http://www.Inep.gov.br/pesquisa/publicacoes).	
2. Nurses	14000	Approximate number, referred to the year 2004. SOURCE: Haddad, A.E., et al. (2006). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (available at http://www.Inep.gov.br/pesquisa/publicacoes).	
3. Psychiatrists	148	Data from the year 2005 of the Federal Council of Medicine.	
4. Psychologists with at least 1 year training in mental health care	15822	Number referred to the year 2004. SOURCE: Haddad, A.E., et al. (2006). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (available at http://www.Inep.gov.br/pesquisa/publicacoes).	
5. Nurses with at least 1 year training in mental health care	999	Unknown	
6. Social workers with at least 1 year training in mental health care	999	In 2004, 5278 professionals have finished the course, but there is no information about the total of graduated students in social work who have training in mental health.	
7. Occupational therapists with at least 1 year training in mental health care	897	Number referred to the year 2004. SOURCE: Haddad, A.E., (et al.) Organizadores (2006) A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (available at http://www.Inep.gov.br/pesquisa/publicacoes).	
DENOMINATOR	Number of people in the general population divided by 100,000		1841,842

ITEM 4.2.2	Refresher training for mental health staff on the rational use of psychotropic drugs		
DEFINITION	Proportion of mental health staff working in or for mental health facilities with at least two days of refresher training on the rational use of psychotropic drugs in the last year		
MEASURE	1. psychiatrists		9%
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,		UN
	3. nurses		2%
	4. other health mental health workers		UN
	(UN = unknown; NA= not applicable)		
NUMERATOR	Number of mental health staff by professional role working in or for mental health facilities with at least two days of refresher training on the rational use of psychotropic drugs in the last year		
1. psychiatrists	563	There are no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that: Psychiatrists: 48.5% assessed that they are "few" (1 to 20%)	
2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	999	Other medical doctors, not specialized in psychiatry: 51.5% assessed that they are "few" (1 to 20%)	
3. nurses	66	Nurses: 54.5% assessed that they are "few" (1 to 20%)	
4. other health mental health workers	999	Other health mental health workers: 54.5% assessed that they are "few" (1 to 20%) Using a 10%-approximation from the total, we obtained the estimated figures.	
(UN = unknown; NA= not applicable)			
DENOMINATOR	Number of mental health staff by professional role working in or for mental health facilities (#)		
	1. psychiatrists		6003
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,		1065
	3. nurses		3119
	4. other health mental health workers		999
NOTES	One day training is equivalent to 8 hours		

ITEM 4.2.3	Refresher training for mental health staff in psychosocial (non-biological) interventions		
DEFINITION	Proportion of mental health staff working in or for mental health facilities with at least two days of refresher training on psychosocial (non-biological) interventions in the last year		
MEASURE	Proportion by professional role:		
	1. psychiatrists		10%
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,		10%
	3. nurses		2%
	4. psychologists, social workers, and occupational therapists		UN
	5. other health or mental health workers		UN
	(UN = unknown; NA= not applicable)		

NUMERATOR	Number of mental health staff by professional role, working in or for mental health facilities with at least two days of refresher training on psychosocial (non-biological) interventions.	
1. psychiatrists	600	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 54.5% assessed that they are “few” (1 to 20%).
2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	106	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : Other medical doctors, not specialized in psychiatry: 54.5% assessed that they are “few” (1 to 20%).
3. nurses	66	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 48.5% assessed that they are “few” (1 to 20%).
4. psychologist s, social workers, and occupational therapists	999	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 42.4% assessed that they are “few” (1 to 20%).
5. other health or mental health workers	999	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 54.5% assessed that they are “few” (1 to 20%). Using a 10%-approximation from the total, we obtained the estimated figures.
(UN = unknown; NA= not applicable)		
DENOMINATOR	Number of mental health staff by professional role working in or for mental health facilities in the last year (#)	
	1. psychiatrists	6003
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	1065
	3. nurses	3119
	4. psychologists, social workers, and occupational therapists	24337
	5. other health or mental health workers	999
NOTES	- One day training is equivalent to 8 hours - Examples of psychosocial (non-biological) interventions are psychotherapy, provision of social support, counselling, rehabilitation activities, interpersonal and social skills training, and psycho-educational treatments. Do not include intake interviews, assessment, and follow-up psychopharmacology appointments as psychosocial interventions. - Refresher training includes "in-service" training provided by facilities as well as "continuing education credits" provided by professional organizations	

ITEM 4.2.4	Refresher training for mental health staff on child and adolescent mental health issues	
DEFINITION	Proportion of mental health staff working in or for mental health facilities with at least two days of refresher training in the last year on child and adolescent mental health issues	
MEASURE	1. psychiatrists	10%
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	10%
	3. nurses	10%
	4. psychologists, social workers and occupational therapists	10%
	5. other health or mental health workers	UN

NUMERATOR	Number of mental health staff by professional role, working in or for mental health facilities with at least two days of refresher training on child and adolescent mental health issues	
1. psychiatrists	600	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 69.7% assessed that they are "few" (1 to 20%).
2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	106	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 51.5% assessed that they are "few" (1 to 20%).
3. nurses	311	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 60.6% assessed that they are "few" (1 to 20%).
4. psychologists, social workers and occupational therapists	2433	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 42.4% assessed that they are "few" (1 to 20%).
5. other health or mental health workers	999	There in no nationwide data. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was assessed that : 57.6% assessed that they are "few" (1 to 20%). Using a 10%-approximation from the total, we obtained the estimated figures.
(UN = unknown; NA= not applicable)		
DENOMINATOR	Number of mental health staff by professional role working in or for mental health facilities in the last year (#)	
	1. psychiatrists	6003
	2. other medical doctors, not specialized in psychiatry,	1065
	3. nurses	3119
	4. psychologists, social workers and occupational therapists	24337
	5. other health or mental health workers	999
NOTES	- One day training is equivalent to 8 hours - Examples of training on child and adolescent mental health issues include training on assessment and treatment of psychiatric disorders, developmental issues, learning disabilities, etc. - Refresher training includes "in-service" training provided by facilities as well as "continuing education credits" provided by professional organizations	

ITEM 4.2.5	Psychiatrists emigrated to other countries		
DEFINITION	Proportion of psychiatrists who emigrate to other countries within 5 years of the completion of their training		
MEASURE	Proportion of psychiatrists who emigrate to other countries within 5 years of the completion of their training	B	Between 0 and 1%. Best Estimate.
	A= none (0%)		
	B = a few (1 - 20%)		
	C = some (21 - 50%)		
	D = the majority (51 - 80%)		
	E = all or almost all (81 - 100%)		
	UN = unknown; NA = not applicable [e.g. no psychiatrist completed their training in the last 5 years]		

NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:		
------	--	--	--

FACET 4.3 User/consumer associations and family associations

DEFINITION Membership and support for user/consumer associations and family associations

ITEM 4.3.1	Members of user/consumer associations	
DEFINITION	Aggregate number of users/consumers that are member of consumer associations	
MEASURE	Number; UN = unknown	3780
	Number; UN = unknown	3780
NOTES	Avoid, if possible, double counting of consumer associations/members (e.g., members of regional associations may also be member of national/federal associations).	

Members of user/consumer associations

For the survey of associations of users and family members and NGOs linked to mental health it was used a contact list developed by the Brazilian Association of Friends, Family Members and Patients of Schizophrenia - ABRE. Of the 56 institutions, 40 had a contact email. For these, it was sent a message asking for information about the characteristics of the entity: number of participants, participation in public policies and in mental health care.

We received 12 answers, from the following institutions:

Associations:

- Associação Brasileira de Familiares, Amigos e portadores de Esquizofrenia - ABRE
- Projeto fênix - associação pró saúde mental
- Laço - associação de apoio social
- Aporta
- Apoiar grupo de auto-ajuda
- Apoiar grupo de auto-ajuda
- Núcleo "por uma sociedade sem manicômios" baixada santista
- Associação Jose Martins de Araújo Jr.
- Associação dos amigos do cais
- Stabilitas

Other NGOs

- Projeto papel de gente
- Instituto espírita batuá de saúde mental

Institution	Type of institution	Users/patients	Family members	Other collaborators	Policies, plans or legislation	assistance
Associação Brasileira de Familiares, Amigos e portadores de Esquizofrenia - ABRE	Mixed	15	40	15	N	Y
Projeto fênix - associação pró saúde mental	Mixed	180	140	36	N	Y
Laço - Associação de Apoio Social	Mixed	400	120	140	N	Y
Aporta	Mixed	100	50	20	N	Y
Apoiar Grupo de Auto-Ajuda	Mixed	650	50	35	N	Y

Apoiar Grupo de Auto-Ajuda	Mixed	650	50	35	N	Y
Núcleo "por uma sociedade sem manicômios" baixada santista	Mixed	12	2	15	Y	Y
Associação Jose Martins de Araujo Jr.	Mixed	40	30	10	Y	Y
Associação dos amigos do cais	Mixed	60	40	25	Y	Y
Stabilitas	Mixed	300	250	0	Y	Y
Total		2380	732	316		Y
Projeto Papel de Gente	Other NGOs	28	0	12	N	Y
Instituto Espírita Bатуíra de Saúde Mental	Other NGOs	0	0	?	Y	Y

- In Brazil mixed associations between users, family members and mental health professionals are more common and they are ordinarily linked to one CAPS and, besides advocacy, they develop activities linked to income generation. All associations which answered our survey had this profile, totaling 2395 participant users; 772 family members and 331 mental health professionals and other collaborators.
- Considering that 80% of the institutions of the list are associations of users/family members, there is at least 44 associations of users/family members. Supposing that the 10 institutions which answered our survey were precisely the biggest and the best organized ones, if we attributed a mean number of 40 users and 20 family members for the remaining 35 institutions, the expected figures would be 3780 users and 1432 family members who would compose these "mixed" associations of users and family members.

ITEM 4.3.2	Members of family associations		
DEFINITION	Aggregate number of family members that are member of family associations		
MEASURE	Number; UN = unknown	1432	
	Number; UN = unknown	1432	
NOTES	• Avoid, if possible, double counting of family associations/members (e.g., members of regional associations may also be member of national/federal associations).		
	• Family refers to the user/consumer's family or extended family regardless of whether or not there is a legally defined relationship		

ITEM 4.3.3	Government economic support for user/consumer initiatives		
DEFINITION	Government provides economic support to user/consumer associations for mental health initiatives		
MEASURE	Y/N; UN = unknown	Y	Source: General Coordination of Mental Health of the Department of Health.
NOTES	Include financial support as well as in-kind support (e.g., continuous use of premises).		

ITEM 4.3.4	Government economic support for family initiatives	
------------	--	--

DEFINITION	Government provides economic support to family organizations for mental health initiatives	
MEASURE	Y/N; UN = unknown	Y
NOTES	Include financial support as well as in-kind support (e.g., continuous use of premises).	

Source: General Coordination of Mental Health of the Department of Health.

FACET 4.4 Activities of user/consumer associations, family associations and other NGOs
DEFINITION Range of activities of user/consumer associations, family associations and other NGOs involved in mental health

ITEM 4.4.1	User/consumer associations and mental health policies, plans or legislation	
DEFINITION	Involvement of user/consumer associations in the formulation or implementation of mental health policies, plans or legislation in the last 2 years	
MEASURE	Y/N; UN = unknown; NA = not applicable	UN

Although the quite reduced number of responders does not allow any generalization, of the 10 associations which answered the survey, 6 stated that they were not directly involved with the design of mental health policies, plans or legislation, and 4 stated otherwise, showing that there is a great variability in the commitment of associations with this area. Further studies are needed to answer this item.

ITEM 4.4.2	Family associations involvement in mental health policies, plans or legislation	
DEFINITION	Involvement of family associations in the formulation or implementation of mental health policies, plans or legislation in the last 2 years	
MEASURE	Y/N; UN = unknown; NA = not applicable	Y

ITEM 4.4.3	Interaction of mental health services with user/consumer associations	
DEFINITION	Mental health facilities interacting with user/consumer associations in the last year	
MEASURE	Mental health facilities interacting with user/consumer associations in the last year	B
	A = no interaction (0% of facilities)	
	B = a few facilities have had interaction (1-20% of facilities)	
	C = some facilities have had interaction (21-50% of facilities)	
	D = a majority of facilities have had interaction (51-80% of facilities)	
	E = all or almost all facilities have had interaction (81-100% of facilities)	
	UN = unknown; NA= user/consumer associations do not exist	
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	BE

ITEM 4.4.4	Interaction of mental health services with family associations	
DEFINITION	Mental health facilities interacting with family associations in the last year	
MEASURE	Mental health facilities interacting with family associations in the last year	B
	A = no interaction (0% of facilities)	

	B = a few facilities have had interaction (1-20% of facilities)	
	C = some facilities have had interaction (21-50% of facilities)	
	D = a majority of facilities have had interaction (51-80% of facilities)	
	E = all or almost all facilities have had interaction (81-100% of facilities)	
	UN = unknown; NA= family associations do not exist	
NOTE	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	BE

ITEM 4.4.5	User/consumer association involvement in community and individual assistance activities	
DEFINITION	Number of user/consumer associations involved in community and individual assistance activities (e.g., counselling, housing, support groups, etc.)	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable	44

In our survey, all associations stated that they were involved with the community and with individual assistance, therefore, at least 44 associations would be involved with assistance.

ITEM 4.4.6	Family association involvement in community and individual assistance activities	
DEFINITION	Number of family associations involved in community and individual assistance activities (e.g., counselling, housing, support groups, etc.)	
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable	44

ITEM 4.4.7	Other NGOs' involved in policies, legislation, or mental health advocacy.		
DEFINITION	Number of other NGOs involved in policies, legislation, or mental health advocacy.		
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable	UN	As only 2 NGOs answered the survey, one claiming that it participates in policies, legislation, or mental health advocacy, and the other stating otherwise, we have no data to answer this item.
NOTES	- Other NGOs refer to non-governmental organizations that conduct activities related to mental health and employ at least one full-time staff member who is a mental health worker. Examples of such NGOs may include: centres that provide care to rape survivors; walk-in centres for homeless persons; centres specialized in specific disorders; half-way houses for battered women. - Mental health advocacy refers to various actions aimed at changing the major structural and attitudinal barriers to achieving positive mental health. These typically include promotion of human rights of persons with mental disorders, efforts to reduce stigma and discrimination and enhancing attention to the mental health needs and rights of general population.		

ITEM 4.4.8	Other NGOs involved in community and individual assistance activities		
------------	---	--	--

DEFINITION	Number of other NGOs involved in community and individual assistance activities (e.g., counselling, housing, support groups, etc.)		
MEASURE	Number; UN = unknown; NA= not applicable	UN	The 2 NGOs which answered the survey stated that they were involved in community and individual assistance activities. However, further and deeper studies are needed to depict the number and the role of the NGOs linked to Brazil's mental health.

DOMAIN 5: PUBLIC EDUCATION & LINKS WITH OTHER SECTORS	
5,1	Public education and awareness campaigns on mental health
5,2	Links with other sectors: formal collaboration
5,3	Links with other sectors: activities

FACE 5.1 Public education and awareness campaigns on mental health

DEFINITION Specification of activities, methods and targeted populations in educational and awareness campaigns on mental health

ITEM 5.1.1	Coordinating bodies for public education and awareness campaigns on mental health	
DEFINITION	Existence of coordinating bodies (e.g., committees, boards, offices) that coordinate and oversee public education and awareness campaigns on mental health and mental disorders	
MEASURE	Y/N; UN = unknown	Y

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

ITEM 5.1.2	Agencies promoting public education and awareness campaigns on mental health	
DEFINITION	Agencies, institutions or services, who have promoted public education and awareness campaigns on mental health and mental disorders in the last five years	
MEASURE	1. Government agencies (e.g., Ministry of Health or Department of mental health services) (Y/N; UN = unknown)	Y
	2. NGOs (Y/N; UN = unknown)	Y
	3. Professional associations (Y/N; UN = unknown)	Y
	4. Private trusts and foundations (Y/N; UN = unknown)	UN
	5. International agencies (Y/N; UN = unknown)	Y

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

ITEM 5.1.3	Populations targeted by specific education and awareness campaigns on mental health		
DEFINITION	Public education and awareness campaigns on mental health targeted at the general population and specific groups within the general population in the last five		

	years		
MEASURE	Campaigns exist targeted at:		
	1. The general population (Y/N; UN = unknown).	Y	Against the stigma of mental disorders
	2. Children (Y/N; UN = unknown).	Y	Disabilities (mental, among others)
	3. Adolescents (Y/N; UN = unknown).	Y	
	4. Women (Y/N; UN = unknown).	UN	
	5. Trauma survivors (Y/N; UN = unknown).	N	
	6. Ethnic groups (Y/N; UN = unknown).	N	
	7. Other vulnerable or minority groups (Y/N; UN = unknown).	Y	

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

ITEM 5.1.4	Professional groups targeted by specific education and awareness campaigns on mental health	
DEFINITION	Public education and awareness campaigns on mental health targeted at professional groups linked to the health sector in the last five years	
MEASURE	Campaigns exist targeted at:	
	1. Health care providers (conventional; modern; allopathic) (Y/N; NA= not applicable; UN = unknown).	Y
	2. Complimentary/ alternative/ traditional sector (Y/N; NA= not applicable; UN = unknown).	UN
	3. Teachers (Y/N; NA= not applicable; UN = unknown).	Y
	4. Social services staff (Y/N; NA= not applicable; UN = unknown).	Y
	5. Leaders and politicians (Y/N; NA= not applicable; UN = unknown).	UN
	6. Other professional groups linked to the health sector (Y/N; NA= not applicable; UN = unknown).	Y

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

FACET 5.2 Links with other sectors: formal collaboration

DEFINITION Formal collaboration in the form of laws, administration, and programmes with (other) health and non-health sectors aimed at improving mental health

ITEM 5.2.1	Legislative provision for employment	
DEFINITION	Existence of legislative provisions concerning a legal obligation for employers to hire a certain percentage of employees that are disabled	
MEASURE	Existence of legislative provisions concerning a legal obligation for employers to hire a certain percentage of employees that are disabled	A
	A = no such legislative provisions exist	
	B = legislative provisions exist but are not enforced	
	C = legislative provisions exist and are enforced	
NOTES	Only include if the legislation includes those with mental disabilities (i.e., either there is specific legislation pertaining to mental disabilities, or the legislation on disabilities includes those with mental disabilities).	

ITEM 5.2.2	Legislative provision against discrimination at work	
DEFINITION	Existence of legislative provisions concerning protection from discrimination (dismissal, lower wages) solely on account of mental disorder	
MEASURE	Existence of legislative provisions concerning protection from discrimination (dismissal, lower wages) solely on account of mental disorder	A
	A = no such legislative provisions exist	
	B = legislative provisions exist but are not enforced	
	C = legislative provisions exist and are enforced	

There is no specific Brazilian legislation for this topic. The Act nº 10,216, of April 6, 2001, in its first clause states: "The rights and the protection of people with mental disorders, dealt with by this Act, are assured without any form of discrimination regarding race, color, gender, sexual orientation, religion, political option, nationality, age, family, economic resources and the degree of severity or evolution period of their disorder, or any other else.

ITEM 5.2.3	Legislative or financial provisions for housing	
DEFINITION	Existence of legislative or financial provisions concerning priority in state housing and in subsidized housing schemes for people with severe mental disorders	
MEASURE	Existence of legislative or financial provisions concerning priority in state housing and in subsidized housing schemes for people with severe mental disorders	A
	A = no such legislative or financial provisions exist	
	B = legislative or financial provisions exist but are not enforced	
	C = legislative or financial provisions exist and are enforced	
NOTES	The definition of severe mental disorder will vary across countries and settings. In most countries, severe mental disorder is considered to cover schizophrenia, other psychoses, bipolar disorder, and major depression.	

ITEM 5.2.4	Legislative or financial provisions against discrimination in housing	
DEFINITION	Existence of legislative or financial provisions concerning protection from discrimination in allocation of housing for people with severe mental disorders	
MEASURE	Existence of legislative or financial provisions concerning protection from discrimination in allocation of housing for people with severe mental disorders	A
	A = no such legislative or financial provisions exist	
	B = legislative or financial provisions exist but are not enforced	
	C = legislative or financial provisions exist and are enforced	

There is no specific Brazilian legislation for this topic.

ITEM 5.2.5	Formal collaborative programmes with other health and non-health agencies/departments		
DEFINITION	Formal collaborative programmes addressing the needs of people with mental health issues between (a) the department/agency responsible for mental health and (b) the department/agency responsible for:		
MEASURE	1. Primary health care/ community	Y	

	health		
	2. HIV/AIDS	Y	
	3. Reproductive health	Y	
	4. Child and adolescent health	Y	
	5. Substance abuse	NA	The same department coordinates mental health actions and those linked to the use of alcohol and drugs.
	6. Child protection	Y	
	7. Education	Y	
	8. Employment	Y	
	9. Housing	Y	
	10. Welfare	Y	
	11. Criminal justice	Y	
	12. The elderly	Y	
	13. Other departments/Agencies (specify in comments section)	Y	Special bureau of human rights; Department of Culture; Public prosecution service; pharmaceutical assistance; Division of science and technology of the department of health
	Y/N; NA= not applicable		
NOTES	A formal collaborative programme is defined here as a programme that involves (a) a written agreement of collaboration and/or (b) a joint activity or publication.		

FACET 5.3
DEFINITION

Links with other sectors: activities

Extent of activities outside the mental health sector that address the needs of people with mental health issues

ITEM 5.3.1	Provision of employment for people with severe mental disorders	
DEFINITION	Provision of employment for people with severe mental disorders, through activities outside the mental health facility	
MEASURE	Users have access to programs that provide outside employment for users at:	B
	A= no mental health facilities (0%)	
	B = a few mental health facilities (1-20%)	
	C = some mental health facilities (21-50%)	
	D = many mental health facilities (51%-80%)	
	E = all or almost all (81%-100%)	
	UN = unknown	
NOTES	Exclude work that takes place on the premises of mental health facilities (e.g. sheltered workshops).	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

BE. This number has been rising, especially in the caps. The Act 9,867/1999, on social cooperatives, facilitates initiatives to provide jobs for people with mental disorders, by including "people who depend on psychiatric follow-up and those discharged from psychiatric hospitals" among those who can work in these cooperatives, having thus the rights of exemption of duties and taxes, besides reduced labor costs.

ITEM 5.3.2	Primary and secondary schools with mental health professionals	
DEFINITION	Proportion of primary and secondary schools with either a part-time or full-time mental health professional (e.g., psychologist, social worker, nurse specialized in mental health)	
MEASURE	Proportion UN = unknown	UN
NUMERATOR	Total number of primary and secondary schools with either a part-time or full-time mental health professional (e.g., psychologist, social worker, nurse specialized in mental health)	UN
DENOMINATOR	Total number of primary and secondary schools	UN

ITEM 5.3.3	Promotion and prevention activities in primary and secondary schools	
DEFINITION	School-based activities to promote mental health and to prevent mental disorders	
MEASURE	Promotion or prevention activities are provided in:	B
	A= no primary and secondary schools (0%)	
	B = a few primary and secondary schools (1%-20%)	
	C = some primary and secondary schools (21%-50%)	
	D = many primary and secondary schools (51%-80%)	
	E = all or almost all primary and secondary schools (81%-100%)	
	UN = unknown	
NOTES	Promotion and prevention activities include all organized activities aimed at promoting mental health and/or preventing the occurrence as well as the progression of mental disorders. Examples of activities include those aimed at improving: (a) social skills, (b) emotional communication, (c) stress management, and (d) skills for coping with adversity.	

There are many actions going on in the area of alcohol and drug abuse, but there is no data on the magnitude of these actions. In the questionnaire with 33 qualified informants (see note in the attachment), it was found that 54.5% assessed that there are a few primary and secondary schools (1%-20%).

ITEM 5.3.4	Educational activities with police officers	
DEFINITION	Police officers participating in educational activities on mental health in the last 5 years	
MEASURE	Police officers participating in educational activities on mental health in the last 5 years	A
	A= no police officers (0%)	
	B = few police officers (1%-20%)	
	C = some police officers (21%-50%)	
	D = many police officers (51%-80%)	
	E = all or almost all police officers (81%-100%)	
	UN = unknown	
NOTES	Educational activities include trainings, educational meetings, or sessions to build practical skills	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

In 2005, 918 police officers (0.14% of 622,261 police officers of the country) were involved in four courses about police physical and psychological health, where mental health topics were discussed. Source: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública da Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça.

ITEM 5.3.5	Educational activities with judges and lawyers	
DEFINITION	Judges and lawyers participating in educational activities on mental health in the last 5 years	
MEASURE	Judges and lawyers participating in educational activities on mental health in the last 5 years	B
	A= no judges and lawyers (0%)	
	B = few judges and lawyers (1%-20%)	
	C = some judges and lawyers (21%-50%)	
	D = many judges and lawyers (51%-80%)	
	E = all or almost all judges and lawyers (81%-100%)	
	UN = unknown	
NOTES	· Educational activities include trainings, educational meetings, or sessions to build practical skills	
	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

ITEM 5.3.6	Persons with psychosis in prisons	
DEFINITION	Percentage of prisoners with psychosis	
MEASURE	Percentage of prisoners with psychosis	B
	A = less than 2%	
	B = 2-5 %	
	C = 6-10%	
	D = 11-15%	
	E = greater than 15%	
	UN=Unknown, NA= not applicable	
NOTES	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	BE

Source: Mental Health Section of the Department of Health. Estimate based on Health Superintendence of Bureau of Prisons Administration Rio de Janeiro State, (2003). Estimate for "Majors Mental Disorders".

ITEM 5.3.7	Persons with mental retardation in prisons	
DEFINITION	Percentage of prisoners with mental retardation	
MEASURE	Percentage of prisoners with mental retardation	UN
	A = less than 2%	
	B = 2-5 %	
	C = 6-10%	
	D = 11-15%	
	E = greater than 15%	
	UN=Unknown, NA= not applicable	
NOTES	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

There is an ongoing study by the Federal University of São Paulo to be finished by the end of 2006.

ITEM 5.3.8	Mental health care of prisoners	
DEFINITION	Prisons with at least one prisoner per month in treatment contact with a mental health professional, either within the prison or outside in the community	
MEASURE	Prisons with at least one prisoner per month in treatment contact with a mental health professional, either within the prison or outside in the	D

	community	
	A = no prisons (0%)	
	B = a few prisons (1 - 20%)	
	C = some prisons (21 - 50%)	
	D = majority of prisons (51 - 80%)	
	E = all or almost all prisons (81 - 100%)	
	UN = unknown	
NOTES	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	BE

ITEM 5.3.9	Social welfare benefits	
DEFINITION	Proportion of people who received social welfare benefits because of disability due to mental disorder	
MEASURE	Proportion; UN = unknown; NA = not applicable (e.g. disability benefits do not exist for any type of disability)	UN
NUMERATOR	Number of people who received social welfare benefits because of disability due to mental disorder	UN
DENOMINATOR	Number of people who received social welfare benefits because of disability due to any mental or physical disorder	UN
NOTES	Social welfare benefits are benefits from public funds that are payable, as part of a legal right, to people with health conditions that reduce a person's capacity to function. These are often known as disability pensions.	

DOMAIN 6: MONITORING & RESEARCH

6,1	Monitoring mental health services
6,2	Mental health research

ITEM 6.1.1	Formally defined minimum data set items	
DEFINITION	There is a formally defined list of individual data items that ought to be collected by all mental health facilities	
MEASURE	Y/N; UN = unknown	Y

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

ITEM 6.1.2	Mental health information systems in mental hospitals	
DEFINITION	Proportion of mental hospitals routinely collecting and compiling data by type of information	
NUMERATOR	Number of mental hospitals collecting data (for each type of information) routinely	
	1. Number of beds	228
	2. Number of inpatient admissions	228
	3. Number of days spent in hospital	228
	4. Number of involuntary inpatient admissions	228
	5. Number of users who are physically restrained or secluded	UN
	6. Diagnoses	228
	UN = unknown; NA = not applicable (e.g. no mental hospitals exist)	
DENOMINATOR	Total number of mental hospitals	228

R	
NOTES	Routine collecting and compiling data means that data are collected, compiled, and are available at one place in the hospital all year long.

Source: Mental Health Section of the Department of Health.

ITEM 6.1.3	Mental health information systems in community-based psychiatric inpatient units		
DEFINITION	Proportion of community-based psychiatric inpatient units routinely collecting and compiling data by type of information		
MEASURE	1. Number of beds	100%	
	2. Number of inpatient admissions	100%	
	3. Number of days spent in hospital	100%	
	4. Number of involuntary inpatient admissions	100%	
	5. Number of patients who are physically restrained or secluded	UN	
	6. Diagnoses	100%	
	UN = unknown; NA = not applicable		
NUMERATOR	Number of community-based psychiatric inpatient units collecting and compiling data (for each type of information) routinely		
	1. Number of beds	105	Obligatory communication in order to receive payment from the SUS.
	2. Number of inpatient admissions	105	Obligatory communication in order to receive payment from the SUS.
	3. Number of days spent in hospital	105	Obligatory communication in order to receive payment from the SUS.
	4. Number of involuntary inpatient admissions	105	
	5. Number of patients who are physically restrained or secluded	999	
	6. Diagnoses	105	Obligatory communication in order to receive payment from the SUS.
	UN = unknown; NA = not applicable		
DENOMINATOR	Total number of community-based psychiatric inpatient units (#)	105	

ITEM 6.1.4	Mental health information systems in mental health outpatient facilities	
DEFINITION	Proportion of mental health outpatient facilities routinely collecting and compiling data by each type of information	
NUMERATOR	Number of mental health outpatient facilities routinely collecting and compiling data (for each type of information)	

	1. Number of users treated	UN
	2. Number of user contacts	UN
	3. Diagnoses	UN
	UN = unknown; NA = not applicable	
DENOMINATOR	Total number of mental health outpatient facilities (#)	1086
NOTES	An outpatient contact is an interaction (e.g., a treatment session, an intake interview) involving a user and a staff member on an outpatient basis.	

ITEM 6.1.5	Data transmission from mental health facilities	
DEFINITION	Proportion of mental health facilities from which the government health department received data in the last year	
NUMERATOR	Number of mental health facilities which transmitted data to the government health department in the last year (for each type of facility)	
	1. Mental hospitals	228
	2. Community-based psychiatric inpatient units	105
	3. Mental health outpatient facilities	1086
	UN = unknown; NA = not applicable	
DENOMINATOR	Total number of mental health facilities (for each type of facility)	
	1. Mental hospitals	228
	2. Community-based psychiatric inpatient units	105
	3. Mental health outpatient facilities	1086
	UN = unknown; NA = not applicable	

ITEM 6.1.6	Report on mental health services by the government health department		
DEFINITION	A report covering mental health data has been published by the government health department in the last year		
MEASURE	A report covering mental health data has been published by the government health department in the last year	C	"Annual management report", of the Mental Health Section of the Department of Health.
	A= No report		
	B= Mental health data have been published in a report without comments on the data		
	C= Mental health data have been published in a report with comments on the data		
	UN = unknown		

FACET 6.2	Mental health research
DEFINITION	Extent and content of mental health research

ITEM 6.2.1	Professionals involved in mental health research	
DEFINITION	Mental health professionals working in mental health services who in the last 5 years have been involved in mental health research as a investigator or co-investigator (including through a thesis or dissertation)	
	1. psychiatrists working in mental health services	

	2. nurses working in mental health services	
	3. psychologists working in mental health services	
	4. social workers working in mental health services	
MEASURE	Percentage of professionals involved for each professional category:	
	1. psychiatrists working in mental health services	B
	2. nurses working in mental health services	B
	3. psychologists working in mental health services	B
	4. social workers working in mental health services	B
	A = none (0%)	
	B = few (1-20%)	
	C = some (21%-50%)	
	D = the majority (51%-80%)	
	E = all or almost all (81%-100%)	
	UN = unknown	
NOTES	In 'comments' column, either (a) indicate data source or (b) write 'BE' if response is based on a Best Estimate:	

ITEM 6.2.2	Proportion of health research that is on mental health	
DEFINITION	Proportion of indexed publications that are on mental health in the last five years	
MEASURE	Proportion; UN = unknown	4%
NUMERATOR	Total number of mental health publications on the country or region in the last five years as identified on PubMed	125
DENOMINATOR	Total number of health publications on the country or region in the last five years as identified on PubMed	3302
NOTES	Studies need to involve respondents of the country or region. Investigators may be national or foreign researchers.	

The website of PubMed is: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

ITEM 6.2.3	Type of mental health research	
DEFINITION	Type of mental health research that was conducted in the last five years	
MEASURE	1. Epidemiological studies in community samples	Y
	2. Epidemiological studies in clinical samples	Y
	3. Non-epidemiological clinical/questionnaires assessments of mental disorders	Y
	4. Services research	Y
	5. Biology and genetics	Y
	6. Policy, programmes, financing/economics	Y
	7. Psychosocial interventions/psychotherapeutic interventions	Y
	8. Pharmacological, surgical and electroconvulsive interventions	Y
	Y/N; UN = unknown	
NOTES	Studies need to involve respondents of the country or region. Investigators may be national or foreign researchers.	

	· Include research that is published in 'grey' literature (not published in scientific journals), national or international indexed and non-indexed journals, government reports, books and (other) monographs	
--	---	--

Type of mental health research

Themes of the 792 indexed publications produced by 525 authors were analyzed according to eleven categories of mental disorders (Table). Moreover, a total of 329 respondents were asked to report five researches developed for the period 1999-2003. Themes of these researches were also analyzed and then, compared with those indexed publications (Table 1). Only 60 (18.3%) researchers did not report any research for the period above and the resulting sample produced 850 researches. A total of 62.5% reported two or more researches and only 26.7% reported five researches and the median of researches was three projects. The focuses of their studies were mainly on Depression/Anxiety, Substance misuse and Psychoses disorders. The most common designs of these studies were epidemiological (23%), clinical (15%) and social sciences studies (9%) and clinical trials (8%). A total of 200 (23.5%) of these researches had been conducted in collaboration with investigators of developed countries.

Table – Themes of 792 indexed-publications and Research Projects developed by 269 respondents for the period 1999-2003.

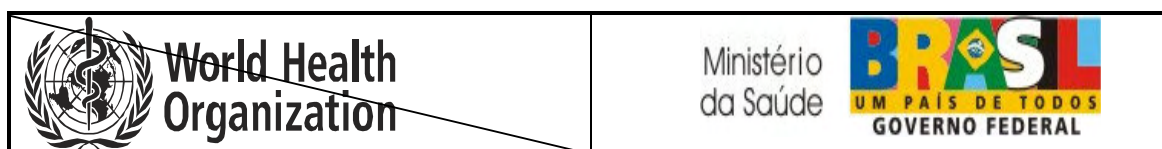
Mental disorders categories	Indexed-publications N (%)	Researches/Projects N (%)
Depression/ Anxiety	231 (29.1)	323 (38.0)
Substance Use	116 (14.6)	231 (27.1)
Psychoses	79 (10.0)	101 (11.8)
Childhood disorders	56 (7.0)	99 (11.6)
Dementia	53 (6.7)	111 (13)
Eating Disorder	35 (4.4)	69 (8.1)
Epilepsy	20 (2.5)	41 (4.8)
Suicide	18 (2.3)	60 (7.0)
Personality Disorder	13 (1.6)	79 (9.2)
Learning Disability	02 (0.0)	58 (6.8)
Others	238 (30.0)	212 (24.9)
Total	792 (100.0)	850 (100.0)

Anexo 3: WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil

A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).

São Paulo, Brazil

2007



*(WHO, Pan American Health Organization, Country Office, Brazil)
(WHO, Pan American Health Organization, Regional Office, Washington)
WHO Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD)*

This publication has been produced by the WHO Country Office, Brazil, in collaboration with WHO Regional Office, Washington and WHO Headquarters. At WHO Headquarters this work has been supported by the Evidence and Research Team of the Department of Mental Health and Substance Abuse, Cluster of Noncommunicable Diseases and Mental Health.

For further information and feedback, please contact:

- 1) Pedro Gabriel Godinho Delgado, Head, Division of Mental Health, Ministry of Health, email: pgabriel@saude.gov.br
- 2) Pan American Health Office, Washington, email: paho@paho.org
- 3) Shekhar Saxena, WHO Headquarters, e-mail: saxenas@who.int

(ISBN)

World Health Organization 2007

Suggested citation: WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007.

Acknowledgement

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) was used to collect information on the mental health system of (Brazil).

The project in Brazil was implemented by (WHO-AIMS country team).

- Prof. Jair J. Mari Department of Psychiatry , Universidade Federal de São Paulo;
- Mario Dinis Mateus, Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo
- Sergio Baxter Andreoli, Department of Psychiatry , Universidade Federal de São Paulo.
- Pedro Gabriel Delgado – Head, Division of Mental Health, The Ministry of Health, Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Alfredo Schechtman – Division of Mental Health, The Ministry of Health.
- Renata Weber– Division of Mental Health, The Ministry of Health.
- Francisco Cordeiro - Division of Mental Health, The Ministry of Health
- Karime da Fonseca Pôrto - Division of Mental Health, The Ministry of Health

The project was supported by WHO country office team and Ministry of Health, Brazil.

The project was also supported by the State of São Paulo Research Foundation (FAPESP) process number 2006/02808-1.

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems (WHO-AIMS) has been conceptualized and developed by the Mental Health Evidence and Research team (MER) of the Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD), World Health Organization (WHO), Geneva, in collaboration with colleagues inside and outside of WHO.

Please refer to *WHO-AIMS* (WHO, 2005) for full information on the development of WHO-AIMS at the following website.

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

The project received financial assistance and/or seconded personnel from: The National Institute of Mental Health (NIMH) (under the National Institutes of Health) and the Center for Mental Health Services (under the Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]) of the United States; The Health Authority of Regione Lombardia, Italy; The Ministry of Public Health of Belgium and The Institute of Neurosciences Mental Health and Addiction, Canadian Institutes of Health Research.

The WHO-AIMS team at WHO Headquarters includes: Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris and Grazia Motturi. Additional assistance has been provided by (headquarters to insert names of individuals who provided additional assistance at headquarters).

The WHO-AIMS project is coordinated by Shekhar Saxena.

WHO also gratefully thanks the following people for their expert opinion and technical input to this report:

- Abdalla-Filho, Elias, Forensic Psychiatrist.
- Almeida-Filho, Naomar, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Bicalho, Daniel M. B. Nucleo de Administração em Saude, Universidade Federal de São Paulo.
- Bonavigo, Elizabete A. – Division of Mental Health, The Ministry of Health.
- França, Josimar, President, Associação Brasileira de Psiquiatria, The Brazilian Psychiatric Association.
- Gerolin, Jeronimo – Center of Evaluation and Data Integration, CAIDI, Universidade Federal de São Paulo.
- Goihman, Samuel, Department of Preventive Medicine, Universidade Federal de São Paulo.
- Goldbaum, M., National Secretary of Science and Technology, The Ministry of Health.
- Razzouk, Denise – Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo.
- Kuehne, Maurício, Diretor do Departamento Penitenciário Nacional - Depen
- Rodrigues, Rosalina – Nursery Department, Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto.
- Villares, Cecilia – Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo
- Nucleo De Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade São Paulo.
- Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia - Abre
- Associations of users and family members, and NGOs linked to mental health, that provided data to the questionnaires:
 - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e portadores de Esquizofrenia - ABRE
 - Projeto fênix - associação pró saúde mental
 - Laço - associação de apoio social
 - Aporta
 - Apoiar grupo de auto-ajuda
 - Apoiar grupo de auto-ajuda
 - Núcleo "por uma sociedade sem manicômios" baixada santista
 - Associação jose martins de araujo jr.

- Associação dos amigos do cais
- Stabilitas
- Projeto papel de gente
- Instituto espírita batuíra de saúde mental

INTRODUCTION

The country

Brazil is a country with nearly 8.5 million of Km² and with huge contrasts regarding its demographic distribution and social indicators. Such a contrast can be exemplified by the human development index (HDI): one of the biggest economies in the world, according to its GDP, Brazil ranked 79th among the countries studied by UNDP, according to its HDI. Based on World Bank criteria (World Bank, 2007), Brazil is a lower middle income group.

Under the political-administrative point of view, Brazil has three administrative spheres: Federal, State and Municipal. It has 26 States and 1 capital federal district, which have administrative and legislative autonomy, under the principles set forth by federal laws, especially the Federal Constitution, and 5,560 cities, again autonomous units, but subordinated to the laws of the state to which they belong and to the Federal Union.

Brazil has a population of 188,078,227 people (July 2006 est.), with 68.1% being between 15-64 years old. 25.8% is between 0 to 14 and 6.1% 65 years and over (2006 est.). The Median age is 28.2 years. Portuguese is the official language. Ethnic groups are: 53.7% white, 38.5% mulatto (mixed white and black) and 6.2%, black. 0.9% includes other groups, such as Japanese, Arab, Amerindian, and others. The majority of the population is Roman Catholic (73.6%), and other important religions are Protestant (15.4%), Spiritualist (1.3%) and Santeria (0.3%). Sixty six percent of the population works in services (2003 estimative). The unemployment rate is 9.8% (2005 est.) and 22% of the population live below the poverty line (CIA, 2007).

The total health expenditure per capita is 597 US\$ and the proportion of the health budget to GDP is 7.6. Of the total adult population, 0.7% is living with HIV/AIDS (660.000 people). There are 22.5 infants' deaths for each 1,000 births (IBGE 2006).

Organizational structure of the health care system

Before the creation of the National Health System (SUS), in 1990 (Law n° 8.080 of September 19, 1990), the health care was divided into two big financing sources and supply of services:

The National Institute of Health Care of the Welfare System - *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS), a result of the fusion of several institutes responsible for allowances and retirement plans of different labor unions organized in the 1960s, which provided great part of health care services, (through the building of big outpatient and hospital care units, as well as the contracting of private services in the big urban centers), although only for the laborers of the formal economy and for the people who depended economically on them.

The remaining population who could not pay for the private health care was seen by philanthropic institutions, or those linked to the schools of the health area, or else by some initiatives of the Ministry of Health, with the support of the states and cities (the latter mainly in promotion and prevention actions, such as vaccination campaigns) (Souza, R.R. (2002).

The guiding principles of the health care reform were as follows (Lobato & Burlandy, 2001):

- All Brazilian citizens acquired the right to health care provided by the state, free of charge, with no discrimination of any kind.
- A single public system to aggregate all health services provided by federal, state, and municipal public institutions through direct and indirect administration, as well as foundations supported by public authorities. The private sector was also allowed to become part of the system under contract; however, public authorities retained the power to rule, control, and inspect the services provided. The Ministry of Health was responsible for monitoring and directing all activities related to health, including medical care, which was no longer under the control of social security.
- Integrated and hierarchical health care. The hierarchy had to operate on referral and counter-referral mechanisms, from the least- to the most-complex level of care, ensuring the continuity of care by means of the primary caregiver.
- Decentralization and regionalization. Provision of health services had to become the responsibility of municipal governments, financially aided by the federal government and the states. However, all services had to operate within a unified system, because all levels of services could not be provided at the municipal level (Santos 1997).
- Social control and social participation. Health councils at the federal, state, and municipal levels are created in order to increase the democratic participation to develop and implement health policies. Health conferences, to be regularly held at the national, state, and municipal levels, were also intended to stimulate and guarantee social participation.

EXECUTIVE SUMMARY

The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) was used to collect information on the mental health system in Brazil. The goal of collecting this information is to improve the mental health system and to provide a baseline for monitoring the change. This will enable Brazil to develop information-based mental health plans with clear base-line information and targets. It will also be useful to monitor progress in implementing reform policies, providing community services, and involving users, families and other stakeholders in mental health promotion, prevention, care and rehabilitation.

The country has made an option for innovative services and interventions, such as the CAPS, and the Return Home program. In little more than one decade, hundreds of services were established in the whole country, and older outpatient services and day hospital programs were remodeled according to general guidelines to maximize limited resources by adopting a mixed system of mental health outpatient services, day hospitals, and therapeutic workshops. Brazil has a sound legislation on mental health and a list of documents related to its mental health policy, which resulted in a major reform of the mental health system. Custodial care is in the process of abolishment, and the system is now providing care in the community, allowing free access to a variety of mental health services and essential psychotropic medicines. There are 5259 Psychiatrists, 12377 Psychologists, 11958 Social workers, 3119 Psychiatric nurses and 2661 Occupational Therapists working for the Unified Health System. The number of psychiatric beds is declining, and many acute cases have now been treated in general hospitals, and in the community services (CAPS). However, services are unequally distributed across regions of the country, and the growth of the elderly population (Veras, 1987) is promoting an increased impact in burden, combined with an existing treatment gap in mental health care. This gap may get even wider if funding does not increase, and mental health services are not expanded in the country. There is no solid data to show the impact of such policies in terms of cost-effectiveness of the community services and tangible indicators to assess the results of these policies. Moreover, despite of some acknowledged advances many hurdles have to be overcome and some will be listed as follows:

1 Policy and Legislative Framework

Although Brazil has a sound legislation on mental health and a list of documents related to its mental health policy, the country would benefit from an official document, programme or plan for mental health including a policy on child and adolescent mental health, and a annual report where systematic information would comprise trends in mental health services, the expenditure, and future actions to be taken by the National Division of Mental Health.

Funding

The federal funding to the Unified Health System (SUS) for 2005 was US\$ 15 billions (US\$ 82.7 per capita), of which US\$ 358 millions (1.95 per capita) was for mental health care. In the last decade, there has been a significant reduction in the allocation to

mental hospitals (95.5% to 49.3% of the mental health budget) and a concomitant increase in the budget for community services (from 0.8% to 15%). The budget for psychotropic medication has increased from 0.1% to 15.5%, and other types of mental health facilities and care (from 3.6% to 20.2%) also increased significantly. The investment in mental health does not match the burden caused by psychiatric illness, near 19% of the burden, thus an increase in the percentage of the mental health budget to 5% of the health budget of the SUS is essential to the development of mental health services.

Access to Essential Psychotropic Medicines

Access to basic psychotropic drugs is ensured by the Unified Health System (SUS), but there is organizational noise in their distribution and it is important to know the percentage of patients under treatment who really benefit from this policy, mainly in the remote areas of the country. It would be advisable to improve coverage of treatment, i.e., to evaluate the effectiveness of dispensation of anti-psychotic medication by general community health workers, as those involved in the PSF, so as to reduce relapse and admission rates of severe cases.

Surveillance of Human Rights of the Patients

All mental health services should be regularly visited by committees composed of health and justice technicians and members of the civil society using clear and pre-established criteria to investigate protection of patients' human rights. There is no data available of how many psychotic patients and mentally handicapped are in prisons and their accessibility of treatment. The Brazilian Center on Human Rights and Mental Health has recently been created; comprising universities, government and civil society participants will surely be having a more important role in this field. Data about involuntary admissions should be compiled locally and nationally.

2 Mental Health Services

The shift to community care is welcome, the number of psychiatric beds is declining and the number of CAPS is increasing. However, the balance between outpatient and hospital care remains modest in favor of the outpatient care. Therefore, new investment should prioritize the expansion of community services and the development of psychiatric wards in general hospitals for dealing with admission of acute cases. There is room for reducing psychiatric beds as long as Psychosocial Community Services are expanded and able to cover for the care of severe mental disorders. Very few hospitalization units were opened in general hospitals in the last years, and day hospital care and intensive care in CAPS have to be further investigated to assess coverage and effectiveness of the system.

There are 66 CAPS directed to infant psychiatry, a number fairly low for the needs of the country. It is very important to expand psychiatric care for the infants and adolescents. The percentage of children and adolescents under treatment is very low in all types of mental health facilities.

Community residential facilities, which are financed by SUS (unified health system) in Brazil, have been intensively implemented. The federal government finances only the housing of patients coming from long-stay admissions (over six months) in psychiatric hospitals. The number of patients in community residential facilities in 2006 was 2480.

Women accounted for 42% of the patients treated in community residential facilities, and children, for 2%. The number of residential facilities is expected to increase, and it is important to conduct research in following-up these patients in the community.

3 Mental Health in Primary Health Care

It is important to develop mental health guidelines for primary care health professionals and training health workers acting in primary care. There are ongoing courses available for training primary care professionals, but it is needed to expand the mental health component in the curricula of Schools of Medicine and Nursing. Particularly, the training could be intensified for the health teams (general physician, nurse and health workers) acting in the Family Program (PSF) spread out in the country. It is also important to strengthen the links between the PSF teams and mental health teams in the community. Training alone is not sufficient to guarantee sustainability of actions, it is important to develop long-term follow-up of teams. Some mental health teams do offer supervision for the primary health care workers, but there are teams without this kind of support (data on this subject is welcome). Health workers could play an important role in the delivery of psychotropics for keeping adherence for severe mental disorder. This interaction between primary care health workers and the mental health team should facilitate referrals to specialized psychiatric treatments. The development of key common mental disorders guidelines for being applied in primary health care should be supervised by the National Division of Mental Health of the Ministry of Health in conjunction with universities.

4 Human Resources

It is needed to ascertain the mental health curriculum in health related faculties to prepare health professionals for the diagnosis and treatment of psychiatric disorders. There is a shortage of psychiatric nurses in the country, and there is a need to promote specialization in this field. The number of psychiatrists is still far from the ideal, they are unequally distributed across the country, and the residency positions are concentrated in the wealthier areas of the country. The training should include the exposure to the new community services available, i.e., mainly at CAPS level. Most of the psychiatrists and specialized mental health workers are concentrated in the capitals. It is important to create incentives to locate mental health professionals in remote areas of the country. There is a shortage of infant psychiatrists, and specialized training in areas such as eating disorders, elderly psychiatry and forensic psychiatry.

Mental Health Planners

It is necessary to implement training for Health Managers in the field of mental health. This kind of professional must be knowledgeable in epidemiology, anthropology, biostatistics, health policy, health economy, and planning. A Master Science for Mental Health Planning could be developed at university level under financial support of the Ministry of Health. The target would be to train 120 health planners to act in mental health to supervise government actions at local levels so as improve organization of mental health services in terms of coverage, efficiency and resources utilization.

Patient and family associations

Patient and family associations are growing and playing an important role in Brazil, but should be motivated to improve participation in the design of mental health policies, employment projects, health promotion campaigns, and self-help programs. A national organization to bring together all users and family associations should be envisaged. Governmental financial support for these associations should be available and distributed with equity and according to clear criteria delineated at the National Division of Mental Health.

5 Public Education and Link with Other Sectors

The National Division of Mental Health should have access to local educational, prevention, and health promotion events to act as facilitator for the exchange of experiences between regions and to prepare material for these actions.

It is important to support legislation and financial support for the following topics: a) to establish for the Legal provisions to promote employers to hire a certain percentage of employees with severe mental disorders; b) the protection from discrimination; and c) giving priority in housing for people with severe mental disorders.

It is necessary to estimate the mental health actions conducted in several areas: primary and secondary schools; actions to promote employment for people with severe mental disorders; to assess the percentage of prisoners with major mental disorders and mental retardation; to analyze mental health care activities in the criminal justice system; training for judges and police officers; and to develop programs for employment opportunities led by mental health workers.

6 Monitoring and Research

Mental Health Information Systems

Mental health information systems are one of the aspects that require urgent improvement. It is paramount to develop a national database to know the number of members of patient associations, the nature and extent local training mental health programs, or public information programs implemented in the country. Even well-organized and well-supplied data systems such as DATASUS do not compile essential national data, such as the number of outpatients and their diagnoses. The Division of Mental Health should develop standardized epidemiological tools and supervise mental health services in data collection for CAPS, day-hospitals, psychiatric wards in general hospitals, out-patients ambulatories. It would be important to have indicators such as new cases seen in the systems, number of persons being achieved, and so forth. These epidemiological instruments can be developed by universities and being available for all mental health services in the country. This information could be gathered at the National Division of Mental Health, and linked to the DATASUS system.

Research in mental health

In the year 2002, the total budget for Health Research was one hundred and one million dollars, for with three million and four hundred thousand dollars, corresponding to 3.37% of the total, available for Mental Health Research. Nine programs are dedicated to psychiatry, neuropsychiatry, psychobiology and mental health, seven being located in southern states. The investment channeled towards postgraduate and human resource educational programs, by means of grants and other forms of research support, has secured the country a modest but continuous insertion in the international production of knowledge in the mental health area. The National Division of Mental Health, the department of Science and Technology of the Ministry of Health, and the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ) have recently (2005) granted near two million dollars for specific mental research projects such as those for violence, minorities, treatment of psychotic patients, and organizational service research. It is highly recommended that this sort of action would happen every two years to ensure provision of data within mental health priorities, and reinforcement of research capability. Research on mental health policies and services organization should be prioritized.

THIS REPORT AIMS TO:

- provide an overview of the context of mental health services in Brazil, its policy changes, the shift to community care, the provision and needs of human resources, and the key areas for future actions;
- underline the steps for formulating and implementing the expansion of the mental health system;
- serve as an advocacy tool to promote the adoption and implementation of the recommended policies, consensus based, and approved by scientific societies, government and universities;

THIS REPORT WILL BE OF INTEREST TO:

- policy-makers, legislators, general health planners and mental health planners;
- user groups;
- representatives or associations of families and carers of persons with mental disorders;
- advocacy organizations representing the interest of persons with mental disorders and their relatives and families;
- human rights groups working with and on behalf of persons with mental disorders;
- officials in ministries of health, social welfare and justice.

Policy and Legislative Framework

Policy, plans, and legislation

Brazil's mental health policy, initially formulated in 1991 and last revised in 2005², does incorporate and follows the Caracas Declaration principles (Caracas Declaration, 1991). There are four main points in the Mental Health Policy: a) to ensure civilian rights for people with mental disorders according to the United Nations Document (1991); b) to overcome the psychiatric hospital as the central unit for treating people with mental disorders; c) to ensure that the hospital environment is not a site directed to the exclusion of people with mental disorders; and d) to build up a diverse network to maintain the access, efficacy and efficiency for people with mental disorders.

The country's mental health policy is not described in any single official document, but in a series of texts about the mental health programs in operation in the country. The last revision of the national mental health program was in 2005 (Program for social inclusion through employment opportunities). No emergency/disaster preparedness program is available for mental health services. The ongoing mental health programs in Brazil can be summarized as follows:

1. Community residential facilities (2000, Ministry of Health 2004)³ ;
2. Permanent program of human resources training for the reform of psychiatric care (2001);
3. Program to expand the Psychosocial Community Centers (CAPS) and mental health outpatient facilities (2002)⁴;
4. Annual program to restructure psychiatric hospital care provided by SUS – Unified Health System (2003)⁵, which is related to the PNASH program oriented to monitor mental health hospitals;
5. “Return home” (De Volta para Casa) program (2003)⁶;
6. Program for alcohol and drug users (2003)⁷ ;
7. Inclusion of mental health care into primary health care (2003)⁸;

2 Ministério da Saúde / SAS / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental, (2005). Psychiatric reform and mental health policy in Brazil (Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, November, 2005).

3 Executive order GM/MS 106 of 2/11/2000 and 246 of 2/17/2005; Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

4 Executive order GM/MS 336 of 2/19/2002; SAS/MS 189 of 3/20/2002; GM/MS 245 of 2/17/2005. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

5 Executive order GM/MS 52 of 1/20/2004, attachment.

6 Federal law 10708 of 6/31/2003; Executive order GM/MS 2077 of 10/31/2003. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2003). “De Volta para Casa”- Manual do Programa. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

7 Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *A Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

8. Program of social inclusion through employment opportunities (2005)⁹;
9. Program for children and adolescents mental health (2005)¹⁰.

The country does not adopt official documents in the format suggested by the WHO (WHO, 2005) to describe mental health policy, plan or programs and to define all budgets, time frames and specific goals. Such information is available in documents such as the report prepared by the mental health coordinating authority for the 2005 PAHO meeting to celebrate the 15th anniversary of the Declaration of Caracas, the annual report of the mental health coordination authority, and the reports and executive orders issued by the Department of Health concerning the specific action programs listed above.

The latest piece of mental health legislation was Law 10216 of April 6, 2001, which provided for the protection of the rights of persons affected by mental disorders, reoriented the mental health care model to focus on access to mental health care, and addressed issues such as: access to the least restrictive care; rights of mental health service consumers, family members, and other care providers; voluntary and involuntary treatment; and mechanisms to oversee involuntary admission and treatment practices. Procedures and standardized documentation have been developed for all or almost all components of the mental health legislation. Other components, listed below, are provided for in the following legal documents:

1. Competency, capacity, and guardianship issues for people with mental illnesses: Federal Constitution; Civil Code;
2. Accreditation of professionals and facilities: more than 60 executive orders regulate the accreditation of health providers and health professionals, among them the PT/GM 1890/97; the PT/GM 3947/98 and the PT/SAS 35/99;
3. Mechanisms to implement the provisions of mental health legislation: Health Act of 1990; executive orders issued by the Ministry of Health.

Social participation in mental health policies

Mental health regional and national conferences¹¹ are remarkable for the social participation in the design of mental health policies. There have been three national conferences, in 1987, 1992 and 2001, the latter with the participation of 1,480 official participants, most of them delegates originated in municipal, regional and state mental health conferences.

The attributions of the Inter-sector Mental Health Commission of the National Health Council (CISM) are set forth in Law 8142/90, as to assess the plenary of the National Health Council in the formulation of health policy strategies, considering: “1) the

⁸ Ministério da saúde, departamento de atenção básica/SAS (2003). *Núcleo de atenção básica a família*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

⁹ Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005). *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

¹⁰ Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde mental Infanto-juvenil*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

¹¹ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

epidemiological importance of mental disorders, added to the human issue which determines the loss of worthy survival years to those who suffer from such disorders; 2) the need of enlarging and protecting the rights of disordered people in accordance with the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care of UN (1991), foreseeing the need of building a diversified and enlarged socio-sanitary network, accessible, effective and efficacious for mental health care". The CISM is composed of representatives of the CONASEMS (National Council of Municipal Health Secretaries); Users; National Health Council; Anti-asylum Movement; CONASS National Council of Health Secretaries; Family members; Brazilian Federation of Hospitals; Human Rights State Bureau of the Department of Justice; Ministry of Health; Brazilian Psychiatric Association; Forum of National Institutions of Health Workers.

Financing of mental health services

The Ministry of Health earmarks 2.35% of health care expenditures for mental health. Of all mental health expenditures, 49% are allocated to psychiatric hospitals. The federal funding to the Unified Health System (SUS) for 2005 was US\$ 15 billions (US\$ 82.7 per capita), of which US\$ 358 millions (1.95 per capita) was for mental health care. In the last decade, there has been a significant reduction in the allocation to mental hospitals (95.5% to 49.3% of the mental health budget) and a concomitant increase in the budget for community services (from 0.8% to 15%). The budget for psychotropic medication has increased from 0.1% to 15.5%, and other types of mental health facilities and care (from 3.6% to 20.2%) also increased significantly. The investment in mental health does not match the burden caused by psychiatric illness, near 19% of the burden (Escola Nacional de Saúde Pública, 2002), thus an increase in the percentage of the mental health budget to 5% of the health budget of the SUS is essential to the development of mental health services.

In terms of affordability of mental health services, 100% of the population hypothetically has free access to services and essential psychotropic medicines, but a significant number of those treated in private offices or clinics do not make use of this benefit. The medicines included in the list of essential medicines are described as follows:

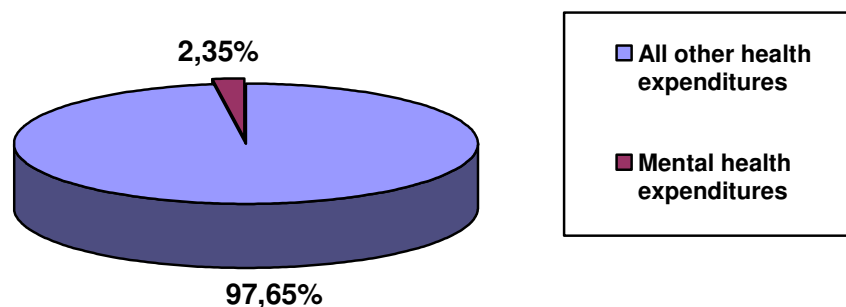
- Antipsychotics - chlorpromazine, fluphenazine, haloperidol;
- Antidepressants - amitriptyline, clomipramine; fluoxetine;
- Mood stabilizers - carbamazepine, lithium carbonate, valproic acid;
- Anxiolytics - diazepam;
- Antiepileptic drugs - phenobarbital, carbamazepine, valproic acid.

For those that pay out of pocket, the cost of antipsychotic and antidepressant medication is: 5% of the daily minimum wage for one day of antipsychotic medication for a user taking the cheapest antipsychotic drug available; and 6% of the daily minimum wage for one day of antidepressant medication for a user taking the cheapest antidepressant drug available.

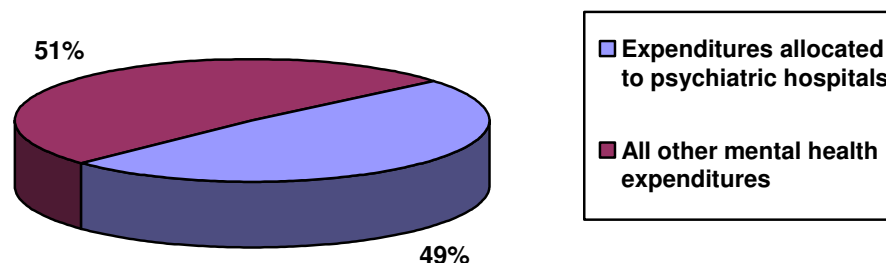
“Exceptional Medications” are high-cost drugs that are administered for long periods, such as drugs for neurological diseases, osteoporosis, hepatitis and transplantations. Each state of the federation is responsible for the procurement and distribution of these medications, which are financed by the Ministry of Health. From a managerial point of view, the control of the supply of these medications improved with the adoption of the High Complexity Discharge Authorization (Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade - APAC). This procedure enables the identification of users and provides better control over expenditures, distribution and beneficiaries. Moreover, Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines were introduced for each new medication and disease (Negri, 2002). The list of exceptional medications for mental health – 2002 (type of medication and regulated clinical indication) are described below:

- Clozapine – Schizophrenia
- Gabapentin – Epilepsy and epileptic syndromes
- Lamotrigine – Epilepsy and epileptic syndromes
- Olanzapine – Schizophrenia; no organic psychosis not otherwise specified
- Risperidone – Schizophrenia; no organic psychosis not otherwise specified
- Rivastigmine - Alzheimer disease
- Ziprasidone - Schizophrenia

GRAPH 1.1. HEALTH EXPENDITURES ALLOCATED TO MENTAL HEALTH



GRAPH 1.2 MENTAL HEALTH EXPENDITURES ALLOCATED TO PSYCHIATRIC HOSPITALS



As it can be seen in Graph 1.2, the 51% figure to other mental health expenditures means, at the first time, a higher allocation of resources to community services compared to financing psychiatric hospitals. In 2001 nearly 80% of the expenditure was directed to psychiatric hospital admissions.

Human rights policies

A national human rights review body has the authority to oversee regular inspections of mental health facilities, review involuntary admission and discharge procedures, review investigations of complaints, and impose sanctions (e.g., withdraw accreditation, impose penalties, or close down facilities that persistently violate human rights).

The inter-ministerial executive order 1055/2006 of May 17, 2006, created a working group to prepare the establishment of a Brazilian Center on Human Rights and Mental Health, with the following objectives: to articulate the fields of human rights and mental health; to produce information, studies and research on these fields; to develop mechanisms to monitor institutions that work with people with mental disorders; and to create ombudsman services to receive and forward demands from people with mental disorders and civil society organizations.

The country does not have inspection mechanisms for the specific protection of human rights of patients, but PNASH/Psychiatry¹² (National Hospital System Assessment

¹² The National Hospital System Assessment Program (PNASH) of the Department of Health annually conducts the PNASH/psychiatry according to guidelines and rules established in the executive orders GM 799/00 and GM/MS 251/02. In each state and in the Federal District, the inspection team of the PNASH/Psychiatry is composed of 1 representative of the state mental health staff, 1 representative of the state sanitary surveillance staff, and 1 representative of the control and assessment staff; in cities with full management responsibilities, 2 representatives of the mental health staff (1 from the state and 1 from the city), 2 representatives of the sanitary surveillance staff (1 from the state and 1 from the city), 1 representative of the control and assessment staff. The instrument used for assessment has two components: mental health and sanitary surveillance (conditions of health, nourishment, pharmacies, etc).

Program) was conducted in 2002 and 2003/2004 and inspected, respectively, 244 and 165 psychiatric hospitals associated with the unified health system (SUS). Hospitals were classified according to the quality of facilities and care, and several criteria were used to approach the assurance of human rights. Similar regular inspections have not yet been conducted in community residential facilities. State and municipal mental health committees inspect residential facilities frequently, but do not yet follow unified and systematic criteria.

In Brazil, discussions about human rights in psychiatric hospitals, psychiatric wards in general hospitals or community residential facilities are not regularly promoted in courses or events, but are part of managerial or clinical staff debates. They depend, therefore, on the emphasis and importance assigned to this topic by the staff in each mental health group. There is no record of how many work sessions on human rights protection may have been conducted.

Mental Health Services

Organization of mental health services

The national mental health authority provides advice to the government on mental health policies, legislation, and education to the public and other health professionals. The mental health authority also deals with service planning; service management, coordination and monitoring, and quality assessment of mental health services. Mental health services are organized according to catchments areas.

Outpatient mental health facilities

There are 1086 outpatient mental health facilities in the country, 66 of which are for children and adolescents only. Outpatient services are undergoing intense change, and at the moment there are conventional outpatient mental health services (isolated or as part of outpatient services for several medical specialties) as well as the new Psychosocial Community Centers (Centros de Atenção Psicossocial-CAPS). CAPS are specialized mental health services that provide outpatient care or partial hospitalization as day or night treatment. Some CAPS are specialized in the treatment of children and adolescents (66 CAPS in June 2006) or in problems related to alcohol and drug use (109 CAPS, not included in this report). The other CAPS (673 in June 2006) primarily treat severe mental disorders and are classified according to three degrees of complexity, the population served, and the funds allocated.

There is not a good system to monitor the treatment and follow-up cases in the out-patient facilities. These facilities are estimated to treat 1951¹³ users per 100,000 inhabitants. Although data on outpatient gender, age and diagnosis are recorded in the services, they are not compiled by region or for the whole country. Of all outpatient facilities, it is expected that near 40% provide follow-up care in the community, and 10% have mobile mental health teams. Estimates indicate that near 50% of users have received more than one psychosocial intervention in the past year¹⁴. At least one psychotropic medicine from each therapeutic class (antipsychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic medicines) should be available at every public outpatient mental health facility or at a nearby pharmacy all year round. However, disruptions in the supply of medicines due to logistic or budgeting problems are still frequent.

Day treatment facilities

Day hospital care is provided by 811 units that are associated with the public network, 66 of which treat children and adolescents only. Brazil has 72 traditional mental health day hospitals that offer a total of 2513 beds, being 2246 linked to the Unified Health System (SUS).

The Psychosocial Community Centers (CAPS) provide day hospital care, which is in this case called intensive care (*acompanhamento intensivo*). In June 2006, there were 739 CAPS registered in Brazil (excluding those specialized in alcohol and drugs, called CAPSad)¹⁵. The maximum number of day hospital admissions at CAPS varies according to their classification of complexity, but the maximum number paid by SUS may reach 25255 beds/month, if they are all working in their full capacity.

Number of CAPS in Brazil, by modality, in June 2006

MODALITY	NUMBER	CHARACTERISTICS
CAPS I	355	Minimum team members:

¹³ The number of patients treated in outpatient facilities is not available, but the National Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) recorded 5,130,507 psychiatric visits and 13,866,147 other psychosocial interventions in 2005. Estimates of an average 4 psychiatric visits per patient/year and 6 psychosocial interventions per patient/year add up to a total of $1,282,626 + 2,311,024 = 3,593,650$ patients/year.

¹⁴ **Questionnaire for qualified informants:** in some items of the WHO-AIMS, the lack of direct data who took account of the country's regional differences led us to use qualified informants, by means of an interview sent by e-mail. The interviewed subjects were selected by means of a contact list of the Mental Health Section of the Ministry of Health, which was composed of: a) 26 state mental health coordinators; b) 61 municipal mental health coordinators of state capitals and other cities with more than 300,000 inhabitants; c) 19 consultants of the Mental health coordination. Each of the 106 interviewed subjects have received an email inviting to participate in the study, and received a login and a password to a website in the internet with the questionnaire. We obtained 33 answers (34% of the total).

¹⁵ The number of CAPS is increasing steadily. By December 2006 there were already 1011 CAPS in the country.

		1 psychiatrist or physician specialized in mental health 1 registered nurse 3 professionals graduated in other areas: psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue or other professionals needed for the therapeutic plan 4 technicians: nursing assistant or technician, administrative technician, educational technician, and artisan.
CAPS II	290	Minimum team members: 1 psychiatrist 1 registered nurse specialized in mental health 4 professionals graduated in other areas: psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue, physical education teacher, or other professionals needed for the therapeutic plan 6 technicians: nursing assistant or technician, administrative technician, educational technician, and artisan.
CAPS III	28	Minimum team members: 2 psychiatrists 1 registered nurse specialized in mental health 5 professionals graduated in other areas: psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue, or other professionals needed for the therapeutic plan 8 technicians: nursing assistant or technician, administrative technician, educational technician, and artisan. Provides 24 hours crisis services with priority to patients participating in one of the therapeutic projects in one of the CAPS, for a maximum of 7 days in a row or a total of 10 days in 30 days.
CAPSi	66	Provides services for children and adolescents Team: 1 psychiatrist or neurologist or pediatrician specialized in mental health. The other professionals are similar to CAPS II.
CAPSad	109	Treatment of problems associated with the consumption of alcohol and other drugs. It needs minimum of 1 psychiatrist, 1 general physician and the other professionals are similar to CAPS II
TOTAL	848	

Source: National Division of Mental Health, Ministry of Health.

These facilities (traditional day hospital and intensive care in CAPS) treat 61 patients per 100,000 inhabitants. Of all patients treated in day treatment facilities, 47% are women and 4% are children or adolescents. Treatment lasts a mean 31.5 days in day treatment facilities.

Community-based psychiatric inpatient units

In Brazil, 105 community-based psychiatric inpatient units provide 2074 beds (1.13 beds per 100,000 inhabitants)¹⁶. Estimates show that about 2% of these beds are reserved for children and adolescents only. Of all patients admitted to community-based psychiatric inpatient units, 40% are women and 5% are children or adolescents. Admissions to community-based psychiatric inpatient units were primarily classified in the following two diagnostic groups: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29), 44%;

¹⁶ Search of National Registry of Health Facilities (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES) conducted on June 15, 2006 (CNES:<http://cnes.datasus.gov.br>).

and mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-F19), 20%¹⁷. Patient mean length of stay was 14.02 days per discharge. It is estimated that near 20% of the patients in community-based psychiatric inpatient units received one or more psychosocial interventions in the last year¹⁸. At least one psychotropic medicine from each therapeutic class (antipsychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic medicines) should be available at every community-based psychiatric inpatient unit at all times. There are 592 general hospitals that offer some psychiatric beds (n=1224 beds, being 1094 linked to SUS and 130 in private institutions) in general wards or emergency-care back-ups, without having a formal psychiatric ward.

Community residential facilities

Community residential facilities, which are financed by SUS (unified health system) in Brazil, have been intensively implemented. The federal government finances only the housing of patients coming from long-stay admissions (over six months) in psychiatric hospitals, and the cities should finance other cases.

In 2006, there were 476 community residential facilities in the country. Each residence may have up to 8 residents, and, together, these residences provide around 3800 places (2,06 places per 100,000 inhabitants). This figure, however, may be overestimated because many residential facilities operate with less than 8 residents. Of these beds in community residential facilities, 1.2% is reserved for children and adolescents only.

The number of patients in community residential facilities in 2006 was 2480. Women accounted for 42% of the patients treated in community residential facilities, and children, for 2%.

The average number of days in community residential facilities is not available. A trend towards protracted stays (longer than one year) is expected, because patients are transferred from long-stay psychiatric hospitalizations, have severe disabilities and no social support.

Psychiatric hospitals

Brazil has 228 psychiatric hospitals that are either public or that provides services to the public system, and that offer a total of 42076 beds (22.84 beds per 100,000 inhabitants). Another 4855 private beds are available in psychiatric hospitals that accept private medical insurance payments, and 3114 private beds in at least 50 fully private psychiatric hospitals¹⁹. Therefore, the total number of beds in psychiatric hospitals in the country is 50045 (27.17 beds per 100,000 inhabitants). Only a small percentage of the population can afford fully private hospitalization.

¹⁷ We could not obtain data on the diagnoses of patients admitted to community-based psychiatric units. The figures presented here were estimated from data reported on the National survey of psychiatric units in general hospitals (Botega & Schechtman, 1997, table 6).

¹⁸ According to questionnaires applied to mental health coordinators in states and large cities.

¹⁹ Data retrieved for the National Registry of Health Facilities (CNES) in June 2006. We believe that there may be a small number of psychiatric hospitals not yet included in this Registry or not correctly registered as psychiatric hospitals.

Of these facilities, 14% are integrated with outpatient mental health facilities. No data are available about whether any beds in psychiatric hospitals are reserved for children and adolescents only. The number of beds has decreased 27% in the last five years (-18792 beds). Most diagnoses of patients admitted to psychiatric hospitals are classified in the following two groups: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29), 43%; and mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-F19), 31%. The rate of patients in psychiatric hospitals is 119 per 100.000 inhabitants²⁰ (the occupancy rate in mental hospitals is 93%). The average length of stay in mental hospitals is 65.29 days: 39% of the patients stay less than one year, 19% stay 1-4 years; 20%, 5-10 years; and 21%, more than 10 years²¹. It is estimated that few (1% to 20%) patients in mental hospitals received one or more psychosocial interventions in the last year. At least one psychotropic medicine from each therapeutic class (antipsychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic medicines) should be available at every psychiatric hospital.

Forensic and other residential facilities

In addition to beds in mental health facilities, there are also 3677 beds²² for persons with mental disorders in forensic inpatient units. Brazil has 25 hospitals for custody and psychiatric treatment, which are psychiatric hospitals kept by the prison system for the exclusive treatment of patients that committed a crime and are suspected to have or actually have a mental disorder that requires specialized treatment. The number of beds in other residential facilities in the country, such as homes for persons with mental retardation, detoxification inpatient facilities and homes for the destitute, is unknown.

Human rights and equity

Although the notification of involuntary admissions to the sanitary authority and the Public Prosecution Service is mandatory, data about such admissions are not yet compiled in Brazil. Seven Brazilian states (Pernambuco, Paraná, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul and Santa Catarina) have already started a system to record and follow up admissions by means of a partnership with the Public Prosecution Service, but total numbers are not yet available.

Despite the fact that the assessment of psychiatric hospitals takes into account the frequency and the conditions of physical restraint (continuous presence of a health professional during restraint, staff discussion to decide on restraint, and annotation on

²⁰ Initial admissions (does not include repeat admissions after 45 days); more than one admission per patient might have been recorded in the year.

²¹ Best estimate. Source: Mental Health Section of the Department of Health. Estimative based in PNASH 2003/2004; "Going home" (De Volta para Casa) program (2003) and Annual program to reform hospital psychiatric care of the SUS (PRH) (2003). Number of patients in mental hospitals on December 31 of the last year: $39.130 = 42.076 \text{ beds} \times 0.93$ (Average number of days spent in mental hospitals – item 2.6.9).

²² This estimate was based on the number of inpatients in hospitals for custody and psychiatric treatment. As there is a probable 100% occupancy of beds, we may suppose that this number is about the same number of beds. Source: Department of Justice, Federal Bureau of Prisons – August 2003.

patient chart), there are no records of the frequency in which restraint occurs. The seclusion of patients in locked rooms is a forbidden practice in Brazil (Executive order 251, 2002).

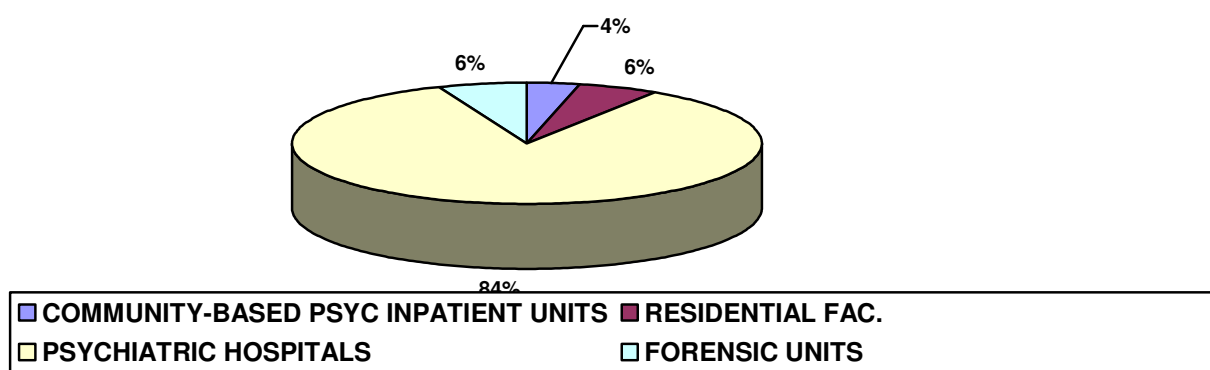
The number of psychiatric hospital beds in only the 16 largest metropolitan areas in the country is 22026 beds for 63,064,612 inhabitants (Census 2000); that is, 36.83 beds for 100,000 inhabitants, 1.36 times greater than the density of beds in psychiatric hospitals in the whole country. The contrast between large cities and the rest of the country shows that equity in health care is not found in a country with the characteristics of Brazil. Large urban areas have poverty pockets where access to treatment may be even more difficult than in rural areas of the most developed states, such as São Paulo or Paraná States. At the same time, the existence of older large psychiatric hospitals still in operation outside large cities may lead to the wrong conclusion that there is a good distribution of beds in the country.

Access to mental health care has improved in the last years. A recent research conducted by the “Instituto Data Folha”, a prestigious daily journal in the State of São Paulo, under the auspices of the Brazilian Psychiatric Association, has found that 9% of the population older than 16 years, have sought a mental health care facility in the last year; 72% of those who sought care were seen in the SUS. 92,3% of those who needed care have been attended in the SUS. From those who looked for treatment nearly 45% had a positive assessment of the service. It can be concluded that there is good coverage but there are some problems to be overcome.

Inequity of access to mental health services for other minorities (e.g., linguistic, ethnic, religious minorities) is at least moderate in the country, but the country still lacks studies that investigate the dimension of this problem in the mental health area.

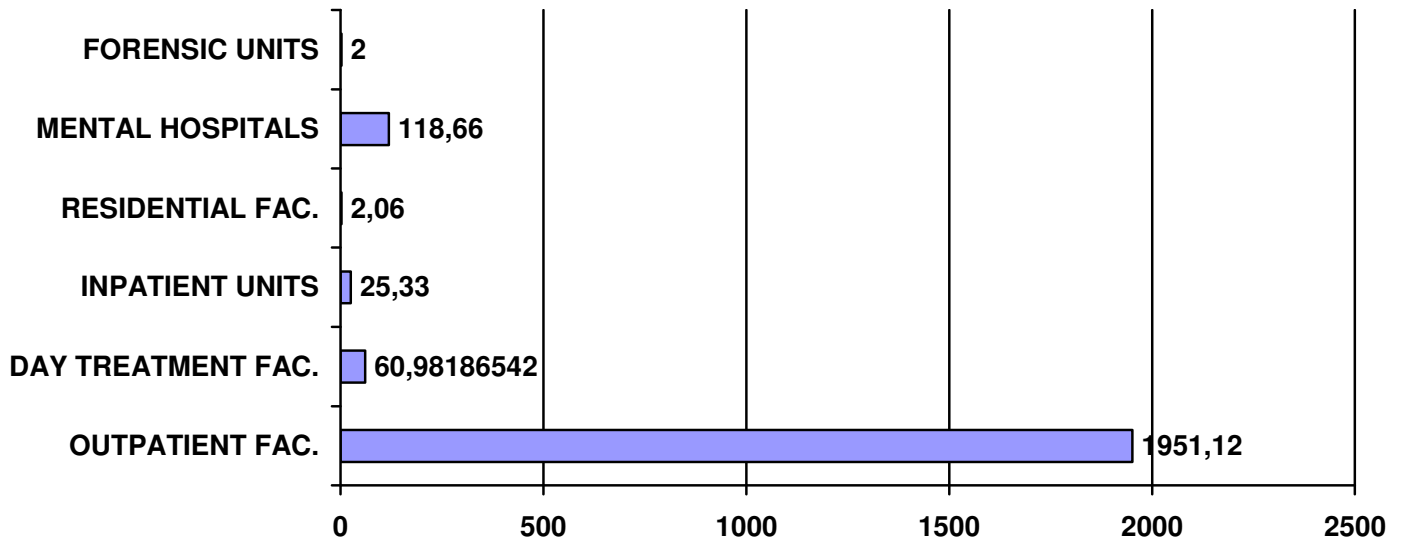
Summary Charts

GRAPH 2.1 - BEDS IN MENTAL HEALTH FACILITIES AND OTHER RESIDENTIAL FACILITIES



Most beds in the country are available in psychiatric hospitals, followed by residential units and forensic units.

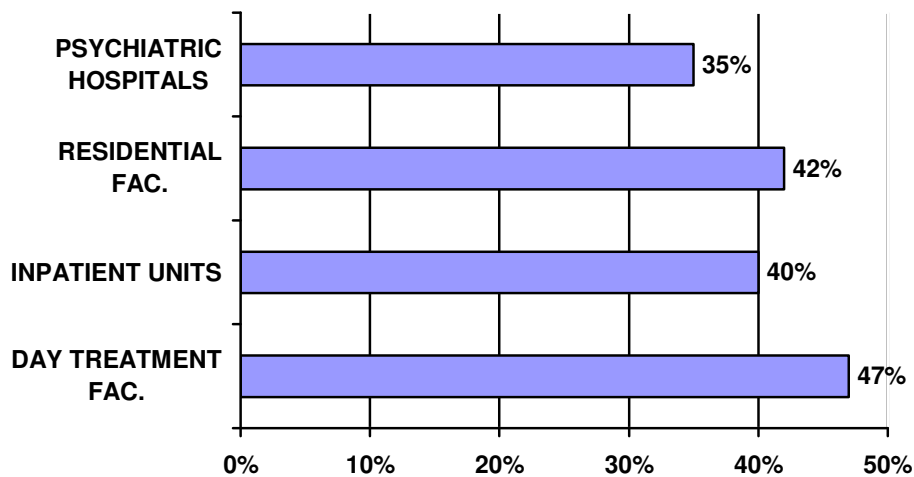
GRAPH 2.2 - PATIENTS TREATED IN MENTAL HEALTH FACILITIES (rate per 100.000 population)



Note: In this graph, the rate of admissions in inpatient units is used as proxy for the rate of patients treated in the units. The number of patients in forensic beds on December 31 is used as proxy for patients treated in forensic units.

Most patients are treated in outpatient facilities and in mental hospitals, while the rate of patients treated in community-based inpatient units and residential facilities is lower.

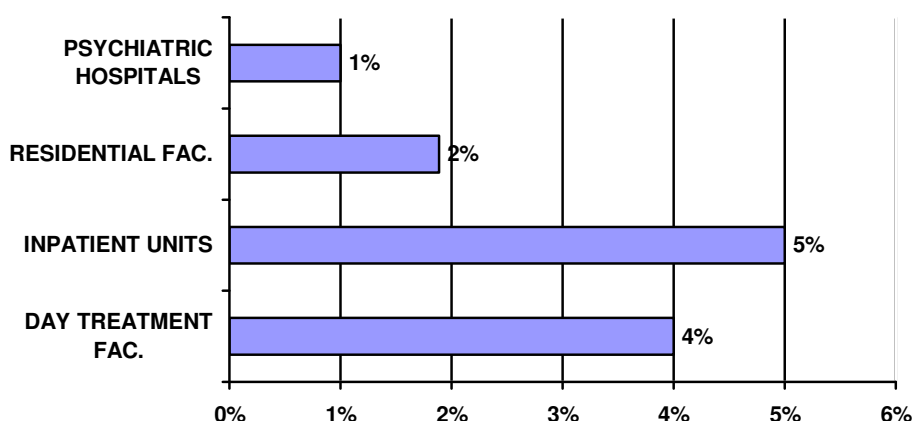
GRAPH 2.3 - PERCENTAGE OF FEMALE PATIENTS TREATED IN MENTAL HEALTH FACILITIES



Note: In this graph, the percentage of female patients admitted to inpatient units is used as proxy for the percentage of women treated in the units

Female patients are a minority in inpatient units and residential facilities in the country. Data about distribution according to sex in outpatient facilities are not available.

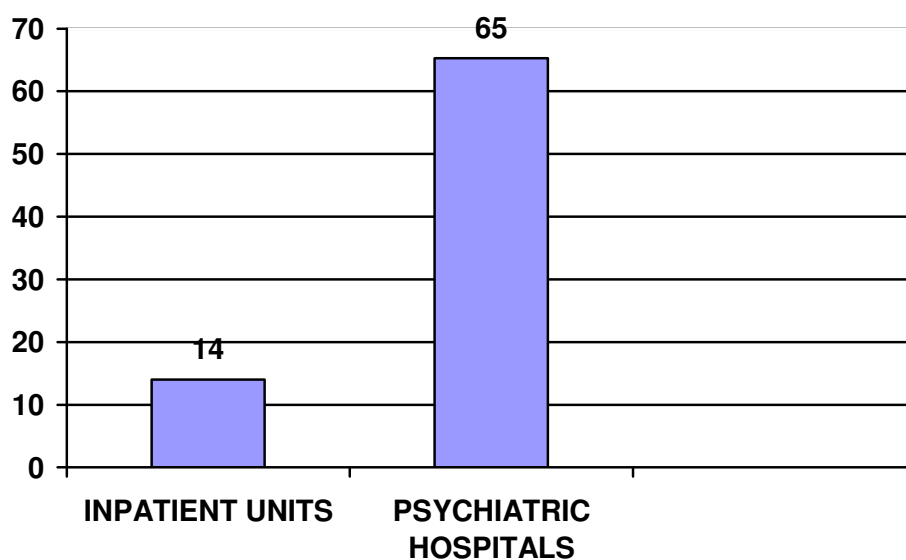
GRAPH 2.4 - PERCENTAGE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS TREATED IN MENTAL HEALTH FACILITIES



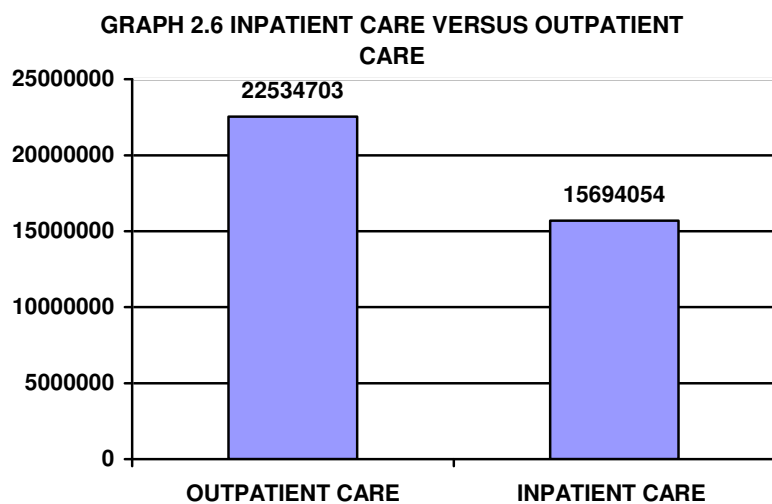
Note: In this graph, the percentage of children and adolescents admitted to inpatient units is used as proxy for the percentage of children and adolescents treated in the units

The percentage of children and adolescents is low in all types of facilities; the percentage of children and adolescents in outpatient facilities is not available.

GRAPH 2.5 - LENGTH OF STAY IN INPATIENT FACILITIES (days per year)



Patients have a longer stay in psychiatric hospitals; data about length of stay in residential facilities are not available.



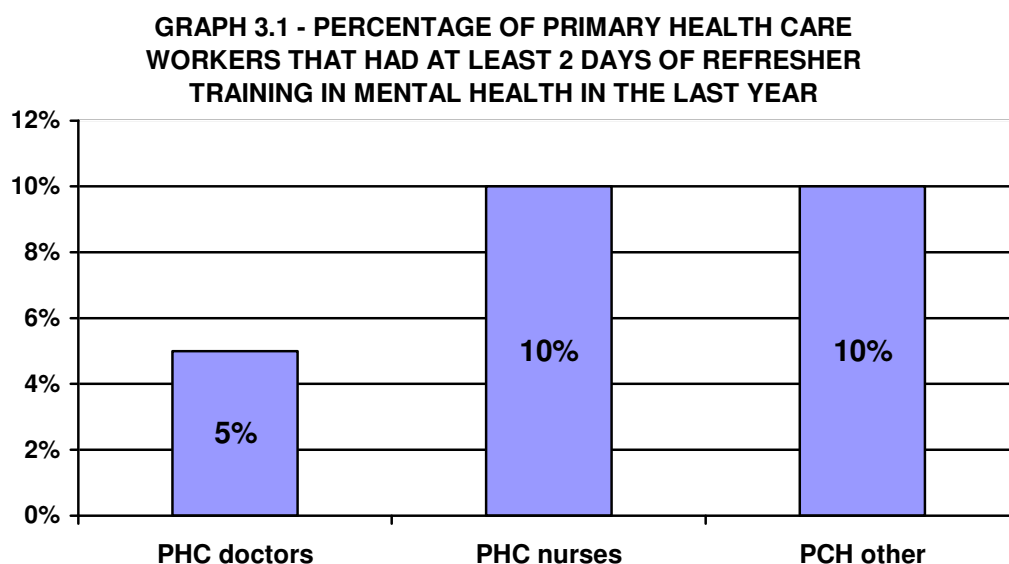
The ratio between outpatient/day care contacts and days spent in all the inpatient facilities (psychiatric hospitals, residential facilities and general hospital units) is an indicator of extent of community care: in this country, the ratio is 1.4:1.

Mental Health in Primary Health Care

Training in mental health care for primary care staff

About 3% of the training of medical doctors is devoted to mental health, in comparison to 7% of the training of nurses. We do not have data about this percentage in the training of non-doctor/non-nurse primary health care workers. We estimate that 5% of primary health care doctors have received at least two days of refresher training in mental health, in comparison with 10% of nurses and 10% of non-doctor/non-nurse primary health care workers. These estimates were based on questionnaires sent to 33 qualified informants.

Primary health care is managed by municipal governments; therefore, training programs are fragmented and the total number of workers trained is not available. Large investments have been made in family health teams in recent years, and thousands of community health agents have received several types of in-service training, which included mental health care, but which was not standardized for the whole country.



Estimates based on responses to questionnaires sent to municipal and state mental health care coordinators.

Mental health in primary health care

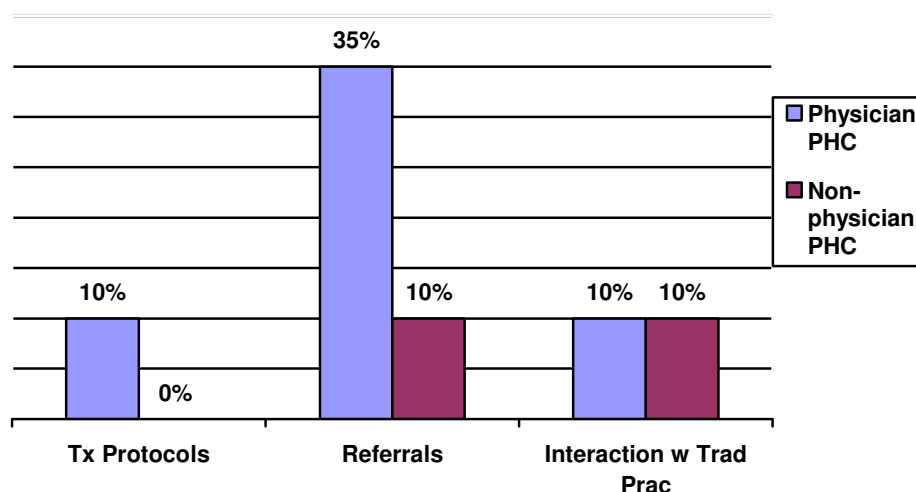
At the primary care level, the supervision and assistance of mental health teams is carried out through primary care units, as well as by family physicians in the Family Health Program²³.

²³ Administrative Order n° 1886/GM of, 18 de December 1997

Most primary health care (PHC) services have at least one physician on site or available for referrals; only the most distant regions have non-physician based PHC clinics. It is estimated that few physician-based primary health care clinics (1% to 20%) use evaluation and treatment protocols for key mental health conditions, whereas no (0%) non-physician-based primary health care clinics use them. Some (21% to 50%) of the doctors in physician-based primary health units make an average of at least one referral per month to a mental health professional. Few (1% to 20%) doctors in non-physician based primary health care clinics make referrals to higher levels of care. The analysis of professional interaction between primary health care staff and other care providers shows that few (1% to 20%) primary care doctors have interacted with a mental health professional at least once in the last year.

It is estimated that few (1% to 20%) care providers in physician-based PHC facilities had any interaction with a complementary/alternative/traditional practitioner; the same percentage is estimated for non-physician-based PHC clinics and mental health facilities.

GRAPH 3.2 - COMPARISON OF PHYSICIAN-BASED AND NON-PHYSICIAN-BASED PRIMARY HEALTH CARE



Note:

Tx protocols = % of PHC clinics with treatment protocols for key mental health conditions; Referrals = % of PHC that made at least one mental health referral per month; Interaction w Trad Prac = % of PHC that interacted with complementary/alternative/traditional practitioners per month.

Estimates based on responses to questionnaires sent to municipal and state health care coordinators.

Prescriptions in primary health care

Nurses and non-doctor/non-nurse primary health care workers are not allowed to prescribe psychotropic medicines in any circumstances. PHC doctors are allowed to prescribe but with restrictions: they are not allowed to prescribe high-cost medications, such as atypical neuroleptic drugs for schizophrenia refractory to conventional treatment; in

some municipal areas, and only PHC doctors and non-psychiatric doctors that have received refresher training in psychotropic drugs promoted by the government are allowed to prescribe psychotropic drugs provided at no cost for the patient. Psychiatrists are allowed to prescribe all psychotropic medications without restrictions. At least one psychotropic medicine from each therapeutic category (anti-psychotic, antidepressant, mood stabilizer, anxiolytic, and antiepileptic) is available at some (21% to 50%) physician-based PHC clinics, but at no (0%) non-physician-based primary health care clinics.

Human Resources

Number of workers in mental health care

The total number of workers in mental health facilities and private practices per 100,000 inhabitants is distributed as follows:

Worker	Number	Rate per 100,000 inhabitants
1. Psychiatrists ²⁴	6003	3.26
2. Other medical doctors, not specialized in psychiatry ²⁵ ,	1065	0.58
3. Nurses ²⁴	3119	1.69
4. Psychologists ²⁶	18763	10.19
5. Social workers ²⁷	1985	1.08
6. Occupational therapists ²⁸	3589	1.95
7. Other health or mental health workers (including auxiliary staff, non-doctor/non-physician primary health care workers, health	unknown	

²⁴ Psychiatrists in private or public health services; professionals that work only in private practices were not included. Source: tabwin-CNES, December 2005.

²⁵ The total number of clinicians and nurses working in mental health is not available, but at least 1065 other medical doctors (not specialized in psychiatry) and 3119 nurses are registered in mental health services. In all the services where there are other areas of health care, such as in general hospitals or outpatient services, it is not possible to identify how many doctors or nurses, besides the mental health team, also work with mental health care. Source: tabwin-CNES, December 2005.

²⁶ Psychologists in private or public health services. Source: tabwin-CNES, December 2005. The number of psychologists in health services does not include those working in private offices. The Federal Psychology Board had records of **125,397** registered psychologists in the country in 2005; 41% of them worked in private practices (full time or part time); 11% worked in companies; and 10% worked in schools (IBOPE, 2004).

²⁷ There are 14338 social workers in health services. We do not have the number of social workers working exclusively with mental health, but 949 work in psychiatric hospitals and in CAPS, and 1036 work in other outpatient mental health services. Source CNES – TABWIN, Dec 2005.

²⁸ Occupational therapists in private or public health services; therapists working only in private practices were not included. Source: tabwin-CNES, December 2005.

assistants, medical assistants, professional and paraprofessional psychosocial counselors) ²⁹		
TOTAL	34524	18.74

If psychiatrists that work only in private offices (out of pocket payment, not yet registered in CNES) are not included, it is estimated that 69% of psychiatrists work only for mental health facilities run by the government, 7% work only for NGOs/for-profit mental health facilities/private practices, and 24% work for both public and private sectors. Similarly, and if private practices are not included, 73% of psychologists, social workers, nurses and occupational therapists work only for mental health facilities run by the government, 23% work only for NGOs/for-profit mental health facilities/private practices, and 5% work for both the private and public sectors.

Regarding the workplace, 2425 psychiatrists work in outpatient facilities, 647 in community-based psychiatric inpatient units, and 2603 in psychiatric hospitals. At least 307 other medical doctors, not specialized in mental health, work in outpatient facilities, an unknown number in community-based psychiatric inpatient units, and 758 in psychiatric hospitals. Numbers for nurses show that 1169 work in outpatient facilities, at least 26³⁰ in community-based psychiatric inpatient units and 1974 in psychiatric hospitals. Of all psychosocial workers (psychologists, social workers³¹, and occupational therapists) 5010 work in outpatient facilities, 499 in community-based psychiatric inpatient units and 2908 in psychiatric hospitals.

There are 0.31 psychiatrists per bed in community-based psychiatric inpatient units³², in comparison to 0.06 psychiatrists per bed in psychiatric hospitals. Also, there are 0.01¹⁶ nurses per bed in community-based psychiatric inpatient units, in comparison to 0.05 nurses per bed in psychiatric hospitals. Finally, of all other mental health care staff (e.g., psychologists, social workers, occupational therapists except other health or mental health workers), there are 0.24 per bed for community-based psychiatric inpatient units, and 0.07 per bed in psychiatric hospitals.

The distribution of human resources between urban and rural areas is disproportionate. The density of psychiatrists in or around the largest city (Metropolitan Sao Paulo) is 1.75 times greater than the density of psychiatrists in the entire country. The same index for psychiatric nurses is not available because there is no survey of the number of non-specialized nurses that in fact work in mental health services.

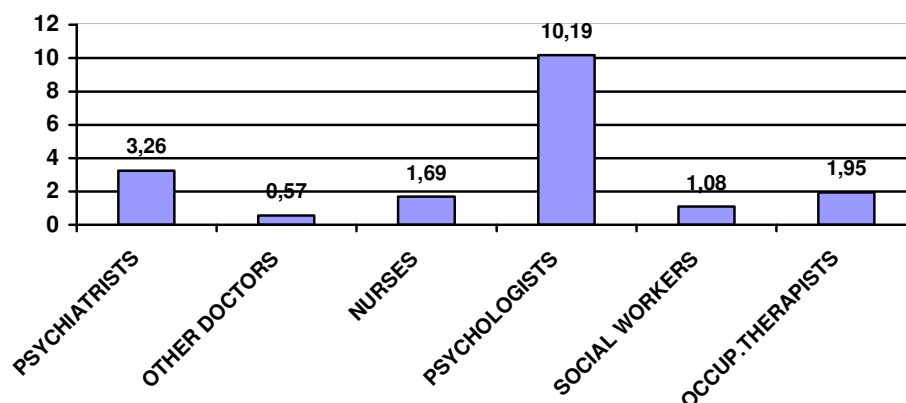
²⁹ No estimates are available of the number of other health or mental health workers (including assistants, non-doctor/non-physician primary health care workers, health assistants, medical assistants, professional and paraprofessional psychosocial counselors).

³⁰ Psychiatric nurses only; we were not able to separate non-specialized nurses that work in mental health wards from nurses that work in other hospital areas.

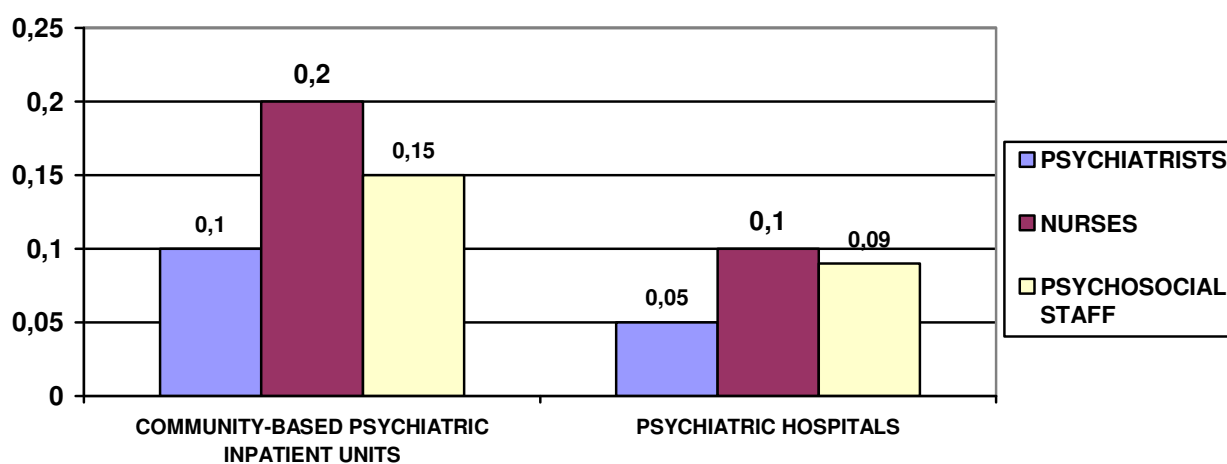
³¹ Social workers were not included because most worked for all areas of general or psychiatric hospitals and not exclusively for psychiatric units.

³² The high number of psychiatrists is explained by the fact that they work some hours in the hospitalization units and the remaining hours in the outpatient service associated with psychiatric units. (Source: tabwin-CNES, Dec 2005).

GRAPH 4.1 - HUMAN RESOURCES IN MENTAL HEALTH
(rate per 100,000 inhabitants)



GRAPH 4.3 - AVERAGE NUMBER OF WORKERS PER BED



Training professionals in mental health

The rate of professionals graduated last year in academic and educational institutions per 100,000 inhabitants is as follows: medical doctors (not specialized in psychiatry), 5.07³³; nurses (not specialized in psychiatry), 0.76³⁴; psychiatrists, 0.08³⁵;

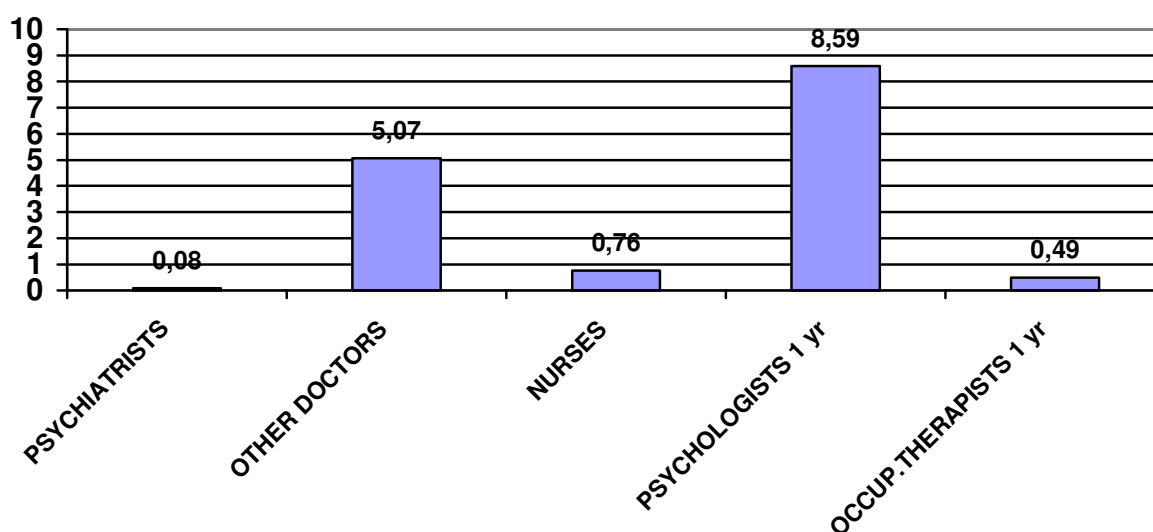
³³ Number of physicians that graduated in 2004.

³⁴ Approximate number for the year 2004.

³⁵ Data from the Federal Council of Medicine for the year 2005.

psychologists with at least 1 year training in mental health care, 8.59³⁶; occupational therapists with at least 1 year training in mental health care, 0.49²³. The numbers of nurses and social workers with at least 1 year of training in mental health care are unknown. Migration to other countries is not a problem in Brazil: it is estimated that less than 1% of psychiatrists emigrate within five years of completion of their training.

GRAPH 4.4 - PROFESSIONALS GRADUATED IN MENTAL HEALTH
(rate per 100,000 inhabitants)



Consumer and family associations

Most associations in the country may be classified as mixed organizations because of the participation of mental health service users/consumers, families and mental health workers. It is estimated that at least 3780 users/consumers and 1432 family members belong to these associations. The government provides some economic support for both consumer and family associations.

Although the participations of consumer and family associations in health councils and national health conferences is ensured by law, no survey has calculated the number of participants or associations that have been involved in the formulation or implementation of mental health policies, plans, or legislation in the past two years.

It is estimated that mental health facilities interact with few (1% to 20%) consumer and family associations. In addition to consumer and family associations, an unknown number of other NGOs in the country are involved in individual assistance, such as counseling, housing, or support groups. However, there is a national policy to stimulate the creation of family and consumer associations in every CAPS. In the National Division

³⁶ Number for the year 2004.

of Mental Health it is estimated that near 50% of the CAPS have already family and consumer associations acting together mental health professionals.

Public education and links with other sectors

Public education and awareness campaigns on mental health

A coordinating body led by the National Division of Mental Health of the Ministry of Health, oversees public education and awareness campaigns on mental health and mental disorders. Government agencies, NGOs, professional associations and international agencies have promoted public education and awareness campaigns in the last five years. These campaigns have targeted the general population or children and adolescents. In addition, some public education and awareness campaigns have targeted professional groups, such as health care providers, teachers, social service workers, and other professional groups linked to the health sector. Other campaigns have been conducted in regional or municipal areas, but data are not available to calculate the total number of such events in the country.

Legislative and financial provisions for persons with mental disorders

At the present time, no legislation or financial support is established for the following:

1. Legal provisions establishing a legal obligation for employers to hire a certain percentage of employees that are disabled;
2. Legal provisions ensuring protection from discrimination (dismissal, lower wages) solely on account of mental disorder;
3. Legal or financial provisions establishing priority in state housing and in subsidized housing schemes for people with severe mental disorders;
4. Legal or financial provisions ensuring protection from discrimination in allocation of housing for people with severe mental disorders.

The first clause of Act 10,216 of April 6, 2001 states that: “The rights and the protection of people with mental disorders, provided for by this Act, are assured against any form of discrimination regarding race, color, gender, sexual orientation, religion, political option, nationality, age, family, economic resources and the degree of severity or progression of their disorder, or any other aspects.”

Links with other sectors

In addition to legislation and financial support, there are formal collaboration schemes between the governmental department responsible for mental health and the departments and agencies responsible for:

- Primary health care/community health
- HIV/AIDS

- Reproductive health
- Child and adolescent health
- Child protection
- Education
- Employment
- Housing
- Welfare
- Criminal justice
- The elderly
- Others: Special Bureau of Human Rights; Department of Culture; Public Prosecution Service; Pharmaceutical Assistance; Division of Science and Technology of the Ministry of Health.

Note. Substance abuse: The same department coordinates mental health actions and actions related to the use of alcohol and drugs.

In terms of support for child and adolescent health, the number of primary and secondary schools that have either a part-time or full-time mental health professional³⁷ is unknown, and few (1% to 20%) primary and secondary schools have school-based activities to promote mental health and prevent mental disorders. Many actions are under way in the area of alcohol and drug abuse, but there are no data on the extent of these actions.

The estimated percentage of prisoners with major mental disorders is 2% to 5%, whereas the percentage of mental retardation in this population is unknown. The analysis of mental health care activities in the criminal justice system showed that most prisons (51% to 80%) have at least one prisoner per month undergoing treatment with a mental health professional. (There is an ongoing study conducted by the Federal University of São Paulo to investigating this situation). The country has a national programme to the health care in the prisoner system with a mental health component³⁸.

No police officers³⁹ and few (1% to 20%) judges and lawyers participated in educational activities on mental health in the last five years.

In terms of financial support for patients, few mental health facilities (1% to 20%) have access to external programs that provide outside employment for patients with severe mental disorders.

Finally, 9,8% of people who receive social welfare benefits do so for a mental disability.

³⁷ It is estimated that at least 12,500 psychologists work in primary and secondary schools, most as psychopedagogical advisors, according to a 2000 survey of psychologists registered in the Federal Board of Psychology (IBOPE, 2004).

³⁸ Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Health to the Criminal Justice System Plan), PT Interministerial nº 1777, September, 2003.

³⁹ In 2005, 918 police officers (0.14% of 622,261 police officers in the country) took four courses on physical and psychological health of police officers, in which mental health topics were discussed. Source: General Coordination of Personal Development in Public Security of the Department of Justice (*Coordenação Geral de Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública da Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça*).

Monitoring and Research

All mental health facilities should collect a formally defined list of individual data items.

As shown in table 6.1, the extent of data collection is consistent in public mental health facilities. No compilations of the number of involuntary admissions or of occurrences of patient restraint are available.

The Ministry of Health received data from 100% public services (psychiatric hospitals, community-based psychiatric inpatient units, and mental health outpatient facilities) but not from private services. There are some data produced at a regional level that are not compiled for the whole country, mainly for the out-patient facilities. The Annual management report of the Mental Health National Division of the Ministry of Health publishes an estimate of the data available in the country.

The National Division of Mental Health and the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ) have recently granted near two million dollars for specific mental research projects such as those for violence, minorities, treatment of psychotic patients, and organizational service research.

In terms of research, 4% of all health publications in the country were on mental health. Research focused on:

1. Epidemiological studies in community samples
2. Epidemiological studies in clinical samples
3. Non-epidemiological clinical/questionnaire assessments of mental disorders
4. Services research
5. Biology and genetics
6. Policy, programs, financing/economics
7. Psychosocial interventions/psychotherapeutic interventions
8. Pharmacological, surgical and electroconvulsive interventions

Table 6.1 - Percentage of mental health facilities that collect and compile data by type of information

TYPE OF INFORMATION COMPILED	MENTAL HOSPITALS*	INPATIENT UNITS**	OUTPATIENT FACILITIES**
No. of beds	100%	100%	NA
No. of inpatient admissions and patients treated in outpatient facilities	82%	100%	UNKNOWN
No. of treatment days and of patient	82%	100%	UNKNOWN

contacts in outpatient facilities.			
No. of involuntary admissions	UNKNOWN	UNKNOWN	NA
No. of patients restrained	UNKNOWN	UNKNOWN	NA
Diagnoses	82%	100%	UNKNOWN

* Public units or that provide services to the public system (228) + fully private psychiatric hospitals (50)

** Only public units or units that provide services to the public system are related.

Strengths and Weaknesses of the Mental Health System in Brazil

Brazil has a sound legislation on mental health and a list of documents which can be considered as a mental health policy. The focus of the legislation is concerned with human rights of the patients, admission and discharges procedures, and monitoring of involuntary admissions. The established mental health legislation as well as the policy changes raised in the documents, mainly concerned with the shift from hospital to community care, are in place and have been enforced in the last years. There is a revised version of a publication that update regularly all norms, executive orders and laws about mental health.

Access to basic psychotropic drugs is ensured by the Unified Health System (SUS). Moreover, in some large urban centers, some patients with severe mental disorders have free access to high-cost psychotropic medication. The essential medicines are available in all state mental health facilities, though local organization can cause noise in

the system. Thus, it is unknown the percentage of the patients under treatment who really benefit from this policy.

There are mechanisms of protection of the human rights of patients. The Assessment Program for Psychiatric Hospitals (PNASH) started in 2002, and covered all hospitals funded by SUS. However, most of the mental health community services were not regularly visited by committees composed of health and justice technicians and members of the civil society using clear and pre-established criteria to investigate protection of patients' human rights. There is no data available of how many psychotic patients and mentally handicapped are in prisons and their accessibility of treatment.

Despite great advances in community services in the last years - primarily due to the creation of Psychosocial Community Centers (CAPS) and therapeutic residential facilities for patients transferred from long-stay psychiatric hospitalizations - and a great reduction in the number of beds in psychiatric hospitals, the balance between outpatient and hospital care (1.4:1.0, see page 20 for further details of the index) remains modest in favor of the outpatient care. Very few hospitalization units were opened in general hospitals in the last years, and day hospital care and intensive care in CAPS have to be further investigated to assess coverage and effectiveness of the system.

The country has made an option for innovative services and interventions, such as the CAPS, and the Return Home program. In little more than one decade, hundreds of services were established in the whole country, and older outpatient services and day hospital programs were remodeled according to general guidelines to maximize limited resources by adopting a mixed system of mental health outpatient services, day hospitals, and therapeutic workshops. The purpose of CAPS is both to provide for the various needs of patients with serious mental disorders and to act in coordination with the primary care services to treat those mental disorders most prevalent among the population. Assessment of the effectiveness of this model is currently under way, and further studies are necessary to analyze its actual cost-effectiveness, and interaction with the health care network. The same situation is found for the ambitious project to transfer thousands of patients from

long-stay psychiatric hospitals to community residential facilities with up to 8 residents. Up to 2006, 2480 patients have already been located, but no long-term studies on the effectiveness of this program have been conducted.

The federal funding to the Unified Health System (SUS) for 2005 was US\$ 15 billions (US\$ 82.7 per capita), of which US\$ 358 millions (1.95 per capita) was for mental health care. In the last decade, there has been a significant reduction in the allocation to mental hospitals (95.5% to 49.3% of the mental health budget) and a concomitant increase in the budget for community services (from 0.8% to 15%). The budget for psychotropic medication has increased from 0.1% to 15.5%, and other types of mental health facilities and care (from 3.6% to 20.2%) also increased significantly.

Another challenge to be faced is the coordination of actions to training mental health professionals to act in mental health in primary care. The gigantic national health care system is managed primarily by municipal governments, and mental health has to compete with dozens of other priorities for the needed training and supervision of health workers, particularly doctors, nurses and health agents.

There are 5259 Psychiatrists, 12377 Psychologists, 11958 Social workers, 3119 Nurses and 2661 Occupational Therapists working for the Unified Health System. There are few nurses oriented to mental health activities though there are sufficient nursery schools in the country. Moreover, social workers specifically trained in mental health are very scarce.

The participation of community members, mental health service users and families in health councils and conferences is ensured by SUS. Consumer and family associations in Brazil have a peculiar characteristic: most are, in fact, mixed associations in which families, users and mental health workers jointly participate. This “mixed association” model seems to be the most appropriate for the Brazilian reality. Considering the size of Brazil, few mutual assistance groups and NGOs participate in the mental health care network. Innovative therapies, such as Community Therapy – groups that work

similarly to mutual assistance groups but that are organized by technicians and volunteers trained as primary care agents – have been implemented in several cities.

Mental health information systems are one of the aspects that require urgent improvement. A large number of the questions in this report were not addressed more adequately because of the lack of reliable and unified sources of data. We do not know the number of members of patient associations, local training programs, or public information programs implemented in the country. Even well-organized and well-supplied data systems such as DATASUS do not compile essential national data, such as the number of outpatients and their diagnoses. The Division of Mental Health should develop standardized epidemiological tools and supervise mental health services in data collection.

Mental health policy to problems related to alcohol and drug use is integrated with mental health. Improvement of specialized care for children and adolescents is still greatly needed in the country. According to the WHO ATLAS 2005, Brazil has 2.83 psychiatric beds per 10,000 inhabitants for a Latin American average of 4.66, and 3.26 psychiatrists per 100,000 inhabitants for a Latin American average of 3.91.

Next Steps in Strengthening the Mental Health System

Policy and Legislative Framework

The country would benefit from an official document, programme or plan for mental health including a policy on child and adolescent mental health. The annual national governmental report on mental health care should comprise systematic information on the number of health professionals acting in the public system, a monitoring of trends in mental health services, the expenditure, and future plans. The annual mental health report should be published yearly by the Division of Mental Health. Formal organization of policy, plan and programs and the articulation of objectives for each administrative level, schedules and budgets involved in the format as recommended by the WHO (2003) are welcome.

All mental health services should be regularly visited by committees composed of health and justice technicians and members of the civil society using pre-established criteria set-up by the Brazilian mental health legislation, under the supervision of the National Division of Mental Health of the Ministry of Health, to assure protection of patients' human rights. The National Division of Mental Health should play a more active role to guarantee adequate treatment for mentally handicapped and psychotic patients in prisons. There are ongoing studies to assess the extent of this problem in the country, but additional data on the subject is welcome. The Brazilian Center on Human Rights and Mental Health has recently been created; comprising universities, government and civil society participants will surely be having a more important role in this field.

Unequal distribution and coverage of the community services across regions and the government's ability to fund new investments for mental health care remain major challenges. It is paramount to increase the percentage of the mental health budget in relation to the total health funding, at a level of around 5%, as recommended by the WHO.

Mental Health Services

The number of beds has decreased steadily but the system is still heavily based on traditional psychiatric admissions (the balance between outpatient and hospital care 1.4:1.0 should be improved in the direction of outpatient care). There is room for reducing psychiatric beds as long as Psychosocial Community Services are expanded and able to cover for the care of severe mental disorders. Assessment of the CAPS model should continue to improve its integration with the health care network and other sectors. Moreover, there is a lack of evidence-based psychosocial interventions to decrease relapse and psychiatric admissions. The hospitalization in general hospitals as an alternative to psychiatric hospitals should be expanded. A cost benefit analysis should be conducted to evaluate admissions at CAPS and residential services. It is important to develop follow-up studies to evaluate the pathways of patients under CAPS and residential facilities and other community services. Research on services organization, policy research and mental health systems evaluations are strongly recommended in the country.

It is noteworthy that some patients with severe mental disorders go untreated in Brazil. Of those receiving treatment, most are with the conventional anti-psychotic agents, afforded by the essential list of medicines. Studies on the coverage, i.e., the percentage of patients who really benefit from this treatment are still missing in the country. In the less privileged areas it is important to improve access of treatment by means of the conventional medicines available in the SUS. It would be advisable to improve coverage of treatment, i.e., to evaluate the effectiveness of dispensation of anti-psychotic medication by general community health workers, as those involved in the PSF, so as to reduce relapse and admission rates of severe cases.

The number of mental health services are unequally distributed in different regions of the country and needs attention to decrease inequality, though the number of community services has improved a great deal in the last four years, for some states in the northeast region (Sergipe, Paraíba, Alagoas, and Ceará). The special ethnical groups such as indigenous, African descendents, and recent Asian immigrants, should have an equal access to mental health services as guaranteed in the constitution, though some data available for health in general show an existing inequality. Studies to ascertain the level of inequality in mental health for minority populations and strategies to overcome stigma and barriers are welcome.

It is also important to develop structured training on human rights for all health professionals acting in mental health. All mental health services should be regularly assessed by committees composed of health and justice technicians and members of the civil society to investigate the protection of patients' human rights according to clear and pre-established criteria delineated by the Brazilian legislation under supervision of the National Division of Mental Health.

Mental Health in Primary Health Care

It is important to develop mental health guidelines for primary care health professionals and training health workers acting in primary care. There are ongoing courses

available for training primary care professionals, but it is needed to expand the mental health component in the curricula of Schools of Medicine and Nursing. Particularly, the training could be intensified for the health teams (general physician, nurse and health workers) acting in the Family Program (PSF) spread out in the country. It is also important to strengthen the links between the PSF teams and mental health teams in the community. Some mental health teams do offer supervision for the primary health care workers, but there are teams without this kind of support (data on this subject is welcome). Health workers could play an important role in the delivery of psychotropics for keeping adherence for severe mental disorder. This interaction between primary care health workers and the mental health team should facilitate referrals to specialized psychiatric treatments. The development of key common mental disorders guidelines for being applied in primary health care should be supervised by the National Division of Mental Health of the Ministry of Health in conjunction with universities.

Human Resources

It is needed to ascertain the mental health curriculum in health related faculties to prepare health professionals for the diagnosis and treatment of psychiatric disorders. There is a shortage of psychiatric nurses in the country, and there is a need to promote specialization in this field. The number of psychiatrists is still far from the ideal, they are unequally distributed across the country, and the residency positions are concentrated in the wealthier areas of the country. The training should include the exposure to the new community services available, i.e., mainly at CAPS level. Moreover, it is necessary to implement training for Health Managers in the field of mental health. This kind of professional must be knowledgeable in epidemiology, anthropology, biostatistics, health policy, health economy, and planning. A Master Science for Mental Health Planning could be developed at university level under financial support of the Ministry of Health.

There is a need to develop a better registration of professionals who are working in the state, the private sector and private offices. For instance, it is estimated that many psychiatrists and more than 40% of psychologists are working in their private offices, as main source of income. It is important to conduct research to assess the cost-benefit of the

activities carried out by the mental health workers, so as for evaluating the present policy and planning future actions. Studies to assess the level of exposures of mental health education related to the rational use of psychotropics, psychosocial interventions and child mental health issues to mental health workers, are welcome.

Patient and family associations are growing and playing an important role in Brazil, but should be motivated to improve participation in the design of mental health policies, employment projects, health promotion campaigns, and self-help programs. A national organization to bring together all users and family associations should be envisaged. Governmental financial support for these associations should be available and distributed with equity and according to clear criteria delineated at the National Division of Mental Health.

Public Education and Link with Other Sectors

The National Division of Mental Health should have access to local educational, prevention, and health promotion events to act as facilitator for the exchange of experiences between regions and to prepare material for these actions.

It is important to support legislation and financial support for the following topics: a) to establish for the Legal provisions to promote employers to hire a certain percentage of employees with severe mental disorders; b) the protection from discrimination; and c) giving priority in housing for people with severe mental disorders.

It is necessary to estimate the mental health actions conducted in several areas: primary and secondary schools; actions to promote employment for people with severe mental disorders; to assess the percentage of prisoners with major mental disorders and mental retardation; to analyze mental health care activities in the criminal justice system; training for judges and police officers; and to develop programs for employment opportunities led by mental health workers.

Monitoring and Research

Data about involuntary admissions should be compiled locally and nationally. Similarly, efforts to compile data about outpatient care – number of patients, diagnosis, sex and age of patients – should be a priority in the mental health information system. Fully private services should also be included in the mental health information system.

In the year 2002, the total budget for Health Research was one hundred and one million dollars, for with three million and four hundred thousand dollars, corresponding to 3.37% of the total, available for Mental Health Research. Nine programs are dedicated to psychiatry, neuropsychiatry, psychobiology and mental health, seven being located in southern states. The investment channeled towards postgraduate and human resource educational programs, by means of grants and other forms of research support, has secured the country a modest but continuous insertion in the international production of knowledge in the mental health area. The National Division of Mental Health and the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ) have recently (2005) granted near two million dollars for specific mental research projects such as those for violence, minorities, treatment of psychotic patients, and organizational service research. It is highly recommended that this sort of action would happen every two years to ensure provision of data within mental health priorities, and reinforcement of research capability. Research on mental health policies and services organization should be prioritized.

Final Conclusions and Recommendations

The change in policy has resulted in major reform of the mental health system and changes in the delivery of care in Brazil. The system now ensures wider accessibility to essential psychotropic medication, provides care in the community, involves families and the community and provides universal coverage and free access to a network of services. The new national policy also resulted in the development of mental health manpower. The political reforms in Brazil and the commitment of the health professionals to providing care within the primary health care system were the main facilitators for its success. Therefore, custodial care is in the process of abolishment, though many patients have yet been treated

in precarious institutions where abuse and prejudice prevails. The number of psychiatric beds is declining, mental health care is becoming more and more a component of primary health care, and many acute cases have now been treated in general hospitals, and in the community. However, community-based services are still insufficient, mainly for the infants and adolescents, and the capacity to monitor and evaluate services and programs can be improved. Health policy research is very limited though guidelines for developing appropriated mental health policy are available. The demographic structure changes of the Brazilian population are promoting an increased impact in burden, combined with an existing treatment gap in mental health care. This gap may get even wider if funding does not increase, and mental health services are not expanded in the country.

References:

Barjas Negri (2002). Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. Brasília – DF.

Botega, N.J., Schechtman, A. (1997). Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: I. Situação atual e tendências. Revista ABP-APAL 19 (3): 79-86.

Brazil Country Management Unit. Addressing the Challenge of Non-Communicable Diseases in Brazil: World Bank, 2005

Bressan RA, Gerolin J, Mari JJ. (2005). The modest but growing Brazilian presence in psychiatric, psychobiological and mental health research: assessment of the 1998-2002 period. Braz J Med Biol Res;38(5): 649-59.

Gadelha AMJ et al. 2002. Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998. ENSP/ Fiocruz-FENSPTEC, Rio de Janeiro.

Lobato, L., Burlandy, L. (2000). The Context and Process of Health Care Reform In Brazil (chapter 4). In *Reshaping Health Care in Latin América. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and México*. Sonia Fleury, Susana Belmartino et Enis Baris (ed). IDRC Books.

Mari, J.J., Bressan, R.A., Almeida-Filho, N., Gerolin, J., Sharan, P., Saxena, S. (2006). Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. Rev. Saúde Pública. 40 (1): 161-169.

Ministério da Saúde / SAS / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília – DF.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde mental Infanto-juvenil*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2003). “*De Volta para Casa*”- *Manual do Programa*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004). *A Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005). *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da saúde, Departamento de atenção básica/SAS (2003). *Núcleo de Atenção Básica a Família*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle / SAS (2005). *Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva SAS (2004). *Legislação em Saúde Mental - 1990 – 2004*. 5ª edição ampliada. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Razzouk, D., Zorzetto, R., Dubugras, M. T., Gerolin. J. & Mari, J.J. (2006). Mental health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. *Rev Saude Publica*. 40(N Esp), 93-100.

Souza, R.R. (2002). *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Growth of the elderly population in Brazil: transformations and consequences in society. *Rev Saude Publica*. 1987 Jun;21(3):225-33.

World Health Organization (2003). Advocacy for Mental Health Mental Health Legislation and Human Rights. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). Mental Health Financing. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). Mental Health Legislation and Human Rights. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). Mental Health Policy, Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

Zorzetto R, Razzouk D, Dubugras MT, Gerolin J, Schor N, Guimaraes JA, Mari JJ. (2006). The scientific production in health and biological sciences of the top 20 Brazilian universities. *Braz J Med Biol Res*. Dec;39(12):1513-20.

Entities e documents online (Accessed January 2007):

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Available at <http://cnes.datasus.gov.br>

Central Intelligence Agency (CIA) World Factbook (2006). Available at <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/br.html>

Conselho Federal de Enfermagem. Available at www.portalcofen.com.br

Conselho Federal de Medicina (CFM). Available at www.cfm.org.br

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Available at www.pol.org.br

Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Available at <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/default.cfm>

Departamento de Informática do Sistema Unico de Saúde (DATASUS). Available at <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

Ministerio do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Available at <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>

Ministério da Educação Instituto, Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Resultados do censo escolar 2005 Brasília-DF . Available at:
<http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/resultados.htm>

Datafolha Research / Associação Brasileira de psiquiatria. Available at:
<http://www.abpbrasil.org.br/pesquisa/pesquisa.ppt> (Accessed February 13 2007).

PNUD-Brasil (United Nations Development Programme), Atlas Racial Brasileiro, Available at http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php

WHO's Mental Health Atlas-2005 Available at
<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>

WHO's Statistical Information System (WHOSIS) Available at
http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?country=bra&indicators=selected&language=en#

World Bank, Available at
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>
1

The World Health Report Statistical Index Available at
<http://www.who.int/whr/annexes/en/>

Anexo 4: Itens do WHO-AIMS cujos dados não são monitorados no País

Dos 155 itens do WHO AIMS, muitos dizem respeito a dados que não estão sendo monitorados no Brasil, revelando assim uma outra utilidade para o instrumento: suscitar a discussão de que dados deveriam ser colhidos e apresentados rotineiramente, para o acompanhamento das diferenças regionais e aperfeiçoamento da política nacional de saúde mental.

DOMÍNIO 1 CONTEXTO POLÍTICO E LEGISLATIVO

ITEM 1.4.4	Formação da equipe de hospitais psiquiátricos em proteção dos direitos humanos dos pacientes
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>hospitais psiquiátricos</i> com no mínimo um dia de treinamento, reuniões, ou outro tipo de trabalho em <i>proteção dos direitos humanos dos pacientes</i> , nos últimos dois anos.
MEDIDA	Proporção; UN = desconhecido; NA= não se aplica
NUMERADOR	Número de hospitais psiquiátricos com no mínimo um dia de treinamento, reuniões, ou outro tipo de trabalho em <i>proteção dos direitos humanos dos pacientes</i> , nos últimos dois anos.
DENOMINADOR	Número total de <i>hospitais psiquiátricos (#)</i>

Apesar de respondermos o instrumento considerando que pelo menos os hospitais psiquiátricos públicos teriam algum tipo de formação em direitos humanos, não há qualquer tipo de aferição padronizada da formação ou sensibilização para a proteção dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos no país.

ITEM 1.4.5	Formação da equipe de <i>unidades de internação psiquiátrica comunitárias</i> e de <i>residências protegidas</i> em proteção dos direitos humanos dos pacientes
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>unidades de internação psiquiátrica comunitárias</i> e de <i>residências protegidas</i> com no mínimo um dia de treinamento, reuniões, ou outro tipo de trabalho em <i>proteção dos direitos humanos dos pacientes</i> , nos últimos dois anos.
MEDIDA	Proporção; UN = desconhecido; NA= Não se aplica
NUMERADOR	Número de <i>unidades de internação psiquiátrica comunitárias</i> e de <i>residências protegidas</i> com no mínimo um dia de treinamento, reuniões, ou outro tipo de trabalho em <i>proteção dos direitos humanos dos pacientes</i> nos últimos dois anos.
DENOMINADOR	Número total de <i>unidades de internação psiquiátrica comunitárias</i> e de <i>residências protegidas (#)</i>

Apesar de respondermos o instrumento com considerando que todas as enfermarias de psiquiatria em hospital geral teriam algum tipo de formação em direitos humanos, não há qualquer tipo de aferição padronizada da formação ou sensibilização para a proteção dos direitos humanos nestes serviços no país.

ITEM 1.5.4	Medicamentos psicotrópicos gratuitos
DEFINIÇÃO	Proporção da população com acesso gratuito (cobertura de 80%, no mínimo) aos medicamentos psicotrópicos essenciais

Apesar do acesso aos medicamentos básicos em saúde mental ser garantido no SUS, não há um monitoramento se, de fato, todas as regiões têm abastecimento e dispensa regular destes.

DOMÍNIO 2 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

ITEM 2.1.3	Hospitais psiquiátricos integrados funcionalmente aos ambulatorios psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>hospitais psiquiátricos</i> funcionalmente integrados aos <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
NOTAS	• Marque NA, se não houver hospitais psiquiátricos • Os dois serviços são funcionalmente integrados se preencherem ambas condições seguintes: a. Há um sistema de encaminhamento e de devolução entre os dois tipos de serviço para facilitar a continuidade dos cuidados; e b. Os hospitais psiquiátricos e os ambulatorios psiquiátricos trabalham de maneira coordenada

Seria interessante desenvolver indicadores para verificar se há integração efetiva entre hospital e a rede comunitária (um recorte mais apropriado no Brasil do que apenas os ambulatorios psiquiátricos).

ITEM 2.2.1	Disponibilidade de serviços ambulatoriais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Número de <i>ambulatorios psiquiátricos</i>

A coordenação nacional de saúde mental adotou uma definição própria para os ambulatorios, em seu relatório de gestão: presença de pelo menos quatro profissionais de saúde mental atendendo.

O Instrumento define do seguinte modo **Ambulatório psiquiátrico**: “*Um serviço dedicado ao controle dos transtornos mentais e dos problemas clínicos e sociais que lhe são associados, em base ambulatorial.*”

- **Inclui:** Centros comunitários psiquiátricos ou de saúde mental; ambulatorios psiquiátricos ou de saúde mental; serviços ambulatoriais especializados em certos transtornos mentais ou em tratamentos especializados; clínicas externas de saúde mental em hospitais gerais, policlínicas de saúde mental; clínicas especializadas mantidas por ONG's com pessoal técnico de saúde mental e que provê cuidados ambulatoriais (p. ex., para vítimas de estupro ou moradores de rua). Incluem-se tanto as instituições públicas como as privadas, bem como os ambulatorios psiquiátricos que cuidam exclusivamente de crianças e adolescentes e de outros grupos específicos (idosos, por exemplo).
- **Exclui:** Consultórios particulares; serviços que tratam apenas pessoas com transtornos por uso de álcool e abuso de substâncias, ou de deficiência mental sem diagnóstico de outro transtorno mental”.

A definição da Coordenação exclui vários serviços que poderíamos chamar de ambulatorios de saúde mental, como unidades básicas de saúde com psiquiatra e psicólogo.

ITEM 2.2.2	Usuários tratados em <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
DEFINIÇÃO	Número de <i>usuários</i> tratados nos <i>ambulatorios psiquiátricos</i> , por 100,000 habitantes (população geral)
ITEM 2.2.3	Distribuição do gênero dos usuários tratados nos <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
DEFINIÇÃO	Proporção de mulheres tratadas nos <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
ITEM 2.2.4	Diagnósticos dos usuários tratados nos <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>usuários</i> tratados nos <i>ambulatorios psiquiátricos</i> por diagnóstico da CID-10
ITEM 2.2.5	Contactos com <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
DEFINIÇÃO	Média de contactos por <i>usuário</i> tratado em <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
ITEM 2.2.6	Crianças e adolescentes tratados em <i>ambulatorios psiquiátricos</i>
DEFINIÇÃO	Proporção de crianças e adolescentes entre os <i>usuários</i> tratados em <i>ambulatorios psiquiátricos</i>

Dados fundamentais: não temos o número de usuários tratados, nem demais dados demográficos desta clientela, apenas o número de procedimentos realizados (cerca de 19 milhões de atendimentos por técnicos de saúde mental em 2005).

ITEM 2.2.7	Disponibilidade de <i>ambulatorios psiquiátricos</i> exclusivos para crianças e adolescentes
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>ambulatorios psiquiátricos</i> exclusivos para crianças e adolescentes

ITEM 2.2.8	Prestação de cuidados de seguimento rotineiro na comunidade
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>ambulatorios psiquiátricos</i> que seguem rotineiramente os pacientes na comunidade

ITEM 2.2.9	Equipes móveis de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>ambulatorios psiquiátricos</i> que têm equipes clínicas móveis que prestam regularmente atendimento fora do serviço

ITEM 2.4.1	Disponibilidade de unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Número de <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i>
ITEM 2.4.2	Leitos em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Número de <i>leitos</i> em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i> , por 100,000 habitantes
ITEM 2.4.4	Diagnóstico nas internações em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Proporção de cada diagnóstico baseado na CID-10 nas internações em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i>
ITEM 2.4.5	Internações involuntárias em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Proporção de internações involuntárias em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i>
ITEM 2.4.6	Tempo de permanência em unidades de internação psiquiátrica na comunidade, por alta
DEFINIÇÃO	Média do número de dias passados em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i> , por alta

Temos o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas estes são a soma dos leitos em unidades de internação, leitos de urgência e leitos em enfermaria geral reservados para psiquiatria. Um censo apurado das condições de funcionamento e número de unidades e leitos, clientela atendida, etc, é fundamental para o planejamento da expansão destes serviços.

ITEM 2.4.7	Contenção física e isolamento em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Porcentagem de pacientes que foram contidos ou isolados em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i> , pelo menos uma vez no ano anterior

Um levantamento periódico deste procedimento poderia ser um indicador útil da gravidade dos casos internados e da capacidade da equipe de contenção através de meios menos invasivos.

ITEM 2.4.8	Internações de crianças e adolescentes em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Proporção de internações de crianças e adolescentes em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i>
ITEM 2.4.9	Leitos de internação psiquiátrica na comunidade exclusivos para crianças e adolescentes.
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>leitos</i> de internação psiquiátrica na comunidade exclusivos para crianças e adolescentes

Não temos este número, nem das unidades exclusivas, nem dos leitos nas enfermarias de pediatria.

ITEM 2.5.5	Tempo médio de permanência em serviços residenciais comunitários
DEFINIÇÃO	Média do número de dias passados em <i>serviços residenciais comunitários</i>

Em princípio, os serviços residenciais sendo destinados a antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, deveriam ter permanências maiores que um ano, mas este seria um dado útil (aliado ao registro do motivo da saída: moradia própria ou com a família, óbito, volta para hospital) para acompanhamento do funcionamento deste serviço.

ITEM 2.5.6	Proporção de crianças e adolescentes tratados em serviços residenciais comunitários
DEFINIÇÃO	Proporção de crianças e adolescentes entre os usuários tratados em <i>serviços residenciais comunitários</i>

ITEM 2.5.7	Leitos/vagas em serviços residenciais comunitários exclusivos para crianças e adolescentes
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>leitos/vagas</i> em <i>serviços residenciais comunitários</i> exclusivos para crianças e adolescentes

ITEM 2.6.4	Distribuição por gênero de pacientes tratados em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de mulheres tratadas em <i>hospitais psiquiátricos</i>
MEDIDA	Proporção; UN = desconhecido; NA = não se aplica
NUMERADOR	Número de mulheres tratadas em <i>hospitais psiquiátricos</i>
DENOMINADOR	Número total de pacientes tratados em <i>hospitais psiquiátricos</i>

Não temos o número de pessoas internadas, e sim de internações, por gênero, idade, diagnóstico, ou seja, uma mesma pessoa internada duas vezes no ano, será contada como duas internações.

ITEM 2.6.5	Diagnóstico de pacientes em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de pacientes tratados em hospitais psiquiátricos no último ano por categoria diagnóstica da CID-10
MEDIDA	1. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19) 2. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29) 3. Transtornos de humor (afeto) (F30-F39) 4. Transtornos neuróticos, relacionadas com o estresse e somatomorfos (F40-F48) 5. Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60-F69) 6. Outros (p.ex., epilepsia, transtornos mentais orgânicos, deficiência mental, transtornos comportamentais e emocionais com início na infância e na adolescência, transtornos do desenvolvimento psicológico) UN = desconhecido; NA = não se aplica)
NUMERADOR	Número de pacientes tratados em hospitais psiquiátricos para cada grupo diagnóstico
DENOMINADOR	Número total de pacientes tratados em hospitais psiquiátricos

A distribuição por diagnóstico se encontra no item “informações em epidemiologia e morbidade” do DATASUS, no qual se geram tabelas das internações por diagnóstico do Cid-10, mas sem diferenciação das internações em hospital psiquiátrico e das em hospital geral, dado importante para estudarmos o perfil de atendimentos nestes dois serviços, respondendo a questões como “o tempo de internação mais curto no HG do que no HP, pode ser explicado por perfis diferentes de pacientes?”.

ITEM 2.6.6	Internações involuntárias em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de internações involuntárias em <i>hospitais psiquiátricos</i>

Apesar das internações involuntárias serem de notificação obrigatória para o ministério público, ainda não há sistematicamente uma compilação de destes dados disponibilizada para a saúde.

ITEM 2.6.7	Pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de pacientes de longa permanência por duração de estadia em <i>hospitais psiquiátricos</i> , em 31 de dezembro do último ano
MEDIDA	1. Mais de 10 anos 2. 5-10 anos 3. 1-4 anos 4. Menos de 1 ano (UN = desconhecido; NA = não se aplica)

O Estado de São Paulo realizou em 2008 um censo de todos os pacientes de longa permanência no estado (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2008. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo). Iniciativas semelhantes são muito importantes e poderiam ser periódicas.

ITEM 2.6.10	Contenção e isolamento em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Porcentagem de pacientes <i>contidos ou isolados</i> pelo menos uma vez no

	último ano <i>em hospitais psiquiátricos</i>
MEDIDA	A = Mais de 20% dos pacientes contidos ou isolados B = 11-20% dos pacientes contidos ou isolados C = 6-10% dos pacientes contidos ou isolados D = 2-5% dos pacientes contidos ou isolados = 0-1% dos pacientes contidos ou isolados

Um levantamento periódico deste procedimento poderia ser um indicador útil da gravidade dos casos internados e da capacidade da equipe de contenção através de meios menos invasivos. A anotação em prontuário deste procedimento poderia ser obrigatória, seguindo um protocolo de contenção física e permitindo assim uma fiscalização das contenções físicas.

ITEM 2.6.12	Disponibilidade de leitos em hospitais psiquiátricos exclusivos para crianças e adolescentes
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>leitos em hospitais psiquiátricos</i> exclusivos para crianças e adolescentes

ITEM 2.7.3	Pacientes de longa permanência em unidades forenses
DEFINIÇÃO	Proporção de pacientes de longa permanência, por duração de estadia, em 31 de dezembro do ano anterior
MEDIDA	1. mais de 10 anos 2. 5-10 anos 3. 1-4 anos 4. Menos de 1 ano (UN = desconhecido; NA = não se aplica)
NUMERADOR	Número de pacientes por grupo de duração da estadia
DENOMINADOR	Número de pacientes existentes na unidade forenses em 31 de dezembro do ano anterior

Não temos acesso rotineiro aos dados dos pacientes internados nos hospitais de custódia e tratamento, nem da demanda por tratamento psiquiátrico na população carcerária (itens 5.3.6., 5.3.7. e 5.3.8.).

ITEM 2.8.1	Disponibilidade de "outros serviços residenciais"
DEFINIÇÃO	Número de " <i>outros serviços residenciais</i> " façam ou não parte do sistema de saúde, que prestam cuidados às pessoas com transtornos mentais, por tipo de serviço
MEDIDA	1. Serviços residenciais específicos para pessoas (de qualquer idade) com deficiência mental 2. Serviços residenciais específicos para menores de 18 anos de idade, com deficiência mental 3. Serviços residenciais específicos para pessoas com problemas de abuso de substâncias (incluindo o álcool) (p.ex. serviços de internação para desintoxicação) 4. Serviços residenciais específicos para pessoas com demência 5. Serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental mas cuja maioria de seus residentes, no entanto, tem transtornos mentais diagnosticáveis (p.ex. deficiência mental, abuso de substâncias, demência, epilepsia, psicose). Número; UN = desconhecido
NOTES	Exemplos de serviços residenciais na última categoria (#5) incluem serviços para os sem-teto ou indigentes, serviços de desintoxicação dirigidos por serviços sociais, serviços para viúvos, etc., que de fato estão sendo usados para abrigar pessoas com transtornos mentais diagnosticáveis pela CID-10.
ITEM 2.8.2	Número de vagas/leitos em "outros serviços residenciais"
DEFINIÇÃO	Número de vagas/leitos em " <i>outros serviços residenciais</i> " façam ou não parte do sistema de saúde, que prestam cuidados para pessoas com transtornos mentais, por tipo de serviço.
MEDIDA	1. Serviços residenciais específicos para pessoas (de qualquer idade) com deficiência mental 2. Serviços residenciais específicos para menores de 18 anos de idade, com deficiência mental 3. Serviços residenciais específicos para pessoas com problemas de abuso de substâncias (incluindo o álcool) (p.ex. serviços de internação para desintoxicação) 4. Serviços residenciais específicos para pessoas com demência 5. Serviços residenciais que não são, a rigor, serviços de saúde mental mas cuja maioria de seus residentes, no entanto, tem transtornos mentais diagnosticáveis (p.ex. deficiência mental, abuso de substâncias, demência, epilepsia, psicose). Número; UN = desconhecido; NA= não se aplica

Não temos nenhum dado nacional sobre estes estabelecimentos, nem uma fiscalização sistemática da qualidade do atendimento em saúde mental aos seus usuários, respeito aos direitos humanos, etc.

ITEM 2.9.1	Disponibilidade de intervenções psicossociais em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenções psicossociais em hospital psiquiátrico, no ano anterior
MEDIDA	A = nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%)

	E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido; NA= não se aplica
ITEM 2.9.2	Disponibilidade de intervenções psicossociais em unidades de internação na comunidade
DEFINIÇÃO	Porcentagem de pacientes que receberam uma ou mais intervenção psicossocial em unidades de internação psiquiátrica na comunidade, no ano anterior
MEDIDA	A = nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido; NA= não se aplica

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 2.9.3	Disponibilidade de intervenções psicossociais em ambulatórios psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Porcentagem de <i>usuários</i> que receberam uma ou mais intervenções psicossociais em <i>ambulatórios psiquiátricos</i> , no ano anterior
MEDIDA	A = nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido; NA=não se aplica

Temos o número de intervenções, mas como não temos o número de usuários que as receberam, perdemos este importante indicador.

ITEM 2.10.1	Disponibilidade de medicamentos nos hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção dos <i>hospitais psiquiátricos</i> , nos quais pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível durante o ano todo.
ITEM 2.10.2	Disponibilidade de medicamentos nas unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Proporção das <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i> nas quais pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível durante o ano todo.
ITEM 2.10.3	Disponibilidade de medicação nos serviços ambulatoriais
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>serviços ambulatoriais</i> nos quais, pelo menos um medicamento psicotrópico de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e anticonvulsivante) está disponível no serviço ou em uma farmácia nas redondezas, o ano todo.

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 2.11.2	Uso do ambulatório psiquiátrico por usuários rurais
DEFINIÇÃO	Uso proporcional dos serviços ambulatoriais psiquiátricos por <i>usuários</i> rurais em comparação com o tamanho relativo de sua população relativa.

MEDIDA	Em proporção ao tamanho de sua população relativa os <i>usuários</i> rurais são: A = Substancialmente sub-representados em termos da utilização de serviços ambulatoriais B = Razoavelmente bem representados em termos da utilização de serviços ambulatoriais C = Substancialmente super-representados em termos da utilização de serviços ambulatoriais UN =desconhecido; NA= não se aplica
NOTAS	• Use a definição de seu próprio país de população rural • No arquivo de registro de dados (a) indique a fonte de dados ou (b) marque a casa correspondente se a resposta for baseada na melhor estimativa possível.

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 2.11.3	Acesso aos serviços de saúde mental por usuários potenciais de minorias lingüística
DEFINIÇÃO	Porcentagem de serviços ambulatoriais de saúde mental que usa uma estratégia específica para garantir que estas minorias lingüísticas possam ter acesso aos serviços de saúde mental numa língua na qual eles sejam fluentes
MEDIDA	A = nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido; NA= não se aplica
NOTES	• As estratégias podem ser formais ou informais e podem incluir: (a) o fornecimento de serviços de tradutor/intérprete, (b) o escalonamento da equipe de maneira a garantir que pelo menos em uma hora determinada, uma pessoa de equipe, fluente na língua minoritária principal, esteja presente ou (c) providenciar treinamento em línguas minoritárias para a equipe, etc. • Exclui serviços onde não existem ou existem poucas pessoas com minoridade lingüística na população (p.ex. serviços para os quais a língua é irrelevante). • No arquivo de registro de dados (a) indique a fonte de dados ou (b) marque a casa correspondente se a resposta for baseada na melhor estimativa possível.

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 2.11.4	Uso dos ambulatorios psiquiátricos por grupos de minorias étnicas e religiosas
DEFINIÇÃO	Uso proporcional de ambulatorios psiquiátricos por grupos de minorias étnicas e religiosas em comparação ao tamanho relativo de suas populações
MEDIDA	Em proporção ao tamanho relativo de suas populações os usuários de minorias étnicas e religiosas são: A = Substancialmente sub-representados em termos da utilização de serviços ambulatoriais B = Razoavelmente bem representados em termos da utilização de serviços ambulatoriais

	C = Substancialmente super-representados em termos da utilização de serviços ambulatoriais UN = desconhecido; NA= não se aplica
ITEM 2.11.5	Internação de membros de minorias étnicas e religiosas em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção do número de internações em hospitais psiquiátricos de membros de minorias étnicas e religiosas em comparação com o tamanho relativo de suas populações
MEDIDA	Em proporção ao tamanho relativo de suas populações os membros de minorias étnicas e religiosas caracterizam: A = Uma proporção substancialmente grande de internações em hospitais psiquiátricos B = Uma proporção razoável de internações em hospitais psiquiátricos C = Uma proporção substancialmente menor de internações em hospitais psiquiátricos UN = desconhecido; NA= não se aplica

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 2.11.6	Diferenças entre serviços administrados pelo governo e serviços com fins lucrativos
DEFINIÇÃO	Em média, uma substancial diferença (p.ex. maior que 50%) entre os serviços administrados pelo governo e os serviços com fins lucrativos, em relação a certos indicadores
MEDIDA	1. Média de duração da lista de espera para uma consulta ambulatorial psiquiátrica não de emergência. 2. Média de duração em minutos de uma consulta com um psiquiatra. 3. Média de número de leitos por enfermeira em serviços de internação psiquiátrica S/N; UN = desconhecido; NA= não se aplica
NOTA	No arquivo de registro de dados (a) indique a fonte de dados ou (b) marque a casa correspondente se a resposta for baseada na melhor estimativa possível.

Nenhum levantamento nacional a respeito.

DOMÍNIO 3

SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

ITEM 3.1.1	Treinamento dos médicos durante o curso de graduação
DEFINIÇÃO	Proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental durante o curso de graduação <i>de médicos</i> .

Com mais de 80 escolas médicas no país, um levantamento dos currículos seria importante para a melhora quantitativa e qualitativa do ensino de assuntos relacionados à saúde mental no ensino médico.

ITEM 3.1.2	Programas de atualização para médicos de cuidados primários de saúde
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>médicos de cuidados primários de saúde</i> com no mínimo dois dias de <i>atualização em psiquiatria / saúde mental</i> no ano anterior.

ITEM 3.1.3	Protocolos de supervisão e de tratamento de cuidados médicos
-------------------	---

	primários de saúde por médicos
DEFINIÇÃO	Existência de protocolos de supervisão e de tratamento de condições-chave de saúde mental em clínicas médicas de cuidados primários de saúde.
MEDIDA	Protocolos estão disponíveis em: A = ausência de clínicas de cuidados primários de saúde sem médico (0%) B = em poucas (1 - 20%) clínicas de cuidados primários de saúde com médico C = em algumas (21 - 50%) clínicas de cuidados primários de saúde com médico D = na maioria (51 - 80%) das clínicas de cuidados primários de saúde com médico E = em todas ou quase todas (81 - 100%) as clínicas de cuidados primários de saúde com médico UN = desconhecido

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.1.4	Encaminhamentos entre médicos de cuidados primários de saúde e profissionais de saúde mental
DEFINIÇÃO	<i>Médicos de cuidados primários de saúde</i> , em tempo integral, que fazem em média ao menos um encaminhamento por mês a um profissional de saúde.
MEDIDA	A = nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.1.5	Interação de médicos de cuidados primários de saúde com serviços de saúde mental
DEFINIÇÃO	<i>Médicos de cuidados primários de saúde</i> que interagem com um profissional de saúde mental, ao menos mensalmente, no ano anterior
MEDIDA	A = nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.1.6	Prescrições por médicos de cuidados primários de saúde
DEFINIÇÃO	A regulamentação de saúde autoriza os <i>médicos de cuidados primários de saúde</i> a prescrever e/ou renovar a prescrição de medicamentos psicotrópicos.
MEDIDA	A = Não permite B = Os médicos de cuidados primários de saúde têm permissão de prescrever, mas com restrições (p.ex. não têm permissão para prescrever, mas podem renovar uma prescrição, ou têm permissão de prescrever apenas em emergências) C = Os médicos de cuidados primários de saúde têm permissão para

	prescrever sem restrições.
--	----------------------------

Existem regulamentações locais que exige do médico da atenção básica capacitação prévia para prescrição dos psicotrópicos distribuídos na rede, mas não temos informação de quantos municípios adotam este procedimento.

ITEM 3.1.7	Disponibilidade de medicamentos para pacientes de cuidados primários em locais de cuidados primários de saúde com médicos
DEFINIÇÃO	Clínicas de <i>cuidados primários de saúde com médicos</i> nas quais pelo menos um medicamento de cada classe terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador do humor, ansiolíticos e anticonvulsivante) se encontra disponível o ano todo.
MEDIDA	A = em nenhuma clínica (0%) B = em poucas clínicas (1 - 20%) C = em algumas clínicas (21 - 50%) D = na maioria das clínicas (51 - 80%) E = em todas ou quase todas as clínicas (81 - 100%) UN = desconhecido; NA= não se aplica

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.2.1	Treinamento de graduação para enfermeiros
DEFINIÇÃO	Proporção de horas de treinamento em nível de graduação dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental nas escolas de enfermagem.
ITEM 3.2.2	Treinamento para trabalhadores em cuidados primários de saúde não médicos / não enfermeiros em escolas profissionalizantes
DEFINIÇÃO	Proporção de horas de treinamento dedicadas a assuntos relacionados à psiquiatria e à saúde mental para <i>trabalhadores de cuidados primários de saúde, não médicos / não enfermeiros</i> , em colégios/escolas profissionalizantes.

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.2.3	Programas de atualização para enfermeiros de cuidados primários de saúde
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>enfermeiros de cuidados primários de saúde</i> com pelo menos dois dias de <i>atualização em psiquiatria/saúde mental</i> no ano anterior
ITEM 3.2.4	Programas de atualização para trabalhadores em cuidados primários de saúde não médicos/não enfermeiros
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>trabalhadores em cuidados primários de saúde não médicos/não enfermeiros</i> com no mínimo dois dias de <i>atualização em psiquiatria/saúde mental</i> , no ano anterior

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.2.5	Protocolos de supervisão e tratamento em cuidados primários de saúde sem médico
DEFINIÇÃO	Existência de protocolos de supervisão e de tratamento para condições-chave de saúde mental em <i>clínica de cuidados primários de saúde sem médico</i>
MEDIDA	Protocolos estão disponíveis em: A = nenhuma clínica de cuidados primários de saúde sem médico (0%)

	B = em poucas clínicas de cuidados primários de saúde sem médico (1 - 20%) C = em algumas clínicas de cuidados primários de saúde sem médico (21 - 50%) D = na maioria das clínicas de cuidados primários de saúde sem médico (51 - 80%) E = em todas ou quase todas as clínicas de cuidados primários de saúde sem médico (81 - 100%) UN = desconhecido
--	---

Não existem protocolos nacionais de supervisão e de tratamento para condições-chave de saúde mental, mas pode haver localmente.

ITEM 3.2.6	Encaminhamentos de saúde mental entre locais de cuidados primários de saúde sem médico e locais de cuidados mais complexos
DEFINIÇÃO	Fornecedores de cuidados em tempo integral em <i>clínicas não médicas de cuidados primários de saúde</i> que fizeram pelo menos um encaminhamento de saúde mental para local de cuidados mais complexos por mês.
MEDIDA	A =nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN =desconhecido

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.3.1	Interação de clínicas de cuidados primários de saúde com médico com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional.
DEFINIÇÃO	<i>Clínicas médicas de cuidados primários de saúde</i> que interagiram com <i>praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional</i> ao menos uma vez, no ano anterior
MEDIDA	A =nenhuma (0%) B = poucas (1 - 20%) C = algumas (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todas ou quase (81 - 100%) UN =desconhecido; NA= não se aplica

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.3.2	Interação de clínicas de cuidados primários de saúde sem médico com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional
DEFINIÇÃO	<i>Clínicas de cuidados primários de saúde sem médico</i> que interagiram com <i>praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional</i> ao menos uma vez, no ano anterior
MEDIDA	A =nenhuma (0%) B = poucas (1 - 20%) C = algumas (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todas ou quase (81 - 100%) UN =desconhecido; NA= não se aplica

Nenhum levantamento nacional a respeito.

ITEM 3.3.3	Interação de serviços de saúde mental com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional
DEFINIÇÃO	<i>Serviços de saúde mental de saúde que interagiram com praticantes de medicina complementar/alternativa/tradicional ao menos uma vez, no ano anterior</i>
MEDIDA	A =nenhuma (0%) B = poucas (1 - 20%) C = algumas (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todas ou quase (81 - 100%) UN =desconhecido; NA= não se aplica

Nenhum levantamento nacional a respeito.

DOMÍNIO 4 RECURSOS HUMANOS

ITEM 4.1.1	Recursos humanos em serviços de saúde mental per capita
DEFINIÇÃO	Número de recursos humanos, por profissão, trabalhando em ou para serviços de saúde mental ou prática privada, por 100.000 habitantes
MEDIDA	Taxa por 100.000 habitantes; UN = desconhecido
NUMERADOR	1. <i>psiquiatras</i> 2. Outros <i>médicos</i> , não especializados em psiquiatria, 3. <i>enfermeiros</i> 4. <i>psicólogos</i> 5. <i>Assistentes sociais</i> 6. <i>Terapeutas ocupacionais</i> 7. <i>Outros trabalhadores de saúde ou saúde mental</i> (incluindo auxiliares, <i>trabalhadores não médicos de cuidados primários de saúde</i> , assistentes sanitários, técnicos em medicina, conselheiros psicossociais, profissionais e paraprofissionais)

Não temos o número de profissionais em consultório particular. Não sabemos o número de médicos não psiquiatras trabalhando nos serviços de saúde mental (apenas o número de clínicos trabalhando em CAPS). O número de enfermeiros registrados no CNES como especializados em enfermagem psiquiátrica é extremamente pequeno, e não temos o número efetivo de profissionais com algum tipo de formação na área trabalhando nos serviços. Nos hospitais e ambulatorios gerais, não temos a distinção entre o número de enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais trabalhando nas unidades de psiquiatria, e o número que trabalha em outras áreas.

ITEM 4.1.2	Psiquiatras que trabalham em vários setores de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>psiquiatras</i> que trabalham em vários setores da saúde mental
NUMERADOR	1. Número de <i>psiquiatras</i> que trabalham apenas em ou para serviços de saúde mental administrados pelo governo 2. Número de <i>psiquiatras</i> que trabalhando apenas em ou para ONG's de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada 3. Número de <i>psiquiatras</i> que trabalhando em ou para tanto (a)

	serviços de saúde mental administrados pelo governo como (b) ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada (p.ex. esta categoria se aplica a <i>psiquiatras</i> com duplo vínculo empregatício, ou seja, que combinam o trabalho em serviços de saúde mental administrados pelo governo com o trabalho em um dos outros setores mencionados).
--	---

ITEM 4.1.3	Psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais que trabalham em vários setores de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais</i> que trabalham em ou para vários setores de saúde mental
NUMERADOR	1. número de <i>psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais</i> que trabalhando apenas em ou para serviços de saúde mental administrados pelo governo 2. número de <i>psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais</i> trabalhando somente em ou para ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada 3. número de <i>psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais</i> que trabalham em ou para tanto (a) services de saúde mental administrados pelo governo como em ou para (b) ONGs de saúde mental /serviços de saúde mental com fins de lucro / prática privada (p.ex. esta categoria se aplica a <i>psiquiatras</i> com duplo vínculo empregatício, ou seja, que combinam o trabalho em serviços de saúde mental administrados pelo governo e o trabalho em um dos outros setores mencionados).

ITEM 4.1.4	Pessoal que trabalha em ou para serviços ambulatoriais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Número de profissionais que trabalham em período integral ou meio período em ou para serviços ambulatoriais psiquiátricos
MEDIDA	1. psiquiatras 2. outros médicos, não especializados em psiquiatria, 3. enfermeiros 4. psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, 5. outros trabalhadores de saúde ou saúde mental Número; UN = desconhecido

ITEM 4.1.5	Pessoal que trabalha em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Número de profissionais de saúde mental que trabalha em tempo integral ou parcial em <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade por leito</i>
MEDIDA	Número por leito; UN=desconhecido; NA= não se aplica
NUMERADOR	1. <i>psiquiatras</i> 2. outros <i>médicos</i>, não especializados em psiquiatria, 3. <i>enfermeiros</i> 4. <i>psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais</i> 5. <i>outros trabalhadores de saúde e de saúde mental</i>

Pudemos obter, de forma indireta, uma estimativa dos psiquiatras e psicólogos que trabalham no hospital geral, pressupondo que todos estão trabalhando na unidade de internação, o que sabemos que está superestimado.

ITEM 4.1.8	Enfermeiros que trabalham em ou para serviços de saúde mental na maior cidade ou em seus arredores
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>enfermeiros</i> que trabalham em serviços de saúde mental localizados na maior cidade do país ou em seus arredores.

Não sabemos o número de enfermeiros trabalhando com saúde mental nos ambulatórios e hospitais gerais.

ITEM 4.2.1	Profissionais graduados no ano anterior
DEFINIÇÃO	Número de profissionais graduados no ano anterior em instituições acadêmicas e educacionais, por 100.000 habitantes
MEDIDA	Taxa por 100.000 habitantes; UN=desconhecido, NA= não se aplica
NUMERADOR	1. <i>Médicos</i> 2. <i>Enfermeiros</i> 3. <i>Psiquiatras</i> 4. Psicólogos, com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental 5. Enfermeiros com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental 6. Assistentes sociais com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental 7. Terapeutas ocupacionais com no mínimo um ano de formação em cuidados de saúde mental

Em especial para enfermeiros e assistentes sociais, não sabemos o número com formação em cuidados de saúde mental.

ITEM 4.2.2	Cursos de atualização em uso racional de medicamentos psicotrópicos para o pessoal de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção do pessoal de saúde mental que trabalha em ou para serviços de saúde mental com no mínimo dois dias de curso de atualização no uso racional de medicamentos psicotrópicos no ano anterior.
MEDIDA	1. <i>psiquiatras</i> 2. <i>outros médicos, não especializados em psiquiatria,</i> 3. <i>enfermeiros</i> 4. <i>outros trabalhadores de saúde mental</i> (UN = desconhecido; NA= não se aplica)

ITEM 4.2.3	Cursos de atualização em intervenções psicossociais (não biológicas) para o pessoal de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção do pessoal de saúde mental que trabalha em ou para serviços de saúde mental com no mínimo dois dias de curso de atualização em intervenções psicossociais (não biológicas), no ano anterior.
MEDIDA	Proporção por papel profissional: 1. <i>psiquiatras</i> 2. <i>outros médicos, não especializados em psiquiatria,</i> 3. <i>enfermeiros,</i> 4. <i>psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais,</i> 5. <i>outros trabalhadores de saúde ou de saúde mental</i> (UN = desconhecido; NA= não se aplica)

ITEM 4.2.4	Curso de atualização em saúde mental de crianças e adolescentes para o pessoal de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção de equipe de saúde mental que trabalha em ou para serviços de saúde mental com no mínimo dois dias de curso de atualização em saúde mental de crianças e adolescentes, no ano anterior.
MEDIDA	1. <i>psiquiatras</i> 2. <i>outros médicos</i>, não especializados em psiquiatria, 3. <i>enfermeiros</i> 4. <i>psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais</i>, 5. <i>outros trabalhadores de saúde ou de saúde mental</i> (UN =desconhecido; NA= não se aplica)

ITEM 4.2.5	Psiquiatras que emigraram para outros países
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>psiquiatras</i> que emigraram para outros países num prazo de 5 anos após completar a formação
MEDIDA	A= nenhum (0%) B = poucos (1 - 20%) C = alguns (21 - 50%) D = a maioria (51 - 80%) E = todos ou quase todos (81 - 100%) UN = desconhecido; NA = não se aplica (p.ex. nenhum psiquiatra completou a formação nos últimos 5 anos)

ITEM 4.3.1	Membros de associações de usuários/consumidores
DEFINIÇÃO	Número total de <i>usuários/consumidores</i> que são membros das associações de <i>consumidores</i>
ITEM 4.3.2	Membros de associações de familiares
DEFINIÇÃO	Número total de familiares que são membros de associações de familiares.

Não há um levantamento nacional a respeito. As associações brasileiras de usuários e familiares são freqüentemente abertas a ambas categorias e ainda contam com a participação de técnicos de saúde mental e seu corpo de associados.

ITEM 4.3.3	Suporte econômico governamental para iniciativas de usuários/consumidores
DEFINIÇÃO	O Governo fornece apoio econômico para iniciativas de saúde mental de associações de <i>usuários/consumidores</i>
MEDIDA	S/N; UN = desconhecido
ITEM 4.3.4	Apoio econômico governamental para iniciativas de familiares
DEFINIÇÃO	O Governo fornece apoio econômico para iniciativas de saúde mental de associações de <i>familiares</i>
MEDIDA	S/N; UN =desconhecido

Não temos uma prestação de contas do apoio econômico para estas iniciativas.

ITEM 4.4.1	Associações de usuários/consumidores e políticas, planos ou legislação de saúde mental
DEFINIÇÃO	Envolvimento de associações de <i>usuários/consumidores</i> na formulação ou implementação de políticas, planos ou legislação de saúde mental, nos últimos 2 anos
MEDIDA	S/N; UN = desconhecido; NA = não se aplica

ITEM 4.4.2	Envolvimento das associações de familiares em políticas, planos ou legislação de saúde mental
DEFINIÇÃO DEFINITION	Envolvimento de associações de <i>familiares</i> na formulação ou implementação de políticas, planos ou legislação de saúde mental, nos últimos 2 anos
MEASURE	S/N; UN =desconhecido ; NA = não se aplica

Em nossa pequena enquete à 10 associações de usuários e familiares 6 responderam que não tiveram participação e 4 que sim,mostrando que há grande variação nesta participação e que não sabemos o numero de associações participantes nem o porque da não participação de parte das associações.

ITEM 4.4.3	Interação dos serviços de saúde mental com associações de usuários/consumidores
DEFINIÇÃO	Serviços de saúde mental que interagiram com associações de <i>usuários/consumidores</i> no ano anterior
MEDIDA	A = sem interação (0% dos serviços) B = poucos serviços interagiram (1 a 20% dos serviços) C = alguns serviços interagiram (21-50% dos serviços) D = a maioria dos services interagiu (51-80% dos serviços) E = todos ou quase todos os serviços interagiram (81-100% dos serviços) UN = desconhecido; NA= Não há associações de <i>usuários/consumidores</i>
ITEM 4.4.4	Interação dos serviços de saúde mental com associações de familiares
DEFINIÇÃO	Serviços de saúde mental que interagiram com associações de <i>familiares</i> no ano anterior
MEDIDA	A = sem interação (0% dos serviços) B = poucos serviços interagiram (1 a 20% dos serviços) C = alguns serviços interagiram (21-50% dos serviços) D = a maioria dos services interagiu (51-80% dos serviços) E = todos ou quase todos os serviços interagiram (81-100% dos serviços) UN = desconhecido; NA= Não há associações de <i>familiares</i>
ITEM 4.4.5	Envolvimento das associações de usuários/consumidores em atividades de assistência individual e comunitária
DEFINIÇÃO	Número de associações de <i>usuários/consumidores</i> envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio,etc.)
ITEM 4.4.6	Envolvimento das associações de familiares em atividades de assistência individual e comunitária
DEFINIÇÃO	Número de associações de <i>familiares</i> envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio, etc.)

Todos estes itens foram respondidos por estimativas, sem embasamento em um levantamento nacional das relações das associações com os serviços de saúde metal e com a assistência.

ITEM 4.4.7	Outras ONGs envolvidas em políticas, legislação ou promoção da causa da saúde mental
DEFINIÇÃO	Número de outras ONGs envolvidas em políticas, legislação ou promoção da causa da saúde mental.
MEDIDA	Número; UN = desconhecido; NA= não se aplica
NOTAS	“Outras ONGs” refere-se a organizações não governamentais que conduzem atividades relacionadas à saúde mental e empregam, no

	mínimo, uma pessoa (que é um trabalhador de saúde mental) em tempo integral. Exemplos deste tipo de ONGs podem incluir: centros que fornecem cuidados para sobreviventes de estupro, albergues para pessoas sem abrigo, centros especializados em transtornos específicos, pensões protegidas para mulheres espancadas. • “Promoção da causa da saúde mental” (<i>advocacy</i>) refere-se à várias ações que visam mudar as principais barreiras estruturais e atitudes que impedem uma boa saúde mental. Usualmente inclui a promoção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, os esforços para reduzir o estigma e a discriminação e uma melhor atenção às necessidades de saúde mental e os direitos da população em geral.
--	--

ITEM 4.4.8	Outras ONGs envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária
DEFINIÇÃO	Número de outras ONGs envolvidas em atividades de assistência individual e comunitária (p.ex. aconselhamento, alojamento, grupos de apoio, etc.)

DOMÍNIO 5

EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO E VÍNCULOS COM OUTROS SETORES

ITEM 5.1.2	Agências promotoras de educação da população e de campanhas de conscientização sobre a saúde mental
DEFINIÇÃO	Agências, instituições ou serviços que promoveram <i>campanhas de educação da população e de conscientização</i> sobre a saúde e os transtornos mentais nos últimos cinco anos
MEDIDA	1. Agências governamentais (p.ex. Ministério da Saúde ou Departamento de serviços de saúde mental) (S/N; UN = desconhecido) 2. ONGs (S/N; UN = desconhecido) 3. Associações profissionais (S/N; UN = desconhecido) 4. Fundações e outros grupos privados (S/N; UN = desconhecido) 5. Agências internacionais (S/N; UN = desconhecido)
ITEM 5.1.3	Populações alvo por educação específica e campanhas de conscientização sobre a saúde mental
DEFINIÇÃO	<i>Educação da população e campanhas de conscientização</i> sobre a saúde mental visando a população geral e grupos específicos na população geral, nos últimos cinco anos
MEDIDA	Existência de campanhas tendo como alvo: 1. A população geral (S/N; UN = desconhecido). 2. Crianças (S/N; UN = desconhecido). 3. Adolescentes (S/N; UN = desconhecido). 4. Mulheres (S/N; UN = desconhecido). 5. Sobreviventes de traumas (S/N; UN = desconhecido). 6. Grupos étnicos (S/N; UN = desconhecido). 7. Outros grupos vulneráveis ou minoritários (S/N; UN = desconhecido).

Não temos um registro destas campanhas locais ou nacionais.

ITEM 5.1.4	Grupos profissionais aos quais foram dirigidos programas específicos de educação e campanhas de conscientização sobre a saúde mental
DEFINIÇÃO	<i>Educação pública e campanhas de conscientização</i> dirigidas a profissionais ligados ao setor de saúde, nos últimos cinco anos
MEDIDA	Existência de campanhas dirigidas a: 1. Provedores de cuidados de saúde (convencionais; modernos; alopáticos) (S/N; NA= não se aplica; UN = desconhecido). 2. Setor complementar/alternativo/tradicional (S/N; NA= não se aplica; UN = desconhecido). 3. Professores (S/N; NA= não se aplica; UN = desconhecido). 4. Pessoal de serviços sociais (S/N; NA= não se aplica; UN = desconhecido). 5. Líderes e políticos (S/N; NA= não se aplica; UN = desconhecido). 6. Outros grupos profissionais ligados ao setor da saúde (S/N; NA= não se aplica; UN = desconhecido).

Não temos um registro destas campanhas locais ou nacionais que permita um levantamento.

ITEM 5.3.1	Disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves
DEFINIÇÃO	Disposições relativas ao emprego para pessoas com transtornos mentais graves, através de atividades alheias ao serviço de saúde mental
MEDIDA	Os usuários têm acesso a programas que lhes fornecem emprego externo em: A= nenhum serviço de saúde mental (0%) B = poucos serviços de saúde mental (1-20%) C = alguns serviços de saúde mental (21-50%) D = muitos serviços de saúde mental (51%-80%) E = todos ou quase todos serviços de saúde mental (81%-100%) UN = desconhecido

Não temos uma estimativa destas ações. Avaliações dos CAPS, em curso no último ano poderão auxiliara a termos uma estimativa, mas estes dados ainda não estão disponíveis.

ITEM 5.3.3	Atividades de promoção e de prevenção em escolas primárias e secundárias
DEFINIÇÃO	Atividades escolares para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais
MEDIDA	Há atividades de promoção e prevenção em: A= nenhuma escola primária ou secundária (0%) B = poucas escolas primária ou secundária (1%-20%) C = algumas escolas primária ou secundária (21%-50%) D = muitas escolas primária ou secundária (51%-80%) E = todas ou quase todas escolas primária ou secundária (81%-100%) UN = desconhecido
NOTAS	• Atividades de promoção e de prevenção incluem todas as atividades organizadas com objetivo de promover a saúde mental e/ou de prevenir a ocorrência de transtornos mentais, bem como a sua progressão. Exemplos de atividades incluem as que tem como objetivo melhorar (a) as habilidades sociais, (b) a comunicação emocional,(c) o manejo do estresse, e (d) as habilidades para lidar com as adversidades.

	No arquivo de registro de dados (a) indique a fonte de dados ou (b) marque a casa correspondente se a resposta for baseada na melhor estimativa possível.
ITEM 5.3.4	Atividades educacionais com policiais
DEFINIÇÃO	Participação de policiais em <i>atividades educacionais</i> sobre a saúde mental, nos últimos 5 anos
MEDIDA	A= nenhum policial (0%) B = poucos policiais (1%-20%) C = alguns policiais (21%-50%) D = muitos policiais (51%-80%) E = todos ou quase todos policiais (81%-100%) UN = desconhecido
ITEM 5.3.5	Atividades educacionais com juizes e advogados
DEFINIÇÃO	Participação de juizes e advogados em <i>atividades educacionais</i> sobre a saúde mental, nos últimos 5 anos
MEDIDA	A= nenhum juiz ou advogado (0%) B = poucos juizes e advogados (1%-20%) C = alguns juizes e advogados (21%-50%) D = muitos juizes e advogados (51%-80%) E = todos ou quase todos juizes e advogados (81%-100%) UN = desconhecido

Não temos uma estimativa destas ações.

ITEM 5.3.6	Pessoas com psicose em prisões
DEFINIÇÃO	Porcentagem de prisioneiros com psicose
MEDIDA	A = menos de 2% B = 2-5 % C = 6-10% D = 11-15% E = mais que 15% UN=desconhecido, NA= não se aplica
ITEM 5.3.7	Pessoas com deficiência mental em prisões
DEFINIÇÃO	Porcentagem de prisioneiros com deficiência mental
MEDIDA	A = menos que 2% B = 2-5 % C = 6-10% D = 11-15% E = mais que 15% UN=desconhecido, NA=não se aplica

Ribeiro et al, (2009)⁴⁰ realizaram recentemente um estudo de prevalência de transtornos mentais em uma amostra da população carcerária do estado de São Paulo, que se mostrou bastante alta, mas não há outros estudos a respeito no país.

¹ Ribeiro, W.S., Quintana, M.I., Higashi, M.K., Taborda, J.G.V., Mari, J.J., Andreoli, S.B. (2009). *Uma avaliação preliminar da prevalência de transtornos mentais em uma amostragem representativa de população carcerária do Estado de São Paulo*. Artigo submetido à publicação.

ITEM 5.3.8	Cuidados de saúde mental de prisioneiros
DEFINIÇÃO	Prisões com no mínimo um prisioneiro por mês em tratamento com um profissional de saúde mental, dentro ou fora da prisão (na comunidade).
	A = nenhuma prisão (0%) B = poucas prisões (1 - 20%) C = algumas prisões (21 - 50%) D = a maioria prisões (51 - 80%) E = todas ou quase todas prisões (81 - 100%) UN = desconhecido

ITEM 5.3.9	Benefício da previdência/bem estar social
DEFINIÇÃO	Proporção de pessoas que recebem benefício da previdência/bem estar social devido a uma incapacidade decorrente de um transtorno mental.

Este dado não está acessível de forma rotineira.

DOMINIO 6 MONOTORIZAÇÃO E PESQUISA

ITEM 6.1.2	Sistema de informação de saúde mental em hospitais psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>hospitais psiquiátricos</i> que rotineiramente colhem e compilam dados, por tipo de informação
MEDIDA	1. Número de leitos 2. Número de internações 3. Dias de permanência no hospital 4. Número de admissões involuntárias 5. Número de usuários contidos fisicamente ou isolados 6. Diagnósticos UN = desconhecido; NA = não se aplica (p.ex. não há hospitais psiquiátricos)
ITEM 6.1.3	Sistema de informação de saúde mental em unidades de internação psiquiátrica na comunidade
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>unidades de internação psiquiátrica na comunidade</i> que rotineiramente colhem e compilam dados, por tipo de informação
MEDIDA	1. Número de leitos 2. Número de internações 3. Dias de permanência no hospital 4. Número de admissões involuntárias 5. Número de usuários contidos fisicamente ou isolados 6. Diagnósticos 7. UN = desconhecido; NA = não se aplica (p.ex. não há hospitais psiquiátricos)

Os hospitais particulares estão fora da colheita rotineira de dados do DATASUS. O número de admissões involuntárias e o número de usuários contidos fisicamente ou isolados não são compilados pelo ministério da saúde.

ITEM 6.1.4	Sistema de informação de saúde mental em ambulatórios psiquiátricos
DEFINIÇÃO	Proporção de <i>ambulatórios psiquiátricos</i> que rotineiramente colhem e compilam dados, por tipo de informação
MEDIDA	1. Número de <i>usuários</i> tratados 2. Número de contactos de <i>usuários</i> 3. Diagnósticos UN =desconhecido ; NA = não se aplica
NUMERADOR	Número de <i>serviços de ambulatório de saúde mental</i> que rotineiramente colhem e compilam dados (para cada tipo de informação)

Os ambulatórios enviam dados do numero de atendimento mas não as informações mencionadas acima. Os CAPS enviam os dados mencionados, através das Autorizações para procedimento de alto custo (APAC).

ITEM 6.1.5	Envio de dados dos serviços de saúde mental
DEFINIÇÃO	Proporção dos serviços de saúde mental dos quais o departamento sanitário governamental recebeu dados no ano anterior
MEDIDA	1. Hospitais psiquiátricos 2. Unidades de internação psiquiátrica na comunidade 3. Ambulatórios psiquiátricos UN =desconhecido; NA = não se aplica

Apenas recebidos dados dos serviços públicos ou prestadores conveniados ao SUS.

ITEM 6.2.1	Profissionais envolvidos em pesquisa em saúde mental
DEFINIÇÃO	Profissionais de saúde mental que trabalham em serviços de saúde mental, que nos últimos 5 anos, têm estado envolvidos em pesquisa de saúde mental, como investigador ou co-investigador (incluindo teses e dissertações) 1. <i>psiquiatras</i> que trabalham em serviços de saúde mental 2. <i>enfermeiros</i> que trabalham em serviços de saúde mental 3. <i>psicólogos</i> que trabalham em serviços de saúde mental 4. <i>assistentes sociais</i> que trabalham em serviços de saúde mental
MEDIDA	Porcentagem de profissionais envolvidos, por categoria profissional: A = nenhum (0%) B = poucos (1-20%) C = alguns (21%-50%) D = a maioria (51%-80%) E = todos ou quase todos (81%-100%) UN =desconhecido

Não temos levantamento sobre este dado, nem de quantas pesquisas em saúde forma realizadas em serviços da rede de atendimento em saúde mental no país.

Referências

- Akerman, M., Nadanovsky, P. (1992). *Avaliação dos Serviços de Saúde - Avaliar o Quê?* Cadernos de Saúde Pública. 8(4): 361-365.
- Amarante, P. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Andreoli, S.B., Almeida-Filho, N., Martin, D., Mateus, M.D., Mari, J.J. (2007). *Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 29 (1): 43-6.
- Bachrach, L. L. (1980). Overview: Model Programs for Chronic Mental Patients. *American Journal of Psychiatry*. 137(9): 1023-1031.
- Bachrach, L.L., Clark, G.H. (1996). *The first 30 Years: A Historical Overview of Community mental Health*. In *Practicing psychiatry in the Community: A Manual*. Clark, G.H., Vaccaro, J.V. (ed). Washington. American Psychiatry publishing.
- Bandeira, M., et al, (2002). *Escala de avaliação da satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental: SATIS-BR*. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 51(3): 153-166.
- Basaglia F. (1980). *A Psiquiatria Alternativa*. Conferências no Brasil. São Paulo. Brasil Debates.
- Becker, T., Vazquez barquero, J.L. (2001). *The European Perspective of Psychiatric Reform*. *Acta Psychiatr Scand*. 104 (Suppl. 410): 8–14.
- Biblioteca Virtual de Saúde - Glosario del sistema de ciencia e innovación tecnológica. Disponível em [http://www.bvsct.sld.cu/html/es/glosario.html] [citado 2009 Maio 15]
- Borges, C.F., Baptista, T.W.F. (2008). *O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004*. *Cad. Saúde Pública*. 24 (2): 456-468.
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009a). *Constituição da república Federativa do Brasil – 1988*. Disponível em: [http://www2.camara.gov.br/legislacao/publicacoes/constituicao1988.html] [citado 2009 Maio 15]
- Brasil. Câmara dos Deputados (2009b). *Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990*. Disponível em: [http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ide Norma=365093&PalavrasDestaque=] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Câmara dos Deputados (2009c). Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. Disponível em:
[<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=585004&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Câmara dos Deputados (2009d). Decreto nº 24.559, de 03 de Julho de 1934. Disponível em:
[<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=515889&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Câmara dos Deputados (2009e). Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989. (Deputado Paulo Delgado). Disponível em:
[<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Câmara dos Deputados (2009f). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em:
[<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=364458&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Câmara dos Deputados (2009g). Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Disponível em:
[<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=366031&PalavrasDestaque=>] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. (2009). Minuta do edital mct/cnpq/ct-saúde/ms/sctie/decit nº 33/2008. Disponível em:
[<http://www.funtec.org.br/2008/SETEMBRO/033%20-%20SA%DADE%20MENTAL%20-%20CNPq.pdf>] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2002). Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília. Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004. 5ª ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília. OPAS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005c). Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005d). Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). Anuário de saúde 2001. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm]

Brasil. Ministério da saúde. (2009b). Portaria SAS / MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da saúde. (2009c). Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da Saúde. (2009d). Apresentação do NASF. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/folder_nasf.pdf] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da Saúde. (2009e). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da Saúde. (2009f). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br] [citado 2009 Maio 15]

Brasil, Ministério da Saúde. (2009g). Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da Saúde. (2009h). Portaria nº 988 de 17 de Dezembro de 2002. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-988.htm] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da Saúde. (2009i). Saúde mental em Dados 5, informativo eletrônico, Outubro de 2008. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério da Saúde. (2009j). O que é o Cartão Nacional de Saúde. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=944] [citado 2009 Maio 15]

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2009). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>] [citado 2009 Maio 15]

Buss, P.M. (1995). *Saúde e desigualdade: O Caso do Brasil*. In: Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças. Buss, P.M., Labra, M.E. (ed). Rio de Janeiro. Fiocruz e Editora Hucitec.

Campos, G.W.S. (1999). *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2): 393-403.

Campos, G.W.S. (2008). *SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde*. BIS – Boletim do Instituto de Saúde, Edição Especial de 20 anos do SUS. pág 36-38.

Campos, G.W.S., Amaral, M.A. (2007). *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. Ciência & Saúde Coletiva. 12 (4): 849-859.

Canadá, Minister of Public Works and Government Services. (2009). Best Practices in Mental Health Reform. Disponível em; [http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/bp_review/index-eng.php] [citado 2009 Maio 15]

Caplan, G. (1980). Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro, Zahar.

Carreiro L.F., Euvedeira, I., Nassirios, A.P., Rodrigues, E.M.D., Viegas Jr., D. (2009). *De portas abertas: uma experiência de atendimento em saúde mental*. Disponível em: [<http://www.interpsic.com.br/saladeleitura/textos/portasabertas-index.html>] [citado 2009 Maio 15]

Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. São Paulo. Atheneu.

Chile. Ministerio de Salud. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatria. Santiago do Chile. Mimeo.

Clark, D.H.,(1973). *Psiquiatria administrativa. Los roles em la comunidad terapêutica*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

Conselho federal de psicologia. (2009). Manifesto contra a eletroconvulsoterapia. Disponível em: [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/debates/direitos_humanos/direitos_humanos_041007_0069.html] [citado 2009 Maio 15]

Cooper, B. (2003). *Evidence-based mental health policy: a critical appraisal*. British Journal of Psychiatry, 183, 105-113.

Cooper, D. (1985). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo. Editora Perspectiva.

Costa, J.F. (2001). *História da Psiquiatria no Brasil*, 5ª ed. Rio de Janeiro. Editora Garamond.

Delgado, P.G. (2001). *Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil*. In: Tundis et al. (orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes.

Delgado, P.G., (2007). *A redução de leitos não significou redução do Financiamento para a saúde mental no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 29 (2): 188-99.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A. (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press.

Dinitz, S., Beran, N. (1971). *Community mental health as a boundaryless and boundary-busting system*. Journal of Health Social Behavior. 12: 99-108.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford. Oxford University Press.

EY, H., BERNARD, P., BRISSET, B. (1985). *Manual de Psiquiatria*. Trad. Geraldes, P.C., Ioannides, S. São Paulo. Editora Masson. Pág. 1179-1187.

Ferraz, M.P.F., Moraes, M.F.L. (1985). *Política de Saúde Mental: Revisão dos Dois Últimos Anos*. Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental. 45 (1): 11-22.

Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios (2008). *Fórum Social por uma Sociedade sem Manicômios: apontamentos e reflexões sobre os 20 anos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*. Boletim do Instituto de Saúde, 45: 49-52.

Foucault, M., (1989). *História da Loucura na Idade Clássica*. 2ª ed. São Paulo. Editora Perspectiva.

França, J. (2006). *Erro na Política de Saúde Mental*. Artigo publicado no Jornal O Globo, em 20 de julho de 2006.

Furtado, J.P., (2006). *Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS*. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):785-795.

Gentil, V. (1999). *O Projeto de 1989 e os Substitutos Iniciais*. Revista USP. 43; 6-23.

Girolano, G. (1989). *Italian Psychiatry and Reform Law: A Review of the International literature*. The International Journal of Social psychiatry. 35(1): 21-37.

Girolano, G., Bassi, M., néri, G, ruggeri, M., Santore, G., Picardi, A. (2007). *The Current State of Mental Health Care in Italy: Problems, Perspectives, and Lessons to Learn*. European archives of Psychiatry Clinic and Neuroscience. 257: 83-91.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New york. Anchor Books.

Goffman, K., Joy, D. (2004). *Contracultura através dos tempos: do mito de Prometeu à cultura digital*. Trad. Alexandre Martins. Rio de janeiro. Ediouro.

Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, Editora Te-Corá / Instituto Franco Basaglia.

Goldman, H.H., Thelander, S., Westrin, C. (2000). *Organizing mental health services: An Evidence-Based Approach*. The Journal of Mental Health Policy and Economics. 3: 69-75.

Grob, G.N. (2008). *Mental health policy in the liberal state: the example of the United States*. International Journal of Law and psychiatry. 31: 89-100.

Hamid, H., Abanilla, K., Bautaa B., Huanga, K. (2008a). *Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries*. Bulletin of the World Health Organization. 86 (7):467–473.

Hamid, H., Abanilla, K., Bautaa B., Huanga, K. (2008b). *Author reply to: Evaluation of the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems*. Bulletin of the World Health Organization | September, 86 (9).

Harvey Whiteford, H., Thompson, I., Casey, D. (2000). *The Australian Mental Health System*. International Journal of Law and Psychiatry. 23 (3–4): 403–417.

Holland, W. (1993) *Evaluation of Health Care*. Oxford. Oxford University Press.

Horton R., (2007). *Launching a new movement for mental health*. Lancet. 370 (9590): 806.

Institute of Medicine. (2001). *Neurological, psychiatric, and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world*. Washington, DC: National Academy Press.

Jatene, A.D. (2008). *Financiamento da Saúde*. BIS – Boletim do Instituto de Saúde, Edição Especial de 20 anos do SUS: 33-35.

Johnson, S., Prosser, D., Bindman, J., Szmukler, G. (1997). *Continuity of care for The Severely mentally Ill: Concepts and measures*. Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 32: 137-142.

Jones, K., Poletti, A. (1986). *The Italian Experience in Mental Health Care*. Hospital and Community Psychiatry. 37(8): 795-802.

Jorge, M.R., França, J. (2001). *A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 23 (1): 3-6.

Knapp ,M., Chisholm ,D., Leese, M., Amaddeo, F., Tansella, M., Schene, A. et al. (2002). *Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study*. Acta Psychiatr Scand. 105(1): 42 – 54.

Knapp M, Beecham J, Anderson J, Dayson D, Leff J, Margolius O, et al. (1990). *The TAPS project. 3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals*. British Journal of Psychiatry. 157: 661-70.

Koda, M.Y., Fernandes, M.I.A. (2007). *A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial*. Cad. Saúde Pública. 23 (6): 1455-1461.

Kohn R., et al. (2004). *The treatment gap in mental health care*. Bull World Health Organ 82:858–866

Kraudy, E., Liberati, A., Asioli, Saraceno, B., Tognoni, G. (1987). *Organization of Services and Pattern of Psychiatric Care in Nicaragua: result of a Survey in 1986*. Acta Psychiatrica Scandinava. 76: 545-551.

Kuno, E., Asukai, N. (2000). *Efforts toward Building a Community-Based Mental Health System in Japan*. International Journal of Law and Psychiatry, 23, (3-4): 361–373.

Laing, R.D. (1979). *A Psiquiatria em Questão*. Lisboa. Editorial Presença.

Lancet Global Mental Health Group. (2007). *Scale up services for mental disorders: a call for action*. Lancet 370 (9594): 1241-52.

Leavell H.R. & Clark E.G. (1976). *Níveis de aplicação da medicina preventiva*. In: Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill..

Lobato, L., Burlandy, L. (2000). *The Context and Process of Health Care Reform In Brazil*. In: Reshaping Health Care in Latin América. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and México. Sonia Fleury, S., Belmartino, S., Baris, E. (ed). IDRC Books.

Lovell, A.M. (1986). *The paradoxes of reform: reevaluating Italy's mental health Law of 1978*. Hospital and Community Psychiatry. 37(8): 802-808.

Lucchesi, M. (2008). Estudo da viabilidade da Implantação de uma unidade psiquiátrica em um Hospital geral. Tese de Doutorado apresentada á faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Mimeo.

Lucchesi, M. Malik, A.M. (2009). *A viabilidade das UPHG no Brasil*. Revista de Saúde Pública. 43(1): 161-68.

Mangen, S. (1989). *The Politics of reform: Origins and Enactment of the Italian "Experience"*. The International Journal of Social psychiatry. 35(1): 7-19.

Mari J.J., Saraceno B., Rodriguez J., Levav I. (2007). *Mental health systems in Latin America and Caribbean countries: a change in the making*. Psychol Med., 37(10): 1514-6.

Mari, J.J., Bressan, R.A., Almeida-Filho, N., Gerolin, J., Sharand, P., Saxena, S. (2006). *Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources*. Rev. Saúde Pública. 40 (1): 161-169.

McCrone, P., Leese M, Thornicroft, G. et al. (2001). *A comparison of Needs of Patients with Schizophrenia in Five European Countries: The EPSILON Study*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 103: 370-379.

McCulloch, A., Muijen, M., Harper, H. (2000). *New Developments in Mental Health Policy in the United Kingdom*. International Journal of Law and Psychiatry. 23 (3-4): 261-276.

Mechanic, D. (1996). *Emerging Issues in International Mental Health Services Research*. Psychiatric services. 47(4): 371-375.

Medeiros, T. (1992). *Uma História da Psiquiatria no Brasil*. In: Duzentos anos de Psiquiatria. Silva Filho, J.F., Russo, J.A. (ed). Rio de Janeiro. Editora UFRJ.

Menezes M, Yasui S. (2009). *O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 217-226.

Messas, G.P. (2008). *O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental*. História, Ciências, Saúde. 15 (1): 65-98.

Mosher, L.R., Burti, L. (1994). *The Italian experience*. In: Community Mental Health. New York. W.W. Norton and Company.

Mueser, K.T., Bond G.R., Drake, R.E. Resnick, S.G. (1998). *Models of Community care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management*. Schizophrenia Bulletin. 24 (1): 37-74.

Munksgaard. Wiersma D. (2006). *Needs of people with severe mental illness*. Acta Psychiatr Scand.113 (Suppl. 429): 115–119.

Negri, B. (2002). Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Nicácio, M.F.S. (1994). O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado, São Paulo, PUC. (mimeo).

Nunes, M., Torrente, M., Ottoni, V., Moraes Neto, V., Santana, M. (2008). *A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública. 24 (1): 188-196.

Oda, A.M.G.R, Dalgalarondo, P. (2005). *História das primeiras instituições para alienados no Brasil*. História, Ciências, Saúde. 12 (3): 983-1010.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2009). Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. Disponível em: [<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>] [citado 2009 Maio 15]

Patel, V., Araya, R., Chatterjee, R., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, et al. (2007). *Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries*. Lancet. 370 (9594): 991–1005.

Pessoti, I. (1996). O século dos Manicômios. São Paulo. Editora 34.

Piccinelli M., et al. (2002). *Focus on psychiatry in Italy*. British Journal of Psychiatry. 181:538–544.

Postel, J., Quetel, C. (Org) (1987). Historia de la Psiquiatria. Fondo de Cultura Económica. México.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J.,Phillips, M.R., et al. (2007). *No health without mental health*. Lancet . 370 (9594): 859–77.

Ramon, S. (1989). *The impact of the Italian Psychiatric Reforms on North American and British Professionals*. The International Journal of Social psychiatry. 35(1): 120-127.

Resende, H. (1987). *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Tundis et al. (orgs.), Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes.

Rissmiller, D. J., Rissmiller, J.H. (2006). *Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism*. Psychiatric Services. 57 (6): 863-866.

Rocheffort, D.A.,(1996). *Mental Health Reform and Inclusion of the Mentally Ill: Dilemmas of U.S. Policy-making*. International Journal of Law and Psychiatry.19 (3-4): 223-237.

Rodrigues J, Brognoli FF, Spricigo JS (2006). *Associação dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Desvelando sua Significação*. Texto Contexto Enferm, 15(2): 240-5.

Rose, D., Thornicroft, G., slade, M. (2006). *Who decides what Evidence Is? Developing a Multiple Perspectives Paradigm in Mental Health*. Acta Psychiatrica Scandinava. 113 (suppl 429): 109-114.

Rose, N. (2001). *Historical Changes in mental health practice*. In: Textbook of Community Psychiatry. Thornicroft, Szumkler (Ed). Oxford. Oxford University Press.

Rosen, A. (2006). *The Australian experience of deinstitutionalization: interaction of Australian culture with the development and reform of its mental health services*. Acta Psychiatr Scand. 113 (Suppl. 429): 81–89.

Rothbard AB, Schinnar AP, Hadley TP, Foley KA, Kuno E. (1998). *Cost comparison of state hospital and community-based care for seriously mentally ill adults*. American Journal of Psychiatry. 155(4): 523-9.

Saraceno, B., Briceno, R.A., Asioli, F. Liberati, A., Tognoni, G. (1990). *Cooperation in mental Health: Na Italian Project in Nicarágua*. Social Science Medicine. 31 (9): 1067-1071.

Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 370 (9594): 1164–74

Saxena, S., Lora, A., Ommeren, M., Barrett, T., Morris, J., Saraceno, B. (2008). *Evaluation of the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems*. Bulletin of the World Health Organization. 86 (8). Disponível em: [http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-056341.pdf]

Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., Whiteford, H. (2007). *Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency*. Lancet. 370 (9594): 878–89.

Saxena, S., van Ommeren, M., Lora, A., Saraceno, B. (2006). *Monitoring of mental health systems and services Comparison of four existing indicator schemes*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 41: 488–497.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2008). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. Barros, S., Bichaff, R. (orgs.) São Paulo. FUNDAP.

Souza, R.R. (2002). O sistema público de saúde brasileiro. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Stanton, A. H., Schwartz, M.S. (1954). The mental Hospital. London. Tavistock.

Sturm, R. (1999). *What Type of Information Is Needed to Inform mental Health Policy?* The Journal of mental health Policy and economics. 2: 141-144.

Szmukler, G., Thornicroft, G. (2001). *What is community psychiatry?* In: Textbook of Community Psychiatry. Ed. Thornicroft, Szmukler. Oxford. Oxford University Press.

Tansella, M., Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services : the matrix model. Psychological Medicine. 28: 503-508.

Tansella, M., Thornicroft, G. (2001). The principles underlying community care. In: Textbook of Community Psychiatry. Thornicroft, Szmukler (Ed). Oxford. Oxford University Press.

Tenório, F. (2002). *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.* História, Ciências, Saúde. 9 (1) :25-59.

The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 291(21): 2581-2590.

Thornicroft, G., Tansella, M. (2004). *Components of a Modern Mental Health Service: a Pragmatic Balance of Community and Hospital Care.* British Journal of Psychiatry. 185: 283-290.

Thornicroft, G., Tansella, M. (2006). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services.* Cambridge. Cambridge University Press.

United Kingdom, Cabinet Office, (2009). The Magenta Book, Guidance Notes for Policy Evaluation and Analysis. Disponível em:
[http://www.nationalschool.gov.uk/policyhub/magenta_book/] [citado 2009 Maio 15]

Uzcátegui, R.G., Levav, I. (ed) (1990). Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Bases Conceituais e Caminhos para sua Implementação. Trad. Lobo, A.C. Brasília. Organização Pan-americana de Saúde / Instituto Mario Negri.

Veltro, F., Morosini, P. (1989). *A Critical Appraisal of Papers Describing Italian Psychiatric Services.* The International Journal of Social psychiatry. 35(1): 110-119.

Verdoux, H. (2007). *The current state of adult mental health care in France.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 257:64–70.

Vieira da Silva, L.M. (2005). Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em saúde. In: Avaliação em Saúde. Hartz, Z.M.A., Vieira da Silva, L.M. (ed). Rio de Janeiro. Fiocruz.

World Bank. (2009). Data & Statistics – Country Classification. Disponível em: [<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>] [citado 2009 Maio 15]

World Health Organization. (2001). Basic documents. 43rd Edition. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2003a). Mental health legislation and human rights. (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2003b). Quality improvement for mental health. (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2004). Mental Health Policy, Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2007). Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans. Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2009a). World Health Report 2000: The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Disponível em [<http://www.who.int/whr/2000/en/>] [citado 2009 Maio 15]

World Health Organization. (2009b). Mental Health Atlas, 2005. Disponível em [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf] [citado 2009 Maio 15]

World Health Organization. (2009c). World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Disponível em; [<http://who.int/whr/2001>] [citado 2009 Maio 15]

World Health Organization. (2009d). General Information WHO-AIMS Instrument, Version 2.2. Disponível em: [http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf] [citado 2009 Maio 15]

World Health Organization. (2009e). Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária – 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_basica.pdf] [citado 2009 Maio 15]

World Health Organization. (2009f). Prograns. Disponível em:
[<http://www.who.int/entity/en/>] [citado 2009 Maio 15]

Abstract

Introduction: A health policy is not an independent technical process, but a compromised negotiation with the choice between conflicting positions that steam from historical, social and economical factors that need to be taken into account in an evaluation process.

Objectives: The aim of this paper is to evaluate the mental health policy in use nowadays in Brazil, calling attention to its advantages and disadvantages and how efficient it is in relation to its aims.

Methods: We have used the WHO-AIMS, an instrument developed by WHO to systematize the description of resources and processes involved in the health care system. The data sources were extracted from the following sources: governmental data sets, (DATASUS and CNES); interviews with the Mental Health Coordination, the Health Ministry; a questionnaire to qualified informants; in addition to a legislation review, governmental documentation and studies linked to the Brazilian mental health system and the reform of psychiatric attention that took place in the last decades.

Results: The Brazilian mental health policy was successful in obtaining social and governmental support to make a reform in mental health care. The advent of the SUS (Unified Health System), which happened at the same time, was fundamental to generate principles and investments to the mental health policy. The system is based in the principle of community care, with action centralized in the Psychosocial Community Centers (CAPS). There was a significant reduction of psychiatric hospital beds, and many long-stay patients have had access to a therapeutic residence program as well as a monthly rehabilitation benefit. Both the integration in the basic attention actions and in the general hospital is too far from what is needed. There is a small number of professionals well trained for the new model and the ideal of multi-professional team that, even though it is less dependent on the psychiatrist figure (a long and expensive formation, almost inexistent away from the great urban centers), it also brings the risk of actions lacking specialized knowledge and low quality care. The information system, essential to guide action planning in mental health, still needs to be improved, for its lack of data in many areas that are strategic to the mental health policy.

Conclusion: The data shows that the mental health system reform presented, in the last two decades, intense chances in the psychiatric care model, in financial resources destination, and in the legislative framework. The mental health system in Brazil is based on a hybrid policy that moves in constant tension between different conceptions of psychiatric care reform: the traditional communitarian psychiatry and the one strongly influenced by the Italian psychiatric reform, sometimes generating contradictions and lack of clarity in the mental health policy planning.

Key Words:

- Mental Health
- Health Policy
- Health Care Facilities, Manpower, and Services
- Evaluation