RESOLUÇÃO Nº 14/2011

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992 e o artigo 13, alínea “a” e parágrafo único do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde;

CONSIDERANDO a Reunião Ordinária realizada em 09 de novembro de 2011.

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, parte integrante desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Registrada, Publicada, Cumpra-se.

Cuiabá-MT, 14 de dezembro de 2011.

(Original assinado)
VANDER FERNANDES
Presidente do C.E.S-MT
Secretário de Estado de Saúde

Homologada:

(Original assinado)
SILVAL DA CUNHA BARBOSA
Governador do Estado de Mato Grosso

POLITICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

I – APRESENTAÇÃO

Em Mato Grosso, as transformações no campo da saúde mental tem como suporte legal e técnico o Sistema Único de Saúde. Como estratégias de ação incluem-se a participação social, a descentralização da gestão, a integralidade de assistência e a regionalização e hierarquização das ações. Neste sentido a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenação de Ações Programáticas e Estratégicas – Área Técnica de Saúde Mental, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e apolítica específica do Ministério da Saúde, incentiva a implementação de um conjunto de medidas educativas, preventivas, assistenciais e de reabilitação, visando garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e as pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Uma Política Pública tem como objetivo marcar os pressupostos em que estão assentados os princípios e valores que um determinado seguimento assume sobre um tema específico.

Este documento apresenta as bases conceituais que o Estado de Mato Grosso possui para assistir as pessoas com transtornos mentais e as pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas, bem como apresenta a trajetória da implantação das ações em saúde mental, as diretrizes operacionais desta Política e as normatizações nas quais está apoiada.

II – INTRODUÇÃO

O Estado de Mato Grosso localiza-se a oeste da região Centro-Oeste do País e a maior parte de seu território é ocupado pela Amazônia Legal e ocupa uma área de 906.806,9 km², com uma população, em 2011, de **3.035.122** habitantes (IBGE). Essa população encontra-se distribuída em 141 municípios, sendo a maioria deste com população inferior a 20.000 habitantes. Apenas 4 municípios possuem população acima de 100.000 habitantes.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), como gestora do SUS estadual, tem funções de planejamento, formulação de políticas, gestão, regulação, auditoria, monitoramento e avaliação, prestação de serviços de maior complexidade, bem como a condução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos (MATO GROSSO, 2010a). Em Saúde Mental, do mesmo modo que já acontece com outros serviços do SUS, as ações são financiadas com recursos da União, Estado e Municípios, contemplados na Lei Orçamentária Anual – LOA, dentro da Unidade Orçamentária, Fundo Municipal de Saúde e sob gestão do secretário municipal de saúde (MATO GROSSO, 2009).

A atenção integral em saúde mental visa a assistência às pessoas com transtornos mentais e às pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas e propõe um conjunto de dispositivos sanitários e sócio-culturais, que possuem uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem como marco histórico a sanção da Lei Federal nº10.216 de 06/04/2001. É um processo que compreende transformação de saberes, práticas valores sociais e culturais. A Política

Estadual de Saúde Mental em Mato Grosso compõe projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social. Neste contexto, a participação dos vários atores sociais é imprescindível: profissionais, usuários, familiares e as diversas instâncias do controle social. É importante também a participação de outros setores governamentais como: educação, justiça, segurança pública, assistência social, esporte e lazer, etc.

III – OBJETIVOS DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

Geral:

Dar sustentação à implementação do modelo assistencial em saúde mental no Estado de Mato Grosso visando à reestruturação da rede assistencial de base comunitária e territorial.

Específicos:

1. Expandir e fortalecer a rede de atenção em saúde mental nos níveis primário, secundário e terciário;
2. Fomentar a diminuição gradativa de leitos em Hospitais Psiquiátricos;
3. Promover a formação e qualificação de recursos humanos para atuação em serviços de atenção às pessoas com transtornos mentais e pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas;
4. Estimular a expansão da rede de suporte social intersetorial como associações e Centros de Convivência e outras organizações;
5. Fomentar as ações intersetoriais de promoção e prevenção em saúde mental;
6. Prestar permanente assessoria técnica aos profissionais e gestores municipais;
7. Criar instrumentos de monitoramento e avaliação em saúde mental;
8. Estabelecer mecanismos de co-financiamento juntos aos municípios;
9. Garantir o acesso aos medicamentos contemplados na Farmácia de Alto Custo;
10. Fomentar a participação popular e o controle social.

IV – TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE MATO GROSSO

A história da psiquiatria na Antigüidade e na Idade Média que a loucura era vista como pobreza de espírito, como várias outras doenças; seu tratamento era “exclusão” e fortemente no modelo hospitalocêntrico/asilar. E assim foi reproduzido este modelo no Brasil, predominando uma política centrada na hospitalização.

No Estado de Mato Grosso, este processo também foi norteado pelas práticas institucionais como asilos/hospitais públicos psiquiátricos/hospitais privados conveniados, e repetindo o mesmo modelo de tratamento – exclusão. Em 1909, foi construído um casarão às margens do Rio Coxipó para abrigar/excluir às pessoas com “*comportamento desviantes*”, “*dementes furiosos*”, este lugar era conhecido como “*chácara dos loucos*”, “*chácara dos alienados*”.

Antes, em 1905 a 1908, estas pessoas eram assistidas na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

Neste período havia muitas denúncias dos asilos, colônias e hospitais psiquiátricos, a respeito das condições desumanas dos loucos no Brasil, e nesta época em Mato Grosso, já cogitava na classe médica a construção de um hospital para as pessoas loucas. Em 1950, começou-se a construção do hospital Aduino Botelho, que foi concluído em 1957, com capacidade para 120 pacientes e por ser o único do Estado, houve uma superlotação, com aproximadamente 600 pacientes internados.

Na década de 70, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) recomendava às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), a elaboração de “programas de saúde mental”, enfocando as ações primárias, secundárias e terciárias na assistência psiquiátrica. A SES/MT, atendendo as recomendações iniciou uma política de interiorização e descentralização de serviços de saúde mental, capacitando técnicos da saúde para atender ambulatorialmente os portadores de transtornos mentais e principalmente os egressos do único hospital psiquiátrico existente. Assim, houve uma redução do número de pacientes internados, em aproximadamente 50%.

No início da década de 80 iniciou-se no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, mas em Mato Grosso ao contrário, quando na metade da década foram criados dois hospitais psiquiátricos – a Casa de Saúde Paulo de Tarso, um hospital filantrópico em Rondonópolis e o Instituto Neuropsiquiatria, em Cuiabá (INC) os quais foram conveniados pelo SUS, dando continuidade ao modelo de assistência unicamente hospitalocêntrico.

Em 1991, fechou-se o Hospital Aduino Botelho, com a transferência de pacientes para o INC, que era um hospital privado e conveniado ao SUS. Em 1993, foi reaberto o Hospital Aduino Botelho, desta feita com o nome de Centro Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS), com internação de curta permanência, ambulatório e Hospital Dia.

Em Mato Grosso, houve momentos de avanços, tentando inverter o modelo hospitalar psiquiátrico, direcionando para o movimento da Reforma Psiquiátrica, intensificando as capacitações, Encontros de Saúde Mental, Cursos de Especialização e realização de Conferências Estaduais de Saúde Mental.

Os municípios do Estado, por meio dos serviços de atenção básica em saúde, realizam algumas ações de saúde mental, o que ainda está aquém do desejável. Quase todos os municípios com população igual ou superior a 20.000 habitantes contam com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Avanços significativos são evidenciados quanto a atenção em saúde mental em Mato Grosso:

1. Desde 1978 existe o Programa de Saúde Mental na Secretaria Estadual de Saúde, com propostas para desenvolver ações de atenção às pessoas com transtornos mentais e pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas.
2. Em 1992 realizou-se a I Conferência Estadual de Saúde Mental. Em 1993 ocorreu a reestruturação do CIAPS Aduino Botelho com inovações no modelo de assistência, propondo formas mais humanizadas de tratamento.

3. Em 2001, houve a II Conferência Estadual de Saúde Mental, ocasião em que foram revistas as iniciativas existentes e foi acelerado o processo de implantação de CAPS no Estado, que passou a celebrar convênios com os municípios, para repasse de incentivo financeiro para a manutenção desses serviços.

4. Em 2004 houve o fechamento do INC, com a extinção de 360 leitos conveniados ao SUS; sucedeu-se a este episódio a implantação de 10 Residências Terapêuticas (RTs) em Cuiabá e mais CAPS, buscando a reintegração e ressocialização desses pacientes na comunidade.

5. Em 2004 deu-se encaminhamento para efetivação do Programa de Volta Para Casa, que é um benefício do Governo Federal para incentivar o retorno das pessoas que ficaram longo período em internação psiquiátrica para suas famílias.

6. Em 2005 houve a inauguração da Unidade III do CIAPS Adauto Botelho – Dr. José Eduardo Vaz Curvo, como resultado de parceria entre a SES e a SEJUSP (Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública), o que destinou 50 dos 120 leitos psiquiátricos existentes no CIAPS Adauto Botelho para internação de homens em uso prejudicial de substâncias psicoativas.

7. Em 2006 foi proposta a descentralização do ambulatório do CIAPS Adauto Botelho para os municípios. Em Cuiabá, foram implantados 04 Ambulatórios localizados em Policlínicas, nas regiões leste, oeste, norte e sul. Foi implantado também o Ambulatório de Saúde Mental Infante-Juvenil no Centro de Especialidades Médicas – CEM.

8. Em 2008, foi constituído pela Portaria Nº 086/GBSES/2008, o Colegiado Estadual de Coordenadores Municipais de Saúde Mental, composto pelos seguintes municípios: Barra do Garças, Cuiabá, Cáceres, Rondonópolis, Sinop e Várzea Grande. O Colegiado tem como finalidade:

- a) Fortalecer as diretrizes da Política Estadual e Municipal de Saúde Mental junto aos conselhos, associações de classe, instituições formadoras e outros;
- b) Propor recomendações relacionadas a Política de Saúde Mental aos conselhos municipais de saúde e secretarias municipais de saúde;
- c) Fomentar a criação de leis municipais que protejam os direitos dos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos;
- d) Estimular a implantação e ampliação de serviços da rede de atenção à saúde mental, garantindo aos usuários pleno acesso;
- e) Reavaliar e discutir permanentemente a Política Estadual de Saúde Mental.

4.1 Conferências de Saúde Mental realizadas em Mato Grosso:

Conferência de Saúde é um mecanismo democrático e espaço legal de participação e controle social pela qual a sociedade, de forma representativa direta avalia as ações da gestão governamental e propõe diretrizes para as políticas públicas do SUS.

Neste sentido, o Estado de Mato Grosso se esforça para a construção de ações intersetoriais, que é um dos principais desafios colocados à atenção em saúde mental, onde a co-responsabilização dos diferentes setores pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, pode promover intervenções para melhoria da qualidade de vida.

Em Mato Grosso aconteceram 03 Conferências de Saúde Mental (1991, 2001 e 2010), que produziram importantes deliberações e subsídios para delinear a Política Estadual de Saúde Mental.

Estes eventos representaram uma grande conquista, pois foi um momento reflexivo, analítico e providencial para novos avanços, a partir das trocas de experiências intersetoriais e multidisciplinares, sobre o cuidado e a gestão das ações de saúde mental.

Destacamos a realização da III Conferência Estadual de Saúde Mental-Intersectorial (III CESH-I), que considerou os conceitos-chave direitos humanos, cidadania, organização de rede de assistência, a questão da democracia e das políticas públicas, revelando a abrangência, a novidade e o forte caráter interdisciplinar e intersectorial da Saúde Mental.

O tema central da III CESH-I foi: Saúde Mental: direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios (MATO GROSSO, 2010b).

Objetivos da III CESH-I de Mato Grosso:

- Debater temas relevantes para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas, na perspectiva da intersectorialidade;
- Promover o debate da saúde mental com os diversos setores da sociedade;
- Deliberar propostas de melhoria das políticas públicas para as três esferas de governo.

Os eixos temáticos debatidos foram:

- **Eixo I:** Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersectoriais;
- **Eixo II:** Consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais;
- **Eixo III:** Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersectorial.

A intersectorialidade tem uma relação direta com a proposta internacional de promoção da saúde debatida por meio das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, as quais defenderam a responsabilidade e o empenho de todos para a conquista da qualidade de vida. Para tanto é necessário que a sociedade se mobilize com vistas para a construção de municípios saudáveis, voltados para a valorização das pessoas, respeitando as diversidades físicas, étnicas e culturais.

Neste contexto, a participação dos vários atores sociais, legalmente obrigatória, é imprescindível: profissionais, usuários, familiares e as diversas instâncias do controle social. É importante também a participação de setores governamentais como: educação, judiciário, área social, etc.

Sustenta-se, portanto, que a atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e sócio-culturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação.

O desafio é tornar a saúde mental uma questão social incluída nas agendas do legislativo, do executivo, do judiciário, em todos os níveis: local, municipal,

estadual e federal. Importante ainda ressaltar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas. Essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas assistenciais e das relações interpessoais.

V – REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

No Sistema Único de Saúde os serviços de atenção à saúde são estruturados na lógica da descentralização, da territorialidade, da hierarquização, garantindo o acesso e otimizando os recursos disponíveis na comunidade. Busca-se a estruturação do sistema de referência e contra-referência, a porta de entrada do sistema e a rede de suporte social, numa perspectiva intersetorial, por meio de recursos dos setores da educação, da justiça, da assistência social, etc., para as atividades de promoção, prevenção e reabilitação.

Os princípios da Reforma da Assistência Psiquiátrica visam a redução progressiva de leitos psiquiátricos e a superação do modelo manicomial por um de base territorial.

As Ações de Saúde Mental podem acontecer numa rede de serviços com os seguintes equipamentos/serviços:

MODALIDADES DE SERVIÇOS	NIVEL DE ASSISTENCIA	FINALIDADE
Unidade de Atenção Básica	Primário	Presta assistência contínua e programada nas especialidades básicas.
Centros de Atenção Psicossocial do tipo I (CAPS I)	Primário ou secundário	Local para tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e pessoas em uso ou abuso de substâncias psicoativas.
Centros de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II)	Primário ou secundário	Local para tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes
Centros de Atenção Psicossocial do tipo III (CAPS III)	Primário ou secundário	Local para tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, com atendimento nas 24 horas, todos os dias da semana
Centros de Atenção Psicossocial do tipo AD (CAPS II AD)	Primário ou secundário	Local para tratamento especializado de pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas
Centros de Atenção Psicossocial do tipo AD III 24	Primário ou secundário	Local para tratamento especializado de pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas nas 24 horas todos os dias da semana

horas (CAPS AD 24 horas)		
Centros de Atenção Psicossocial do tipo Infanto-Juvenil (CAPSi)	Primário ou secundário	Local para tratamento especializado de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes
Ambulatório	Secundário	Local para tratamento de pessoas com transtornos mentais e/ou pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas
Centro de Convivência	Não dá assistência clínica	Não são dispositivos clínicos. São constituídos intersetorialmente e objetiva propiciar produções, convívios, encontros e trocas interpessoais.
Serviços Residenciais Terapêuticos	Não dá assistência clínica	São residências inseridas na comunidade para atender as necessidades de moradia de pessoas que ficaram longos períodos internados em hospitais psiquiátricos e perderam os laços familiares e sociais.
Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais	Terciário	Leitos para internações psiquiátricas breves em hospitais gerais
Pronto Atendimento	Terciário	Pronto Atendimento pessoas com transtornos mentais e /ou pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas.

OBS.: Outros serviços podem compor esta rede, desde que respeitando os princípios éticos e civis da pessoa humana, objetivando a ampliação da rede extra-hospitalar e de base territorial.

A seguir, apresenta-se a rede de serviços em saúde mental existente no Estado:

SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES:

37 CAPS Sendo:

- **25** CAPS I: (Alta Floresta, Barra do Bugres, Cuiabá, Cáceres, Campo Verde, Colíder, Confresa, Diamantino, Guarantã do Norte, Guiratinga, Jaciara, Juara, Juína, Lucas do Rio Verde, Nova Xavantina, Peixoto de Azevedo, Poconé, Pontes e Lacerda, Primavera do leste, Rondonópolis, São José do IV Marcos, Sinop, Sorriso, Tangará da Serra, Vila Rica)
- **05** CAPS ad (Barra do Garças, Cuiabá, Rondonópolis, Várzea Grande)
- **04** CAPSi – Infanto-Juvenil (Cuiabá, Rondonópolis, Várzea Grande, Cáceres)
- **03** CAPS II: (Cuiabá, Várzea Grande e Barra do Garças)
- **06** Ambulatórios: (Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Primavera do Leste, Rondonópolis e Várzea Grande)
- **08** Residências Terapêuticas em Cuiabá

SERVIÇOS HOSPITALARES:

- CIAPS Adauto Botelho – Unidade de Internação: Cuiabá (120 leitos).
- Hospital Psiquiátrico Paulo de Tarso: Rondonópolis (82 leitos).

Para melhor visualização e compreensão de um possível percurso terapêutico em saúde mental, sugere-se um fluxograma (vide anexo).

VI – PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

Visando estabelecer referencial para uma Política de Saúde Mental, a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz dez (10) recomendações gerais:

1. Proporcionar tratamento na atenção primária;
2. Garantir o acesso aos psicotrópicos;
3. Garantir atenção à saúde mental na comunidade;
4. Educação em Saúde para a população;
5. Envolver as comunidades, as famílias e os usuários;
6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacional, estadual e municipal em saúde mental;
7. Formar Recursos Humanos;
8. Criar vínculos com outros setores;
9. Monitorar a saúde mental na comunidade;
10. Dar apoio à pesquisa, na área de saúde mental.

Prevalências em Saúde Mental segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

- **12%** da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- **6%** da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- **3%** da população geral sofrem de transtornos mentais severos e persistentes.

Esta prevalência demonstra a responsabilidade do poder público em organizar política pública para assistir esta população. O aumento desta prevalência é esperado e independe de sexo, idade, nível de instrução e poder aquisitivo. O problema é global e não é privilégio de populações específicas. É reconhecidamente um problema de grande dimensão na saúde pública, incidindo em faixas etárias cada vez mais precoces, devendo, portanto ser considerado uma problemática de cunho global, envolvendo aspectos sociais, culturais e econômicos.

O fato de ter sido o ano de 2001 considerado o “Ano Internacional de Saúde Mental”, contribuiu para que os governantes reconhecessem o valor da referida área de saúde, e através da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), aconteceu uma ampla mobilização social, por meio, de

conferências municipais, regionais e estaduais em todo o território brasileiro, fortalecendo o interesse pela temática de saúde mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil desde os anos 80 prevê o incremento de ações e serviços extra-hospitalares de atendimento na área de saúde mental.

A assistência centralizada no hospital psiquiátrico que tem como lógica o manejo e a remissão dos sintomas de doença, produz como resultados mais evidentes um alto índice de cronificação e baixa resolutividade terapêutica.

No Estado de Mato Grosso as transformações no campo da saúde mental têm como suporte legal e técnico as diretrizes do Sistema Único de Saúde, onde as estratégias de ação incluem a participação social, a descentralização da gestão, a integralidade de assistência, a regionalização e hierarquização das ações, respaldadas nas Leis que garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde.

A reorientação do modelo assistencial compartilha com a proclamação da Constituição Federal de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde, cujo artigo n.º 196, promulgada e publicada nas leis 8.142 e na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 que a **“Saúde é direito de todos e dever do Estado”** propondo o desenvolvimento das ações de saúde de acordo com os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 1990).

VII - DIRETRIZES OPERACIONAIS DA POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenadoria de Ações Programáticas – COAPRE/Área Técnica de Saúde Mental, com base nas proposições das três (3) Conferências Estaduais de Saúde Mental (1992, 2001, 2010) realizadas propõe implementar uma política de saúde mental estabelecendo os seguintes eixos como marcos importantes para a execução das ações:

1. Fortalecer a rede intersetorial de atenção integral em saúde mental;
2. Garantir ações de Saúde Mental na atenção básica nos municípios;
3. Reduzir as reinternações de egressos de hospitais psiquiátricos;
4. Incentivar a implantação de CAPS nos municípios com população = 20.000 habitantes;
5. Garantir a formação de recursos humanos nos municípios;
6. Fomentar mecanismos de discussão sobre a implementação da Política Estadual de Saúde Mental;
7. Criar instrumentos de monitoramento e avaliação da rede de atenção em saúde mental.

1. Fortalecer a rede intersetorial de atenção integral em saúde mental

O redirecionamento da rede de atenção tem como objetivos a organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade das ações, distribuindo de forma equilibrada e equânime a assistência nos níveis de atenção, considerando os recursos intersetoriais disponíveis e as necessidades da população.

Para isto as principais estratégias são:

- Reestruturar e expandir a rede de atenção em saúde mental, com base comunitária e territorial voltada à reintegração social e cidadania;
- Ampliar a rede extra-hospitalar;
- Organizar sistema de referência e contra-referência;
- Apoiar o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário – POE, quanto a atenção integral em saúde mental;
- Implantar e implementar a rede de atenção a saúde mental para infância e adolescência;
- Promover a inclusão social pelo trabalho dos portadores de transtornos mentais/dependentes químicos;
- Contribuir com a construção e efetivação da Política Estadual sobre Álcool e outras drogas;
- Estimular a criação de centros comunitários de convivência, com a participação de outras secretarias e comunidade em geral, visando à inclusão e reinserção social;
- Participar na elaboração do Plano Pluri-anual (PPA) de outras instituições;
- Garantir que as ações e implantação de serviços de saúde mental sejam co-financiadas pela União, Estado e Municípios.

2. Garantir ações de Saúde Mental na atenção básica nos municípios

A mudança do modelo de atenção em saúde mental tem como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com base no território. O cuidado é feito o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/doença. Na rede de serviços em saúde mental, segundo essa perspectiva, a Atenção Básica é uma importante estratégia para ampliação do acesso ao cuidado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA), recentemente, em 2008, apontou as principais razões para a integração de saúde mental na Unidade Básica de Saúde - UBS: a) relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais; b) necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e de saúde mental; c) altas prevalências de transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento; d) aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, quando realizados na UBS; e) maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos; f) redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes; g) e bons resultados para a integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.

Assim, esta Política prioriza, dentro desta diretriz, as seguintes ações:

- Fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica;
- Capacitar todos os profissionais da atenção básica, PSF e ACS, para oferecer assistência e acompanhamento dos usuários do seu território (micro-área) principalmente para os municípios = 20.000 habitantes;
- Oferecer suporte/apoio de uma equipe matricial (psiquiatra e outros profissionais) para as equipes da atenção básica por meio de Equipes Matriciais de Saúde Mental ou do Núcleo de Apoio À Saúde da Família - NASF;
- Apoiar a atenção básica e o desenvolvimento de atividades/ações voltadas para promoção e prevenção em saúde mental;
- Ampliar as ações a serem desenvolvidas através do programa de atenção à criança e adolescente, índio, violência, suicídio, tabagismo e entre outras;
- Construir uma rede intersetorial de atenção em saúde mental em todos os municípios do Estado;
- Criar um mecanismo de comunicação com a população para tirar dúvidas em relação às dificuldades nas intervenções diante dos problemas com transtornos mentais e/ou em uso e abuso de substâncias psicoativas;
- Adequação de Sistemas de Informação em saúde mental.

3. Incentivar a implantação de CAPS nos municípios com população maior ou igual a 20.000 habitantes

Os CAPS são regulamentados pelas Portarias nº. 336/GM/2002 e nº 2.841/2010 e integram a rede do SUS, constituindo a principal estratégia utilizada no processo de Reforma Psiquiátrica. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Para isso as estratégias são as seguintes:

- Realizar capacitação para equipes e gestores, sobre a Política Nacional e Política Estadual de Saúde Mental;
- Incentivar os municípios para implantação e ampliação da rede de serviços de saúde mental; previsto na legislação nacional e estadual de saúde mental;
- Criar mecanismos e instrumentos de avaliação dos serviços de saúde mental;
- Assessorar e orientar as equipes quanto a dinâmica de funcionamento do CAPS, visando um serviço de qualidade e humanizado;
- Garantir o co-financiamento nas ações de saúde mental.

4. Reduzir reinternações de egressos de hospitais psiquiátricos.

O processo de mudança do modelo assistencial tem como umas das principais tarefas a redução de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos, com abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outras alternativas de atendimento. Estrategicamente, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos e que deve estar ancorada

num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, que pode ser avaliado por meio do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH- Psiquiatria). Adota-se as seguintes estratégias para alcançar esta diretriz:

- Ampliar a rede extra-hospitalar;
- Incentivar os municípios na estruturação da rede de assistência, com serviços substitutivos como: CAPS, SRT, Hospital Dia, Centro de Convivência e outros dispositivos, com base comunitária e territorial;
- Descentralizar e ampliar os serviços nos municípios, para maior resolutividade das ações;
- Reorganizar o fluxo de serviços de referência e contra-referência;
- Estimular os municípios para criação de Centros Comunitários de Convivência, com a participação de outras secretarias e comunidade em geral, visando a reinserção social e a cidadania;
- Criar o sistema de regulação hospitalar e ambulatorial;
- Elaborar junto com o SAMU programa de suporte/abordagem do usuário psiquiátrico em domicílio/rua/serviço ambulatorial;
- Incentivar a criação de leitos psiquiátricos e de álcool e drogas em 100% dos hospitais regionais/consórcios e hospitais gerais e municipais;
- Garantir leitos psiquiátricos para internação de curta permanência em hospitais gerais/consórcio e hospitais gerais municipais, através de portarias e resoluções, pela SES e SMS's;
- Oferecer capacitação continuada em urgência e emergência, bem como outros temas relevantes aos profissionais de saúde dos hospitais e outros serviços;
- Organizar a rede de atenção em saúde mental; a fim de constituir uma rede integrada de serviços;
- Estruturar um banco de dados em saúde mental;
- Fomentar a elaboração de protocolos clínicos;
- Dar continuidade ao trabalho da Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas involuntárias, conforme Portaria MS/2391/02.

5. Garantir formação de recursos humanos nos municípios

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos especializados. Por isso as principais estratégias são:

- Realizar cursos de capacitação/atualização e especialização para profissionais, instrumentalizando-os para o desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção básica, média e alta complexidade, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado e demais instituições formadoras, bem como por meio Tele Saúde e TV interativa;

- Realizar seminários, conferências, fóruns e encontros e outros eventos afins para divulgar e fortalecer o processo de reorientação do modelo hospitalocêntrico de saúde mental;
- Incentivar e apoiar pesquisas e projetos de extensão em saúde mental;
- Promover ampla e permanente parceria com as Comissões Integradas de Ensino em Serviço (CIES) na implementação das atividades de capacitação do pessoal envolvido na atenção de saúde mental;
- Estimular a transformação da rede campo de estágio em saúde mental, visando ampliar a visão da atenção sob a nova concepção de assistência;
- Apoiar as ações de Supervisão Clínico-institucional dos CAPS e a Escola de Redução de Danos;
- Criar a Escola de Supervisores Clínico-Institucionais para serviços substitutivos;
- Articular e apoiar a criação do Curso de Residência Médica em Psiquiatria.

6. Fomentar mecanismos de discussão sobre a implementação da Política Estadual de Saúde Mental

- Fortalecer e ampliar o Colegiado Estadual de Coordenadores Municipais de Saúde Mental;
- Promover e participar de eventos e espaços para discussão sobre o funcionamento e avaliação dos serviços, no contexto da Reforma da Assistência Psiquiátrica.;
- Garantir a realização do Encontro Matogrossense de CAPS a cada 2 anos;
- Promover Fóruns e Encontros Estaduais para discussões sobre o funcionamento e avaliação dos serviços, no contexto da Reforma da Assistência Psiquiátrica;
- Realizar o PNASH (Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/Psiquiatria) nos hospitais psiquiátricos, conforme preconiza o Ministério da Saúde;
- Realizar seminários, conferências e outros eventos afins para divulgar e fortalecer o processo de reorientação do modelo hospitalocêntrico de saúde mental;
- Incentivar a criação da Lei Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental;
- Incentivar a criação de ferramentas normativas no âmbito dos municípios para assegurar legalmente as ações de saúde mental.

7. Criar instrumentos de monitoramento e avaliação da rede de atenção em saúde mental

A formulação de políticas deve basear-se em informações atualizadas referentes aos indicadores de saúde mental, tratamentos eficazes, estratégias de prevenção e promoção, rede assistencial e recursos para a área. Assim, a informação torna-se um insumo importante para o planejamento, programação, gestão e avaliação das ações na área.

- Construir e estabelecer indicadores de saúde mental;
 - Criar um banco de dados epidemiológicos em saúde mental;
 - Criar mecanismos e instrumentos de avaliação dos serviços de saúde mental;
- Acompanhar e assessorar os serviços de saúde mental, em parceria com os ERS e as Secretarias Municipais de Saúde.

IX - LEGISLAÇÕES EM SAÚDE MENTAL

A legislação de saúde mental representa um meio importante de reforçar as metas e objetivos de uma Política. O objetivo fundamental das legislações em saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos.

Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. Um ente federado (País, Estado ou Município) que possui legislação que protege cidadãos vulneráveis (entre os quais pessoas com transtornos mentais) reflete uma sociedade que respeita e cuida de seu povo.

Entretanto, a presença de legislação de saúde mental em si mesma não garante respeito e proteção dos direitos humanos, mas a legislação representa um mecanismo importante para garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção, bem como a promoção da saúde mental das populações.

Ressalta-se que o Estado de Mato Grosso ainda não possui uma Lei que regulamente a assistência em saúde mental.

Segue abaixo as normatizações existentes nas quais esta Política Estadual de Saúde Mental está baseada:

NORMATIZAÇÃO FEDERAL	OBJETIVO
Lei nº 10.216 , de 06 de abril de 2001.	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria/GM nº 251 , de 31 de janeiro de 2002.	Estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
Portaria GM nº 336 , de 19 de fevereiro de 2002.	Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Portaria SAS 189 , de 20 de março de 2002.	Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental e inclui os procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS para o custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Lei nº 10.708 , de 31 de julho de 2003.	Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de Internações (Programa de Volta para Casa).
Portaria GM nº 246 , de 17 de fevereiro de 2005.	Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências.
Portaria GM 384 de 05 de julho de 2005.	Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, caracterizados pelos códigos diagnósticos F10 até F19 do CID 10.
Portaria 2.759 de 25 de outubro de 2007.	Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações indígenas e cria o comitê gestor.
Portaria GM nº 1.190 , de 4 de junho de 2009.	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
Portaria GM nº 1.191 , de 4 de junho de 2009.	Concede reajuste nos valores dos procedimentos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHRad).
Portaria GM nº 106 , de 11 de fevereiro de 2000.	Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.
Portaria GM nº 1.028 , de 01 de julho de 2005.	Determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência
Portaria GM 1.612 , de 09 de setembro de 2005.	Aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.
Portaria 1.876 de 14 de agosto de 2006.	Institui diretrizes nacionais para Prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das 03 esferas de gestão.
Portaria nº 154 , de 24 de janeiro de 2008	Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família.
Portaria nº 2.841 , de 20 de setembro de 2010	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III.
NORMATIZAÇÃO ESTADUAL	OBJETIVO

Resolução CIB 091 , de 06 de outubro de 2011. (Revogou a Resolução CIB 026 , de 25 de julho de 2003).	Dispõe sobre Instrução Normativa para implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios do Estado de Mato Grosso.
Resolução CIB nº 038 de 12 de junho de 2008.	Dispõe sobre a regularização da Assistência Farmacêutica na atenção básica para o Estado de Mato Grosso
Portaria GBSES, nº 086/2008	Institui o Colegiado Estadual de Coordenadores de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso, composto pela Coordenadoria de Ações Programáticas e Estratégicas e coordenadores municipais de saúde mental dos seguintes municípios: Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Sinop, Rondonópolis e Várzea Grande.
Portaria GBSES nº 112/2008 (Revogou a Portaria 141/2003).	Altera a modalidade de financiamento da média e alta complexidade e estabelece critérios para o repasse de incentivo financeiro aos municípios.
Portaria GBSES nº 091 de 05 de julho de 2011	Institui a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas involuntárias
NORMATIZAÇÃO MUNICIPAL	OBJETIVO
CUIABÁ	
Decreto nº 4.232 , de 17 de Novembro de 2004	Cria o Programa de Saúde Mental – PSM no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS de Cuiabá e dá outras providências.
Portaria nº 177/GAB/SMS , de 09 de Dezembro de 2004	Regulamenta a implantação do Serviço Residencial Terapêutico – SRT de Cuiabá
Portaria nº 181/GAB/SMS , de 15 de Dezembro de 2004	Regulamenta a implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD Adolescer no município de Cuiabá.
Portaria nº 188/GAB/SMS de 15 de Dezembro de 2004	Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Portaria nº 028/GAB/SMS , de 29 de Maio de 2008	Determina que os atestados de Sanidade física e mental podem ser fornecidos por qualquer médico, independente de sua especialização

Portaria nº 64/GAB/SMS , de 11 de Dezembro de 2009	Regulamenta a Atenção Ambulatorial do Programa de Saúde Mental nas Policlínicas e CEM no SUS de Cuiabá
VÁRZEA GRANDE	
Lei nº 2899 , de 18 de setembro de 2006	Dispõe sobre a implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, regulamenta as internações, fixa diretrizes para atenção à saúde mental, normatiza o funcionamento dos serviços públicos de saúde mental de atenção às pessoas portadoras de transtorno mental e dependentes químicos de álcool e outras drogas bem como os recursos humanos e condições de trabalho necessários para o referido funcionamento.
SORRISO	
Lei nº 1.516 , de 20 de outubro de 2006	Determina o percentual de vagas disponibilizadas para pacientes do CAPS em curso de aprendizagem no Município de Sorriso e dá outras providências.