

ESTUDO SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DE MINAS GERAIS NO ANO DE 2007

STUDY ON THE POLICY OF ATTENTION TO MENTAL HEALTH OF MINAS GERAIS IN 2007

Nadja Cristiane Lappann Botti

Enfermeira e psicóloga, doutora em Enfermagem Psiquiátrica
Coordenadora do Grupo de Pesquisa PHASE
Professora Adjunta III da PUC Minas
nadjaclb@terra.com.br

Mariana Coêlho Xavier

Enfermeira do Pronto Socorro de Divinópolis - MG
Graduada pela PUC Minas.
mariana-x@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a política de Atenção a Saúde Mental em Minas Gerais a partir da avaliação da distribuição dos leitos hospitalares, serviços substitutivos e transtornos mentais nas macrorregiões do estado no ano de 2007. A pesquisa quantitativa foi realizada utilizando Sistema Único de Saúde, a partir de seu banco de dados (DATASUS). Os dados coletados se referem aos leitos psiquiátricos; Serviços Substitutivos e internações de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. Verifica-se diminuição dos leitos nas macrorregiões Centro-Sul, Leste e Oeste; maior número de Serviços Substitutivos nas macrorregiões Sul, Centro-Sul, Centro, Oeste, Leste, Norte, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte; concentração dos serviços residenciais terapêuticos nas macrorregiões Centro e Centro-Sul; menor número de serviços substitutivos na macrorregião Sudeste apesar do grande número de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e maior número destes serviços na macrorregião Leste apesar do pequeno número de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais. Identifica-se uma regionalização da reorientação da política pública estadual na Atenção à Saúde Mental revelando avanços e anacronismos.

Palavras-chaves: Política Pública; Serviços de Saúde Mental; Sistema de Informação.

ABSTRACT

The objective is to analyze the policy of the Mental Health Care in Minas Gerais from the assessment of the distribution of hospital beds, Mental Health Services and mental disorders in the macro-state in 2007. The quantitative research was conducted using the Single Health System, from your database (DATASUS). The collected data refer to psychiatric beds; Mental Health Services and admissions according to the International Classification of Diseases. There is reduction of beds in the macro-Center-South, East and West; largest number of Mental Health Services in the macro-South, South-Central, Central, West, East,

Recebido em: 19/11/2008
Aceito para publicação em: 10/12/2009

North, South Triangle and North Triangle; concentration of residential therapeutic services in macro Center and Center-South; lowest number of Mental Health Services in the Southeast macro despite the large number of people diagnosed with mental disorder and many number of these services in macro East despite the small number of people diagnosed with mental disorders. It is a regionalization of the reorientation of public policy at the state Mental Health Services to reveal progress and anachronisms.

Keywords: Public Policy, Mental Health Services, Information System.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de estratégias que tem como objetivo a desinstitucionalização e reinserção social do portador de sofrimento mental através do resgate da sua cidadania e para tal requer uma política pública pautada no paradigma psicossocial de Atenção à Saúde Mental (VIANNA, 2003). No Brasil a Política de Atenção à Saúde Mental, possui objetivos claros e ideais ferrenhamente defendidos em relação à inclusão social do portador de sofrimento mental e a ruptura com o paradigma asilar. Esta política de saúde tem origem no movimento nacional da Reforma Psiquiátrica, desde os anos de 1970, com o projeto de substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede aberta de serviços diversos, visando acompanhar o portador de sofrimento mental em sua história clínica objetivando a inserção sócio-familiar (GUERRA; SOUZA, 2006).

Em Minas Gerais, respeitando as diretrizes e as propostas das III Conferência Nacional de Saúde Mental, vem se construindo a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos (MINAS GERAIS, 2006). Uma rede de atenção à Saúde Mental compõe-se de ações e diversos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência e Cultura.

Os CAPS são instituições voltadas para atender usuários portadores de patologias mentais a partir de serviços de acolhimento e atenção no sentido de manter e fortalecer os vínculos desses usuários com a família e com a sociedade, com a finalidade de promover sua autonomia e cidadania. Esses serviços buscam desenvolver a autonomia do usuário e constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. CAPS são diferentes: a) Quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas; b) Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças, adolescentes, e usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2004a). Os procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são remunerados de acordo com a frequência dos usuários, e classificados em CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad.

Todos os tipos de CAPS encontram normatização comum nas Portarias GM nº. 336 e SAS nº. 189, ambas de 2002 (BRASIL, 2004b). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III), são serviços de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), são voltados para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), voltados para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004a).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que se compõe de residências terapêuticas para pessoas com história de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, e servem de apoio a usuários de outros serviços de Saúde Mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia e que não possuem suporte adequado na sociedade. O acompanhamento ao serviço de moradia deve conter caráter interdisciplinar considerando a singularidade de cada um dos moradores e suas respectivas necessidades. A inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004c).

Na rede de atenção substitutiva em Saúde Mental também encontramos os Centros de Convivência e Cultura. Estes Centros são serviços públicos que oferecem aos portadores de sofrimento mental espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade; através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão dos usuários (BRASIL, 2005).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde - Décima Revisão (CID-10) constitui uma lista com 298 itens de tabulação para morbidade. Dentro desta lista de morbidade, encontramos no conteúdo do Capítulo V, os Transtornos Mentais e Comportamentais, que compreende oito agrupamentos: demência; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; transtornos de humor [afetivos]; transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; retardo mental; outros transtornos mentais e comportamentais (OMS, 1996).

Desde 2002, partindo da necessidade de operacionalizar uma Política de Saúde Mental em Minas Gerais, em consonância com os princípios do Ministério da Saúde, OPAS e OMS, a Secretaria Estadual de Saúde desenvolve projetos com ênfase na “Organização de Redes de Assistência e Desospitalização Progressiva” visando assim redirecionar o modelo assistencial, efetivar e consolidar a Reforma Psiquiátrica (ABOU-YD, 2002).

A partir destas considerações este estudo teve como objetivo analisar a política de Atenção a Saúde Mental em Minas Gerais a partir da avaliação da distribuição dos leitos hospitalares, serviços substitutivos e transtornos mentais nas macrorregiões do estado de Minas Gerais no ano de 2007.

MÉTODOS

Neste estudo realizamos pesquisa quantitativa utilizando o Sistema de Informação do Ministério da Saúde através da Internet (DATASUS), os dados coletados se referem às seguintes categorias:

- Categoria 1: CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil) - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação, Minas Gerais;
- Categoria 2: CNES - Estabelecimentos -Serviços/Classificação, Minas Gerais;
- Categoria 3: SIH-SUS – Morbidade hospitalar do SUS por local de internação, Minas Gerais;

Na primeira categoria foram tabulados os dados referentes aos leitos psiquiátricos de

fevereiro de 2006 e 2007; na segunda os dados dos Serviços Substitutivos de fevereiro de 2007, que se referem aos: Caps I II, Caps I, Caps II, Caps Ili Caps AD e residência terapêutica em Saúde Mental. E na última categoria os dados se referem às internações de acordo com a lista de morbidade do CID 10 de fevereiro de 2007, a saber: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10), Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas (F11-F19), Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), Transtornos de humor [afetivos] (F30-F39), Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes (F40-F48) e Outros transtornos mentais e comportamentais (F04-F09, F50-F69, F80-F99).

Em todas as categorias a área de referência dos dados coletados foi constituída pelos municípios do estado de Minas Gerais. Os dados foram tabulados seguindo o marco da Política Estadual de Saúde, referente ao Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este Plano, desde 2003, divide o estado em 13 macrorregiões sanitárias (MINAS GERAIS, 2006). Estas macrorregiões são: Sul, Centro-Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte de Minas, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte. Como critério de agrupamento dos dados, utilizamos os municípios de acordo com cada macrorregião.

Os dados foram apresentados através de tabelas, onde verificamos as taxas de distribuição de leitos hospitalares psiquiátricos e percentuais dos leitos hospitalares psiquiátricos nas macrorregiões de Minas Gerais, em fevereiro de 2006 e 2007, distribuição percentual dos serviços substitutivos nas macrorregiões e distribuição percentual dos transtornos mentais nas macrorregiões de Minas Gerais, em fevereiro de 2007.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na Tabela 1 apresentamos a taxa de distribuição de Leitos Hospitalares de acordo com as macrorregiões de Minas Gerais em fevereiro de 2006 e 2007. Verificamos aumento no número de leitos hospitalares nas macrorregiões Sul, Centro, Jequitinhonha, Sudeste, Leste do Sul e Triângulo do Norte, nas macrorregiões Norte de Minas, Noroeste, Nordeste e Triângulo do Sul não há registro de modificação e houve diminuição dos leitos hospitalares nas macrorregiões Centro-Sul, Leste e Oeste.

A diminuição no número de leitos hospitalares da macrorregião Centro-Sul revela a reorientação da política pública estadual da Atenção à Saúde Mental quando também encontramos maior número de serviços substitutivos nesta macrorregião. Mas esta reorientação não é comum a todas as macrorregiões, como verificamos houve aumento do número de leitos hospitalares nas macrorregiões Centro e Sul enquanto as mesmas possuem o maior número de serviços substitutivos. Assim, entendemos que há uma regionalização da reorientação da política pública estadual na Atenção à Saúde Mental.

O Estado de Minas Gerais ainda tem encontrado dificuldades para viabilizar a política de Saúde Mental com conseqüente reestruturação da rede assistência. No estado há forte presença de hospitais psiquiátricos em regiões consideradas como pólos hospitalares (municípios de Barbacena, Belo Horizonte e Juiz de Fora), que estão localizadas nas macrorregiões Centro, Sul e Sudeste, como um dos impasses para a viabilização dessa reestruturação (ABOU-YD, 2002).

Na tabela 2 apresentamos a distribuição percentual dos Leitos Hospitalares conforme as

macrorregiões do estado de Minas Gerais, em fevereiro de 2007. Verificamos que o maior número de leitos hospitalares se encontra nas macrorregiões Sul, Centro-Sul, Centro e Sudeste e o menor número nas macrorregiões Jequitinhonha, Oeste, Leste, Norte de Minas Noroeste, Leste do Sul, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte, sendo que a macrorregião Nordeste não apresenta registro de leito hospitalar.

Tabela 1

Taxa de distribuição de Leitos Hospitalares, Minas Gerais, fevereiro
2006 e 2007

Macrorregiões	2006	2007	Taxa
Sul	633	678	0,93
Centro-Sul	960	920	1,04
Centro	1514	1556	0,97
Jequitinhonha	0	2	0,00
Oeste	116	115	1,00
Leste	10	8	1,25
Sudeste	1095	1098	0,99
Norte de Minas	134	134	0,00
Noroeste	4	4	0,00
Leste do Sul	2	9	0,22
Nordeste	0	0	0,00
Triângulo do Sul	167	167	0,00
Triângulo do Norte	134	135	0,99
Total	4769	4826	0,99

Tabela 2

Distribuição percentual dos Leitos Hospitalares nas macrorregiões de
Minas Gerais, fevereiro 2007. Total de leitos: 4.826

Regiões	
Sul	14,00
Centro-Sul	19,00
Centro	32,20
Jequitinhonha	0,04
Oeste	2,30
Leste	0,16
Sudeste	22,70
Norte de Minas	2,70
Noroeste	0,08
Leste do Sul	0,18
Nordeste	0,00
Triângulo do Sul	3,40
Triângulo do Norte	2,70

Na tabela 3 apresentamos a distribuição percentual dos Serviços Substitutivos em fevereiro de 2007, segundo as macrorregiões do estado de Minas Gerais. Encontramos nas macrorregiões Sul, Centro-Sul, Centro, Oeste, Leste, Norte, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte o maior número de serviços substitutivos e nas macrorregiões Jequitinhonha, Sudeste, Noroeste, Leste do Sul e Nordeste o menor número destes serviços.

Tabela 3

Distribuição percentual dos Serviços Substitutivos nas macrorregiões de Minas Gerais, fevereiro 2007

Regiões	Serviços Substitutivos					
	CAPSI II	CAPS I	CAPS II	CAPS Ili	CAPS AD	SRT
Sul	4,7	10	10,2	0	14,2	5,8
Centro-Sul	9,5	5	6,1	8,3	0	17,6
Centro	23,8	27,5	30,6	41,6	14,2	52,9
Jequitinhonha	0	0,8	2	0	0	0
Oeste	9,5	8,3	4	8,3	0	0
Leste	4,7	3,3	4	8,3	0	0
Sudeste	0	9,1	6,1	0	0	5,8
Norte de Minas	23,8	11,6	10,2	8,3	42,8	11,7
Noroeste	0	4,1	0	0	0	0
Leste do Sul	0	5,8	2	0	0	5,8
Nordeste	0	3,3	8,1	0	0	0
Triângulo do Sul	19	5,8	8,1	25	21,4	0
Triângulo do Norte	4,7	5	8,1	0	7,1	0
TOTAL	21	120	49	12	14	17

A macrorregião Sudeste se destaca neste contexto devido o grande número de leitos hospitalares e baixo número de serviços substitutivos. Verificamos que esta região coloca em suspensão um dos marcos do avanço obtido no estado que se caracteriza pela aprovação das leis estaduais nº. 11.802 e nº. 12.684, de 1995 e 1997, respectivamente. Estas leis preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental (MINAS GERAIS, 2006).

Entendemos que esta situação, apesar da crescente receptividade social à idéia de um tratamento diferente para os portadores de sofrimento mental, ainda mostra claramente a possibilidade de empreender uma Reforma mais ousada e de maior alcance. Apesar dos avanços e êxitos, esse processo desafia interesses poderosos encontrando obstáculos políticos (MINAS GERAIS, 2006; BORGES; BAPTISTA, 2008). Desta forma, mesmo que algumas macrorregiões não tenham expressivos avanços na implantação dos serviços substitutivos e conseqüentemente da política pública de Atenção à Saúde Mental, enfatizamos que o caminho está em construção e neste percurso muitos projetos e objetivos sendo conquistados. Neste sentido evidenciamos na macrorregião Norte de Minas que a taxa de serviços substitutivos é superior ao número de leitos hospitalares,

caracterizando a finalidade da Reforma Psiquiátrica.

A partir da portaria 106/2000, as residências para egressos passaram a chamar serviços residenciais terapêuticos (SRTs) (BRASIL, 2004b), nomenclatura freqüentemente questionada por razões diversas, mas assim estabelecida para justificar sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) (FURTADO, 2006). Minas Gerais conta com mais de uma década de experiências na desinstitucionalização de pacientes crônicos utilizando-se de residências terapêuticas. Tal experiência apresenta-se concentrada nas macrorregiões Centro e Centro-Sul, com 70,5% dos SRTs. Mas quando analisamos a macrorregião Centro encontramos aumento no número de leitos hospitalares psiquiátricos de 1514 para 1556 no período de fevereiro 2006 e 2007 (Tabela 1 e Tabela 3). Tal situação nos remete a indagações sobre possíveis condicionantes da limitada expansão das moradias em Minas Gerais, se considerados os volumes das necessidades e dos fomentos.

Em Minas Gerais, no mês de fevereiro de 2007, havia 4.826 leitos em hospitais psiquiátricos (Tabela 1) e 17 SRTs. Assim podemos considerar uma clientela potencial para novos SRTs para atender aos moradores dos hospitais psiquiátricos. Com base na realidade atual, de seis moradores em média por SRT (ainda que existam SRTs com dois moradores, na maioria das vezes casais, ou mesmo com um morador, quando este apresenta dificuldades de viver em grupo) temos à demanda de novas moradias para o estado de Minas Gerais (FURTADO, 2006).

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de que sete macrorregiões (Jequitinhonha, Oeste, Leste, Noroeste, Nordeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte) não contam com nenhum SRT até o mês de fevereiro de 2007 apesar de computarem 419 leitos em hospitais psiquiátricos (8,68% do estado de Minas Gerais).

Conforme já havia descrito para os estados do Brasil, parece não haver correlação, como se poderia esperar, entre o número de leitos psiquiátricos e a quantidade de SRTs existentes por macrorregião. Podemos encontrar estados com muitos leitos e poucos SRTs ou nenhum, bem como estados com poucos leitos e razoável quantidade de SRTs – o que pode indicar que o volume de internos de longa data não é fator preponderante para a abertura dos dispositivos analisados (FURTADO, 2006).

Na tabela 4 apresentamos a distribuição percentual dos transtornos mentais em fevereiro de 2007, segundo as macrorregiões do estado de Minas Gerais. Verificamos que, no estado de Minas Gerais em fevereiro de 2007, nas macrorregiões Sul, Centro-Sul, Centro, Oeste, Sudeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte maior número de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais, enquanto nas macrorregiões Jequitinhonha, Leste, Norte, Noroeste, Leste do Sul e Nordeste menor número pessoas acometidas.

Quando analisamos a distribuição percentual dos transtornos mentais em relação à distribuição percentual dos Serviços Substitutivos em fevereiro de 2007, segundo as macrorregiões do estado de Minas Gerais. Encontramos que as macrorregiões Sul, Centro-Sul, Centro, Oeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte há o maior número de serviços substitutivos e maior número de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais. Porém encontramos menor número destes serviços na macrorregião Sudeste apesar do grande número de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e paradoxalmente maior número destes serviços na macrorregião Leste apesar do pequeno número de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais (Tabela 3 e Tabela 4).

Tabela 4

Distribuição percentual dos transtornos mentais nas macrorregiões de Minas Gerais, fevereiro 2007

Regiões	Transtornos Mentais					
Sul	11,3	41,9	14,1	24,7	14,4	17,8
Centro-Sul	4,5	3,2	8,2	3,1	9	5,5
Centro	40,9	29	25,9	19	22,2	24,6
Jequitinhonha	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Oeste	9,0	9,6	6,5	3,4	5,4	7,2
Leste	0,0	0,0	0,9	1,4	0,6	1,2
Sudeste	27,2	3,2	19,7	33,2	36,7	19,4
Norte	0,0	0,0	2,6	4,8	6,0	5,7
Noroeste	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,2
Leste do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,6
Nordeste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Triângulo do Sul	2,2	0,0	11,1	4,9	0,6	9,9
Triângulo do Norte	4,5	12,9	10,5	5,1	3,0	4,7
TOTAL	44	31	304	850	166	483

Entendemos que o conhecimento da situação dos transtornos mentais e comportamentais no estado de Minas Gerais através dos recursos dos sistemas de informação em saúde via Internet, podem ser utilizados pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde como um meio seguro e simplificado para obtenção de dados e permite aos profissionais envolvidos, formular e executar ações importantes para mudanças necessárias. Certamente recursos assistenciais humanos, financeiros e de infra-estrutura seriam mais racionalmente distribuídos seguindo-se esta lógica (SILVA; COSTA JUNIOR, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a Reforma Psiquiátrica o novo paradigma de assistência aos portadores de sofrimento mental visa envolver vários cenários e atores. Nestes cenários encontramos os serviços substitutivos de atenção à Saúde Mental e como atores, a família, profissionais de saúde e a sociedade. Afinal, não é suficiente fechar o manicômio, mas são necessários profissionais, equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações, bem como os novos clientes. Neste sentido reconhecemos que os cuidados relacionados ao portador de sofrimento mental ultrapassam o campo da assistência psiquiátrica (FURTADO, 2006), Esta mudança de paradigma é orientada pela por uma política publica de Atenção à Saúde Mental.

Nesta investigação encontramos uma regionalização da reorientação da política pública estadual na Atenção à Saúde Mental:

- Em relação aos leitos hospitalares encontramos diminuição dos leitos nas macrorregiões Centro-Sul, Leste e Oeste;
- Em relação aos Serviços Substitutivos encontramos maior número de serviços nas macrorregiões Sul, Centro-Sul, Centro, Oeste, Leste, Norte, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte;

- Em relação à lógica centrada no hospital psiquiátrico para o cuidado nos serviços substitutivos encontramos maiores avanços na macrorregião Centro-Sul do estado e anacronismo na macrorregião Sudeste;
- Em relação aos serviços residenciais terapêuticos encontramos concentração destes nas macrorregiões Centro e Centro-Sul;
- Em relação ao diagnóstico de transtorno mental encontramos menor número de serviços substitutivos na macrorregião Sudeste apesar do grande número de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e paradoxalmente maior número destes serviços na macrorregião Leste apesar do pequeno número de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais.

Ainda neste estudo reconhecemos, enquanto profissional da saúde, o recurso dos sistemas de informação em saúde via WEB. Entendemos que esta fonte de informação se configura em meio seguro e simplificado para obtenção de dados. Estes dados quando utilizados, possibilitariam aos profissionais formular e executar ações e melhor distribuição dos recursos assistenciais humanos, financeiros e de infra-estrutura para produzir as mudanças necessárias para o gerenciamento dos serviços. O que provocaria a qualidade da assistência em saúde mental e psiquiatria conforme defendido por Silva e Costa Junior (2006).

Reconhecemos que muito se fez, mas muito há ainda por fazer, tanto para a manutenção das conquistas, como para a expansão das mudanças da Atenção em Saúde Mental, pois ainda temos como desafio a melhoria da qualidade de vida dos portadores de sofrimento mental, através da assistência qualificada em Serviços Substitutivos, do resgate da cidadania e inclusão social.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M.N. **Hospitais Psiquiátricos**: saídas para o fim. Belo Horizonte: FHEMIG-Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.

BORGES, C.F; BAPTISTA T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006.

GUERRA, A.M.C.; SOUZA, P.V.E. Reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. **Psicologia para América Latina**, v. 05, p. 05, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: SESMG, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Belo Horizonte: SESMG, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao

Acesso em 10 jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. Edusp, 1996.

SILVA, E.C.; COSTA JUNIOR, M.L. Transtornos mentais e comportamentos no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 196–202, jun. 2006.

VIANNA, P.C.M.; ALVES, M.; FREITAS, M.I.F. A percepção dos profissionais de saúde mental sobre as propostas da reforma psiquiátrica. **Enfermagem Em Revista**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13/14, p. 45-52, 2003