



# 10º Encontro Internacional de Política Social 17º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Democracia, participação popular e novas resistências  
Vitória (ES, Brasil), 27 a 29 de agosto de 2024

---

Eixo: Política Social e Estratégias de Desenvolvimento

## Transtorno mental e o SUS: desafios observados pelo NATEM/MP

Fabiane Marinho dos Santos<sup>1</sup>  
Helena Piombini Pimentel<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo visa abordar alguns dos desafios observados no exercício profissional, enquanto integrantes da equipe de Serviço Social do Núcleo de Apoio Técnico Multidisciplinar/NATEM do Ministério Público do Rio de Janeiro/MPRJ, em casos individuais de pessoas com transtorno mental usuários do Sistema Único de Saúde/SUS que demandaram a atuação do MPRJ. O artigo segue um percurso teórico sobre as fases da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a criação do SUS, a promulgação da Lei nº 10.216/2001, refletindo sobre o cuidado em território, a intersetorialidade, além de abordar sobre o desfinanciamento do SUS. Quanto aos resultados, propôs-se apresentar os desafios observados com considerações acerca destes.

**Palavras-chave:** saúde mental; desafios no acesso à saúde; Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## Mental disorder and the SUS: challenges observed by NATEM/MP

**Abstract:** This article aims to address some of the challenges observed in professional practice, as members of the Social Service team of the Multidisciplinary Technical Support Center/NATEM of the Public Ministry of Rio de Janeiro/MPRJ, in individual cases of people with mental disorders using the Unified System of Health/SUS that demanded the action of MPRJ. The article follows a theoretical path about the phases of the Brazilian Psychiatric Reform, the creation of the SUS, the promulgation of Law nº 10,216/2001, reflecting on care in the territory, intersectorality, in addition to addressing the defunding of the SUS. As for the results, we intend to present the challenges presented with considerations about them.

**Keywords:** mental health; challenges in access to healthcare; Psychiatric Reform Brazilian.

## Introdução

O presente artigo visa abordar alguns dos desafios observados no exercício profissional, enquanto integrantes da equipe de Serviço Social do Núcleo de Apoio Técnico Multidisciplinar/ NATEM<sup>3</sup> do Ministério Público do Rio de Janeiro/MPRJ, em casos individuais de pessoas com transtorno mental usuários do Sistema Único de Saúde/SUS e que demandaram a atuação do MPRJ.

---

<sup>1</sup> Assistente Social, integrante do Núcleo de Apoio Técnico Multidisciplinar/ NATEM do Ministério Público do Rio de Janeiro, pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Universidade Estácio de Sá/UNESA. fabiane.santos@mprj.mp.br.

<sup>2</sup> Assistente Social, integrante do Núcleo de Apoio Técnico Multidisciplinar/ NATEM do Ministério Público do Rio de Janeiro, mestranda em Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial/ MEPPSO no Instituto de Psiquiatria/IPUB da UFRJ. helena.pimentel@mprj.mp.br.

<sup>3</sup> Criado pela Resolução GPGJ Nº 2.215/2018, alterada posteriormente pela Resolução GPGJ Nº 2.362/2020.

Como integrantes da equipe de Serviço Social do NATEM/MPRJ, vinculada ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva da Pessoa com Deficiência (CAO Cível e Pessoa com Deficiência), prestamos assessoria técnica às Promotorias de Justiça Cíveis e de Família, e às Promotorias de Justiça de Órfãos, Sucessões e Resíduos em casos individuais de pessoas adultas com deficiência e/ou transtorno mental, e usuários de substâncias psicoativas, além da realização de inspeção em instituições de acolhimento institucional para pessoas com deficiência, em atendimento às solicitações da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva.

Decorrente da atuação profissional, foi possível constatar alguns desafios e demandas dos usuários do SUS que acessaram o MPRJ através de canais de denúncia, acionamento de conselhos municipais, comunicações realizadas pela rede saúde e de assistência social, dentre outras formas de acesso, como por exemplo, a representação presencial na ouvidoria institucional.

Cabe esclarecer que o Ministério Público possui a prerrogativa de “fazer valer a lei” ao defender o interesse público e agir em benefício da sociedade, conforme o artigo 127 da Constituição Federal de 1988, em que é atribuído a “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses individuais indisponíveis”. É nessa circunstância que o Ministério Público atua na defesa das pessoas em situação de risco social, tendo como base as leis vigentes do público específico, nesse caso a Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 13.146/2015, e os direitos previstos na Constituição Federal.

O artigo segue um percurso teórico sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080/1990, a promulgação da Lei nº 10.216/2001, o cuidado em território e a intersetorialidade, além de abordar sobre o “desfinanciamento” do SUS. Quanto aos resultados, propôs-se a apresentar, inicialmente, questões observadas no exercício profissional das autoras no atendimento a casos individuais de pessoas com transtorno mental.

Por se tratar de um relato de experiência, buscou-se refletir sobre alguns dos desafios e demandas dos usuários atendidos relacionados ao acesso do SUS, a luz Constituição Brasileira de 1988, da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001), a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009) e da Lei Brasileira de Inclusão/LBI (Lei nº 13.146/2015).

## **Uma breve abordagem sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento que busca transformar o modelo de assistência em saúde mental no Brasil, de forma a promover a humanização do cuidado, a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental, a mudança de paradigma do modelo asilar/hospitalocêntrico para o cuidado territorializado.

De acordo com Pedro Delgado (2014, 2023), o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou no final da década de 1970, período marcado pela crítica ao modelo asilar e a “mercantilização da loucura” (2023, p.12).

Segundo Delgado (2014), havia razões gerais e determinantes políticos, econômicos e culturais da época para o abandono dos pacientes em hospitais psiquiátricos, a saber: (i) a ideologia de que o tratamento psiquiátrico poderia ser realizado somente em ambiente fechado - concepção de que o paciente psiquiátrico era incapaz, perigoso, sem a possibilidade de melhora para convívio em comunidade; (ii) a ausência de alternativas de assistência fora do ambiente hospitalar, uma vez que haviam pouquíssimos ambulatorios, com poucas vagas ofertadas, sendo grande parte anexo aos hospitais psiquiátricos; (iii) a inexistência de uma política de saúde mental e de saúde, em âmbito nacional. Nesse período havia dois sistemas de saúde: o do Ministério da Saúde (para “indigente”) e de clínicas particulares conveniadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social/INAMPS (para aqueles com vínculo laboral – carteira de trabalho) (DELGADO, 2014, p.13-15).

Delgado (2023) destaca gravíssimas denúncias a forma como os pacientes eram tratados em hospitais psiquiátricos, desde a sedação química excessiva, maus tratos, agressões físicas, a mortalidade dos internos, a predominância de internações de longa permanência - refletindo um cenário de violência e abandono. Em 1978, há ampliação da indignação por parte dos trabalhadores de saúde mental, frente às condições de tratamento que os pacientes recebiam. Tal mobilização culmina no Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1979.

[...] no final dos anos 1970, quando se manifestam ativamente as ações críticas ao modelo asilar, com denúncia ao abandono e mortificação dos pacientes internados, e da centralização da assistência psiquiátrica em um único dispositivo e modo de cuidar, o manicômio (DELGADO, 2023, p.13).

Para Amarante e Nunes (2018), entre as décadas de 1970 e parte de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira desenvolveu “o pensamento crítico à institucionalização da loucura” (AMARANTE, NUNES, 2018, p. 2071).

A década de 1980 é marcada pelos primeiros esforços de desinstitucionalização, de criação de ambulatórios e um esforço na “humanização de grandes asilos psiquiátricos públicos”. Há a propositura de duas estratégias: a reforma do modelo asilar e a “ambulatorização” (DELGADO, 2014, 2023).

Amarante e Nunes apontam a predominância da perspectiva institucionalizante e que começam a ser pensadas novas formas de cuidado. “Os conceitos de institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total predominavam nos discursos de então. É no final dos anos 1980 que surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras” (AMARANTE, NUNES, 2018, p. 2071).

E, para refletir sobre esse processo de mudança, alguns elementos são necessários como a Reforma Sanitária Brasileira; a mobilização por parte dos trabalhadores da saúde e saúde mental, estudantes, lideranças acadêmicas; o período de transição para a democracia, além da Realização do II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental (Bauru/SP, em 1987) e o fechamento do Hospital Anchieta (Santos/SP, em 1989) (VASCONCELOS, 2012; DELGADO, 2014, 2023). Além disso, outro marco é a criação do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987. “São serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial” (AMARANTE, NUNES, 2018, p. 2071).

Cabe destacar que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira contou, também, com a participação dos usuários e familiares:

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada amplamente e antecedida de conferências municipais e estaduais, teve a participação expressiva de usuários e familiares, e apoiou as propostas de substituição do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos pela rede aberta de serviços comunitários (DELGADO, 2014, p.18).

Imbuído dos movimentos sociais, de trabalhadores da saúde e saúde mental, no contexto do processo de redemocratização do país, em 1988, através da promulgação Constituição Federal/1988, será instituída a seguridade social (DELGADO, 2023). Conforme o artigo 194 a “seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”. Sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, de acesso igualitário e universal (BRASIL, 1988).

Sob a égide da Lei nº 8.080/1990, foi criado o Sistema Único de Saúde/SUS, cujos princípios<sup>4</sup> são a Universalização, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único, e Participação Popular.

A Constituição de 1988 e a criação do SUS, em 1990, representam o novo potente cenário para o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão social e fortalecimento da democracia. Vista retrospectivamente, a RPb [Reforma Psiquiátrica Brasileira] se associa organicamente a todo o esforço de construção de pilares de um estado de bem-estar social, capaz de enfrentar a brutal desigualdade social e a violência estrutural que caracterizavam a sociedade brasileira, herdeira da escravidão e da ditadura (DELGADO, 2023, p.13).

Esses marcos legislativos possibilitaram um novo contexto para o desenvolvimento das políticas públicas de inclusão social (DELGADO, 2023). Paulo Delgado (PT-MG), no final de 1989, apresentou o Projeto de Lei 3.657/1989 que tratava sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Doze anos depois, foi promulgada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Até a promulgação da Lei nº 10.216, foram anos de debate sobre os modelos de assistência em saúde mental, pela substituição do modelo asilar para um cuidado em território, em liberdade (DELGADO, 2023).

A Lei nº 10.216/2001, é um marco jurídico frente a garantia dos direitos de pessoas com transtorno mental. Dos anos 2000, aos dias atuais, o foco está na consolidação e ampliação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial/CAPS, as residências terapêuticas, os serviços de atenção básica em saúde mental, entre outros. Além disso, há uma preocupação crescente com a promoção do trabalho em rede e da intersetorialidade, envolvendo diferentes áreas como saúde, assistência social, educação, trabalho e cultura.

Destaca-se que, nesse percurso, foram criados dispositivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos instituído pela Portaria/GM nº 106/2000; a criação do Programa De Volta Para Casa (Lei nº 10.708/2003), a organização dos CAPS (I, II, III), CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil) através da Portaria/GM nº 336/2002; a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF<sup>5</sup> (Portaria

---

<sup>4</sup> Os princípios norteadores do SUS estão disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 18/05/2024.

<sup>5</sup> Cabe destacar que, através da Portaria GM/MS nº 635/2023, o NASF foi substituído pelo e-Multi - Equipe Multiprofissional da Atenção Básica.

154/2008) e, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (AMARANTE, NUNES, 2018, p. 2072).

### **O cuidado em território**

Considerando a instituição da Lei nº 10.216/2001, novas práticas de cuidado são apresentadas como alternativas à lógica hospitalocêntrica. As redes de cuidado em saúde mental dão destaque à possibilidade de tratamento continuado em território às pessoas com transtorno mental.

Uma das estratégias para a operacionalização da transformação paradigmática do cuidado em saúde mental de serviços de saúde e do rompimento à lógica manicomial foi a aposta em uma rede de serviços de saúde composta pela atenção básica, pelos CAPS, residências terapêuticas, ambulatorios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros, que articulados entre si promoveriam o cuidado e acolhimento das pessoas com transtorno mental (FERNANDES, RIBEIRO, 2016, p. 50).

Desse modo, a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS contribui para que esse cuidado territorial seja efetivado através da “ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, conforme preconiza o artigo 1ª da Portaria nº 3.088/2011.

A atenção voltada aos usuários com histórico de institucionalização de longa permanência e o processo de desinstitucionalização preza pela reinserção familiar e/ou comunitária, com acesso aos serviços de atenção/reabilitação psicossocial ofertados pelo SUS.

Nos iniciais à promulgação da Lei nº 10.216, Norma Randemark et. al. (2004) realizaram um estudo intitulado “A reforma psiquiátrica no olhar das famílias”, com 10 famílias de pessoas com transtorno mental, usuários de um hospital-dia e Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, na cidade de Fortaleza/CE. Em um dos tópicos abordados, sobre a participação do cuidador no tratamento institucional, os autores apontam que são diversas as formas como os familiares participam do processo terapêutico. E, para a adesão ao tratamento, requer uma sensibilização da família pela instituição, mas que esse processo não está dado:

[...] grande parte da adesão decorre do papel desempenhado pelas instituições no sentido de sensibilizar os componentes da rede sociofamiliar a participar em forma mais ativa no tratamento do paciente, fortalecendo o vínculo com a instituição, o que nem sempre é observado (RANDEMARK et. al, 2004, p. 547).

Conforme apontado pelas autoras Schrank e Olschowsky (2008), para acolher/cuidar da pessoa com transtorno mental, a família passa por uma reestruturação em sua dinâmica, como por exemplo, a “dificuldade no trabalho e diminuição do lazer”. Portanto, para que “este convívio [da pessoa com transtorno mental e a família] seja saudável e positivo, é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer um continuum cuidado” (SCHRANK, OLSCHOWSKY, 2008, p. 128).

Dessa forma, observa-se que para a realização do cuidado no território, os serviços contam com o auxílio das famílias. No entanto, as relações podem requerer rearranjos familiares como nova forma de organização para maior dedicação ao usuário. Para tal, é importante que haja uma sensibilização da família pelo serviço, além de ser uma rede de apoio da família na oferta desse cuidado.

### **Intersetorialidade**

Com base na concepção da articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental, podemos discorrer a respeito da intersectorialidade e a perspectiva do sujeito de direito. A partir desse conceito, Couto e Delgado (2010) apresentam a crítica sobre o modelo clínico reduzido à psiquiatria tradicional e tratamento da doença como única alternativa de cuidado. Mas que a partir do cuidado ampliado é possível compreender o contexto biopsicossocial em que o sujeito está inserido e suas reais demandas. Para os autores, “uma clínica ampliada, portanto, que não se coloca em exterioridade ao fato (phatos) clínico, só apreensível pelo que dele se manifesta em um sujeito que é sempre contingente, histórico, territorial e singular” (COUTO, DELGADO, 2010, p. 4).

E quais seriam as políticas públicas que poderiam integrar esse cuidado ampliado? Podemos citar a assistência social, educação, habitação, cultura e lazer, esportes, trabalho e renda, cuja parceria intersectorial chegará à ação de compartilhamento, superando barreiras para a efetivação dos cuidados do sujeito.

O MPRJ apresenta o Projeto Saúde Mental é Mais Legal que tem como um dos objetivos “facilitar a interlocução entre as Promotorias e a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS para encontrar alternativas, saídas e soluções dessas questões”<sup>6</sup>. A

---

<sup>6</sup> A apresentação do Projeto Saúde Mental é Mais Legal está disponível

título de exemplo, ao longo do acompanhamento dos casos pelo Projeto, são observadas barreiras e trabalhos isolados de cada setor convidado para participar das reuniões, que atuam em casos complexos que envolvam pessoas com transtorno mental em situação de risco social. E, a oportunidade de articulação para a efetivação do cuidado ampliado, possibilita chegar a uma ação compartilhada em benefício do caso em discussão. Além disso, no decorrer das reuniões de acompanhamento dos casos inscritos no projeto, nota-se uma otimização para definição dos encaminhamentos propostos, bem como propicia o compartilhamento das informações sobre o caso entre os atores envolvidos.

### **O SUS e seu subfinanciamento**

Conforme apontado anteriormente, o SUS é o Sistema Único de Saúde Brasileiro e seu financiamento é de responsabilidade dos três entes federativos: federal, estadual e municipal, através da vinculação de orçamento da seguridade social. De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, há definição de que os municípios devem investir no mínimo 15% de suas receitas e, os estados 12%. Com relação à União, ficou definida uma regra específica, de que “deverá investir o mesmo valor do ano anterior adicionado da variação nominal do Produto Interno Bruto/ PIB”<sup>7</sup>. Assim, a Lei nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde/ASPS.

São consideradas ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios presentes no artigo 7 da Lei nº 8.080 e as diretrizes: (i) ASPS acesso universal, igualitário e gratuito; (ii) que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da federativo; (iii) e que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2012).

---

em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1999874/18-Projeto+Sa%C3%BAde+Mental+%C3%A9+Mais+Legal.pdf>.

<sup>7</sup> Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/pagamentos-e-gestao-dos-recursos-do-sus/#:~:text=Como%20%C3%A9%20o%20financiamento%20do,de%20or%C3%A7amento%20da%20seguridade%20social.>>. Acesso em: 18/05/2024.

As ações e serviços definidas no artigo 3 da lei contempla desde a vigilância em saúde, saneamento, capacitação de profissionais, o desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do SUS, a aquisição de insumos e investimento na rede física do SUS.

Cabe destacar que o direito a saúde, embora instituído em leis federais, passa por diferentes tensões e disputas quanto a sua garantia. Na Nota Técnica nº 109/2023 do Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada/IPEA, OCKÉ-REIS et. al. apontam que desde a criação do SUS, há um subfinanciamento das ASPC e, com a Emenda Constitucional/EC nº 95/2016, que congelou os recursos de políticas por 20 anos, houve perda no orçamento para saúde. Os autores consideram que, para melhorar as condições de saúde e o acesso à atenção à saúde da população, é necessário debater sobre o financiamento do SUS, de forma a aumentar a participação do governo federal:

Assim, seria possível priorizar a contratação de profissionais e gestores de saúde; a capacitação e a expansão das unidades públicas de saúde da administração direta; e o fortalecimento das redes regionalizadas, com ênfase no papel da atenção primária à saúde como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado (OCKÉ-REIS et. al., 2023, p. 9).

Em um estudo realizado por Fabiola Vieira (2020), a autora examinou os recursos do SUS de 2010 a 2019, as tendências recentes de alocação de recursos federais e a possibilidade de alcance das metas do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável/ODS da Agenda 2030, aprovada em 2015 na Cúpula das Nações Unidas, com assinatura de 193 Estados-membros, incluindo o Brasil. Para a autora, a EC 95/2016 impôs uma importante restrição no financiamento do SUS e observa que houve um aumento na participação das famílias “na despesa com o consumo final de bens e serviços de saúde, que passou de 53,5%, em 2010, para 56,8% em 2017” (VIEIRA, 2020, p.8). Ainda de acordo com Vieira:

Ainda que não se disponha, até o momento, de números exatos para o Brasil, sabe-se que parte significativa dessas despesas ocorre do desembolso direto, especialmente para a compra de medicamentos, e que o crescimento desse tipo de desembolso é um dos principais fatores de piora da equidade no financiamento dos sistemas de saúde (VIEIRA, 2020, p.8).

Pesquisadoras e pesquisadores da Economia da Saúde vêm utilizando a expressão “desfinanciamento do SUS” para identificar o processo de retirada de recursos do SUS a partir da EC 95/2016. De acordo com ANDRADE, COSTA, RIZOTTO (2023), há um maior investimento em saúde privada do que com a saúde pública.

O Brasil hoje, contraditoriamente, e apesar da importância do SUS, gasta mais com a saúde privada do que com a saúde pública. Nos últimos anos, a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, passou inclusive a desfinanciar a saúde, que teve seu piso mínimo de gastos (15% da Receita Corrente Líquida – RCL) congelado desde 2017 (ANDRADE, COSTA, RIZOTTO, 2023, p.7).

Ante o exposto, observa-se que desde a criação do SUS, o financiamento deste sistema de saúde universal tem sofrido com seu subfinanciamento e, com a EC 95/2016, houve o agravamento do cenário da saúde pública no Brasil.

## **Resultados**

A assistência à pessoa com transtorno mental é ampliada com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, através da Lei Brasileira de Inclusão, que reforça a concepção do reconhecimento como sujeitos de direito. O MP é citado como o defensor deste segmento populacional, cabendo às Promotorias de Justiça, com atribuição, desempenhar atribuições pertinentes à tutela individual da pessoa com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas, exercendo medidas administrativas e/ou judiciais.

Comunicações e denúncias chegam ao MPRJ através de diversos canais, como Conselho Municipal, Ouvidoria da ALERJ, Disque 100, Carta Precatória, Ouvidoria Institucional representação pessoal no órgão institucional, comunicado da rede socioassistencial e comunicado da rede de saúde. E, é através dos despachos/solicitações das Promotorias de Justiça Cíveis, de Família, Órfãos, Sucessões e Resíduos, que a equipe de Serviço Social do NATEM realiza estudos sociais de casos individuais de pessoas com transtorno mental, sendo possível constatar a situação de risco social vivenciada pela população demandante.

A fim de instrumentalizar a atuação do Promotor de Justiça, o MPRJ elaborou a cartilha “Ministério Público e Tutela à Saúde Mental MPRJ” (2011). Neste estudo, já foram apontadas algumas dificuldades desafiadoras para Política Nacional de Saúde Mental, tais como: falta de continuidade de tratamento psiquiátrico e serviços de reabilitação psicossocial aos pacientes desinstitucionalizados [...]; migração dos usuários para atendimento em CAPS fora da área territorial de moradia, superlotando a unidade de saúde mental [...]; o não acesso a medicamentos [...]; excesso de demanda para as equipes de saúde, ocasionando intervenção insatisfatória como a demora no atendimento e na reavaliação do Projeto Terapêutico Singular [...]; “falta de capacitação dos profissionais que atuam nos ambulatórios gerais ou especializados: normalmente

contratados ou cooperativados”; [dentre outras] (MPRJ, 2011, p. 82).

Cabe pontuar que os desafios que serão abordados foram observados pelas autoras em sua atuação profissional, a partir de 2022, e que essa discussão não possui a pretensão de se esgotar neste artigo. Considerando o recorte do relato de experiência sobre os desafios do SUS observados em casos individuais, podemos destacar: o não acesso a medicamentos; a alternância de profissionais e o baixo efetivo de profissionais frente a demanda para atendimento; a insuficiência de dispositivos da RAPS para atendimento no território.

Com relação ao não acesso a medicamentos, há relatos de que o medicamento estava em falta na unidade de saúde de referência, havendo a necessidade de que o mesmo fosse adquirido pelo usuário/familiar. Aqui, cabe retomar um dos pontos abordados por Vieira (2020) em que foi possível observar o aumento das despesas da família com saúde, sendo a compra de medicamentos um dos elementos para piora da equidade no financiamento do sistema de saúde. Em outras palavras, usuários em situação de escassez financeira deixam de ter acesso aos medicamentos, uma vez que não estão disponíveis para retirada e não dispõem de recurso financeiro para aquisição própria, comprometendo seu quadro de saúde e tratamento.

Na realização das entrevistas individuais e em contato com profissionais de diferentes equipamentos, ouviu-se relatos sobre a troca de profissionais no serviço e/ou falta de quadro de funcionários para atendimento às demandas dos usuários, como a ausência de médico psiquiatra. Tais questões dificultam a vinculação dos usuários com os serviços, além de precarizar as relações de trabalho.

Outro ponto a ser destacado é o quantitativo insuficiente de CAPS/CAPSad para atendimento à população adulta, conforme apontado na Informação Técnica nº 514/2015<sup>8</sup>, do Grupo de Apoio Técnico Especializado/GATE, do MPRJ.

De acordo com o documento, o número de CAPS existentes no município do Rio de Janeiro era insuficiente, sendo apresentada a necessidade da criação de novos serviços “para o estabelecimento de uma rede de cuidados adequada, segundo o estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Rede de

---

<sup>8</sup> Disponível em: [http://p-web01.mp.rj.gov.br/Informativos/4\\_cao/2015/05\\_Agosto\\_Setembro/DESTAQUES/Rede\\_de\\_Atencao\\_Psicossocial\\_Municipio\\_do\\_Rio\\_de\\_Janeiro.pdf](http://p-web01.mp.rj.gov.br/Informativos/4_cao/2015/05_Agosto_Setembro/DESTAQUES/Rede_de_Atencao_Psicossocial_Municipio_do_Rio_de_Janeiro.pdf). Acesso em: 21/05/2024.

Atenção Psicossocial)” (SOUZA, 2015, p.7). A saber: a criação de 06 unidades de CAPSIII e 10 unidades de CAPSadIII.

Na tabela abaixo, apresentaremos a cobertura de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro em 2015, conforme Nota Informativa e o quantitativo de 2024, conforme consta no site da Prefeitura do Rio de Janeiro<sup>9</sup>:

Tabela 1 - Tabela comparativa de CAPS/CAPSad nos anos de 2015 e 2024

Região	CAPS II		CAPS III		CAPSad II		CAPSad III	
	2015	2024	2015	2024	2015	2024	2015	2024
AP 1.0	0	0	0	0	0	0	0	0
AP 2.1	0	0	1	2	1	1	0	0
AP 2.2	1	1	0	0	1	0	0	0
AP 3.1	2	1	1	3	0	0	1	1
AP 3.2	3	0	0	3	1	0	0	1
AP 3.3	2	2	0	1	0	0	1	2
AP 4.0	1	0	0	2	0	0	1	1
AP 5.1	1	2	0	1	0	0	0	0
AP 5.2	2	1	0	1	0	0	0	0
AP 5.3	1	1	0	0	1	1	0	0
<b>Total Município</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

Fonte: Tabela adaptada baseada na Informação Técnica nº 514/2015/GATE-MPRJ, referente ao ano de 2015 & informação do quantitativo de CAPS municipais no Rio de Janeiro, com referência os dados públicos do site da Prefeitura do Rio de Janeiro.

A tabela acima apresenta que houve aumento do número de CAPS III, comparado com 2015. No entanto, a AP 1.0 permanece sem nenhum CAPS (II ou III) e CAPS AD (II ou III). As AP 2.2, AP 5.1 e AP 5.2 não possuem CAPS AD (II ou III). Portanto, podemos considerar que em razão do número insignificante e da ausência de CAPS em determinadas regiões aumenta a demanda por atendimentos nos demais dispositivos de saúde mental, afetando a qualidade dos serviços prestados.

Foi possível observar, também, a percepção, por alguns profissionais, de que o usuário “não adere ao tratamento”, por vezes relacionado à responsabilização das famílias, e até mesmo compreendidas como negligentes. Nesse sentido, é importante

<sup>9</sup> Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/saude-mental/caps/>. Acesso em: 29/05/2024.

considerarmos, também, que o exercício do cuidado desenvolvido pelos familiares pode implicar em sobrecarga de membros da família.

Koga e Furegato (2002) realizaram um estudo com cuidadores de pessoas com esquizofrenia e identificaram três tipos de sobrecarga impostos à família: (i) sobrecarga financeira; (ii) sobrecarga nas rotinas familiares e (iii) sobrecarga em forma de doença física ou emocional. Tais elementos apontam para necessidade de uma política pública de cuidados em que se considere os cuidadores familiares de pessoas com transtorno mental – o que tem sido debatido recentemente.

Tais questões trazem à tona necessidade de discussão sobre as barreiras de acesso, a continuidade do tratamento, a necessidade de ampliação de serviços e quadro de profissionais em saúde mental, além de uma política de cuidado que possa assegurar ao usuário o acesso à saúde, auxiliando às famílias, para que sejam um espaço de proteção.

Embora haja tantos desafios, é possível notar a presença de profissionais comprometidos em prestar um atendimento de qualidade, de forma a garantir o acesso à saúde e com a perspectiva de uma ação articulada intersetorialmente. Por vezes, esses trabalhadores ultrapassam sua atuação profissional diante de casos complexos.

### **Considerações**

Conforme exposto, nota-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira está em curso, tendo em vista os desafios a serem superados como: a insuficiente cobertura de dispositivos substitutivos à lógica manicomial, o que contribui para a descontinuidade de tratamento; a concepção de que a internação involuntária e/ou compulsória, como melhor alternativa para tratamento em casos complexos; o subfinanciamento do SUS, impactando diretamente no acesso à saúde pela população usuária.

Fazendo um comparativo com “Alguns problemas enfrentados na Política Nacional de Saúde Mental”, da Cartilha do Ministério Público e Tutela à Saúde Mental, podemos constatar que, embora a cartilha tenha sido publicada há 13 anos, identificamos que as situações elencadas ainda são observadas em nossa atuação profissional. Como estratégia para tentar mitigar as dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental, cabe a equipe do NATEM, ao observar casos de irregularidade ou omissão na rede pública de saúde, apresentar as circunstâncias ao CAO Cível e Pessoa com Deficiência para que, então, sejam encaminhadas Notícias de Fato ao Centro de Apoio Operacional das

Promotorias de Justiça de Saúde, para adoção de medidas cabíveis, considerando a “possibilidade de superação do paradoxo da saúde pública no Brasil: o descompasso entre legislação e as dificuldades encontradas pela população para obter serviços de boa qualidade” (MPRJ, *apud* LOBATO, PINHEIRO E ASENSI, 2008).

Seria pretencioso sugerir “soluções” para os desafios observados durante esses dois anos de atuação, que se somam a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira com as disputas ético-políticas em curso; o congelamento do investimento no SUS, através da EC 95/2016. No entanto, visando contribuir para o debate e na perspectiva da garantia de direitos humanos, do acesso universal à saúde, norteadas pelo princípio de equidade, consideramos que é necessária a criação de novos equipamentos para cuidado no território, como novos CAPS/CAPSAd, Residências Terapêuticas; a efetivação da Política Nacional de Cuidados (proposta da política em elaboração); ampliação do orçamento do Sistema Único de Saúde e a formação e capacitação continuada das equipes conforme os princípios do SUS.

## Referências

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2067-2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018. Acesso em: 23/05/2024.

ANDRADE, Eli I. G.; COSTA, Ana M.; RIZOTTO, Maria L. F. Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia. Editorial, In: **Saúde em debate** 47 (137), Apr-Jun, 2023. DOI 10.1590/0103-1104202313700. Acesso em: 18/05/2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2023]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 17/05/2024.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar N° 141**, de 13 de Janeiro de 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 17/05/2024.

COUTO, Maria C. V.; DELGADO, Pedro G. G., Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações Preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**, São Paulo: Ed. Hicitec. 2010. Disponível em <https://www.nuppsam.org/intersetorialidade-uma-exigencia-da-clinica-com-criancas-na-atencao-psicossocial/>. Acesso em 18/05/2024.

OCKÉ-REIS, Carlos O.; BENEVIDES, Rodrigo; FUNCIA, Francisco; MELO, Mariana. **Evolução do piso federal em saúde: 2013-2020**. Brasília, DF: Ipea, out. 2023. 12 p. (Disoc: Nota Técnica, 109). DOI: 10.38116/ntdisoc109-port. Acesso em: 10/05/2024.

DELGADO, Pedro G. G. Reforma Psiquiátrica. In: **Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos**. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas: da Coerção à Coesão, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Santa Catarina, Florianópolis, Módulo II, p. 11-28, 2014.

\_\_\_\_\_. O Campo da Atenção Psicossocial: Simultaneidade e Sucessividade. In: SERPA JÚNIOR, O., MUÑOZ, N. M., COUTO, M. C. V.; FIGUEIREDO, A. C. C. **Caminhos da Atenção Psicossocial**. 1ª ed. - Curitiba: Appris, 2023. 311 p.

FERNANDES, Juliana C.; RIBEIRO, Clarice S. Saúde Mental e Serviço Social: Entre o Campo e o Núcleo. In: ROSA, L. (org.). **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 45-72.

KOGA, Mariko; FUREGATO, Antônia R. (2002). Convivência com a Pessoa Esquizofrênica: Sobrecarga Familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 1(1), 79-63. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656/3596>. Acesso em: 17/05/2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO. Ministério Público e Tutela à Saúde Mental. **A Proteção de Pessoas Portadoras de Transtornos Psiquiátricos e de Usuários de Álcool e Drogas**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/76319/cartilha\\_saude\\_mental\\_versao\\_final.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/76319/cartilha_saude_mental_versao_final.pdf). Acesso em: 18/05/2024.

RANDEMARK, Norma F. R.; JORGE., Maria S. B.; QUEIROZ, Maria V. O. (2004) A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. In: **Contexto Enfermagem**, Out-Dez; 13(4):543-50. DOI: 10.1590/S0104-07072004000400006. Acesso em: 17/05/2024.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, mar. 2008. DOI: 10.1590/S0080-62342008000100017. Acesso em: 07/05/2024.

VASCONCELOS, Cipriano M. de; PASCHE, Dário F. O S.U.S em Perspectiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner [et. al.] (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. Ver. Aum. São Paulo: Hucitec, 2012. 968.

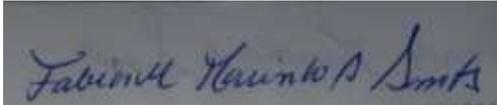
VIEIRA, Fabiola S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. In: **Revista Saúde Pública**. 2020; 54:127. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002414. Acesso em: 17/05/2024.

## ANEXO

Concordância expressa para publicação de artigo científico no 10º Encontro Internacional de Política Social e 17º Encontro Nacional de Política Social.

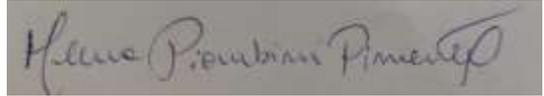
Nós, Fabiane Marinho dos Santos e Helena Piombini Pimentel na qualidade de autoras e titulares dos direitos autorais do artigo científico intitulado: Transtorno mental e o SUS: desafios observados pelo NATEM/MP, autorizamos o Encontro Nacional de Política Social a divulgá-lo.

Rio de Janeiro, 30 de maio de 2024.



Fabiane Marinho dos Santos

Autora



Helena Piombini Pimentel

Autora