



# CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

## Requerimento de Comissão

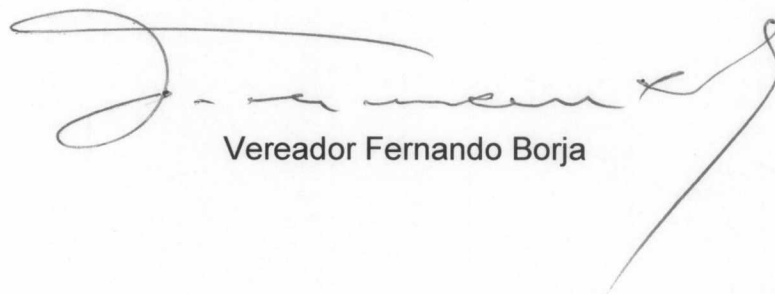
REQUERIMENTO **716/2020**

PROTOCOLIZADO EM PLENÁRIO 05 / 10 / 20 às 12 h 04 min duval/218 Responsável
--

Senhor Presidente,

Requeiro a esta comissão a juntada dos documentos, em anexo, fornecidos pela Sra. Maria da Conceição Dias de Assis Lacerda, usuária da rede SUS-BH, convidada para a 5ª reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito – Extinção de Leitos Psiquiátricos, realizada no dia 05 de outubro de 2020.

Belo Horizonte, 05 de outubro de 2020

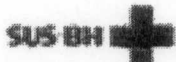


Vereador Fernando Borja

Ao Senhor

Vereador Fernando Borja

Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito – Extinção de Leitos Psiquiátricos



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**



**OFÍCIO GERÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL/DIAS/SUAS/SMSA/ Nº79 /2020**

Belo Horizonte - 09 de julho de 2020

Em resposta ao processo 9000921.61.2018.813.0024

Usuário: Nicolai de Assis Lacerda

Exmo. Sr Dr. Promotor de Justiça,

Em resposta ao expediente supracitado informamos que o usuário Nicolai de Assis Lacerda encontra-se em acompanhamento no Cersam Ad Centro-sul, encaminhado do Hospital Galba Veloso, conforme relatório em anexo.

Segundo a equipe técnica que o acompanha, a indicação de tratamento para Nicolai, no momento, não é a de internação, mas sim, que o acompanhamento seja realizado em serviço aberto, com toda a oferta e estratégias de cuidado para a singularidade do caso.

Diante do exposto, a Rede de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte se encontra empenhada em construir e fortalecer com o usuário um vínculo para que possam junto, sustentar o tratamento, sempre de forma responsável e cuidadosa. Porém, é de suma importância que a família esteja em concordância com a oferta e condução do tratamento para que possamos obter. A equipe do Cersam AD Centro-sul aponta para as dificuldades em relação à mãe do usuário, inclusive de um não retorno dele ao serviço, mesmo após os esclarecimentos com a mãe. De todo modo, esta Rede encontra-se a disposição para dar continuidade e construir novas estratégias para que Nicolai possa dar continuidade ao tratamento.

Sem mais para o momento, ficamos à disposição para quaisquer outras informações que se façam necessárias.

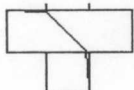
Atenciosamente,

Marina Ziviani  
Assessora Técnica  
Coordenadora de Saúde Mental  
Diretoria de Assistência - DIAS

Marina Ziviani

**Referência Técnica de Saúde Mental  
Gerência da Rede de Saúde Mental  
Diretoria de Assistência - DIAS**

**03a UNIDADE JURISDICCIONAL DA FAZENDA PÚBLICA  
Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública  
AVENIDA FRANCISCO SALES, 1445, Santa Efigênia,  
Belo Horizonte - MG, 30150-224**



**SUS** Sistema  
Único  
de Saúde

REFERÊNCIA MONITORAL DE DELEGATADO  
**GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**

UNIDADE DE ORIGEM:	NOME:	PRONTUÁRIO:
CMT / FHEMIG	NICOLAI DE ASSIS LACERDA	29403

DA CLÍNICA: <u>PSIQUIATRIA</u>	<input type="checkbox"/> ENFERMAGEM
À CLÍNICA: <u>Declaração Médica</u>	<input type="checkbox"/> LEITO

MOTIVO DA CONSULTA (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO):

Declaro para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se em acompanhamento no centro Mineiro de Toxicomania sob meus cuidados desde 26/06/2020, sendo presente e regular nas consultas agendadas.



16/07/2020

DATA

THIAGO DE OLIVEIRA GONÇALVES - 66750

PARECER / CONTRA REFERÊNCIA:

DATA

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

COD. SUS/MG 00.04

ESTE IMPRESSO DEVE RETORNAR AO MÉDICO DO 1º ATENDIMENTO

## ENCAMINHAMENTO À SAÚDE MENTAL

SM03

Paciente: NICOLAI DE ASSIS LACERDA

Endereço: SAO ROQUE n.º 686

Telefone: (31) 3244-9323

Bairro: SAGRADA FAMILIA

Município: BELO HORIZONTE

UF: MG

## CONSULTA MARCADA PARA:

Unidade de saúde:

Regional: ADMR OESTE

Endereço: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Telefone:

Nome do profissional: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Data da consulta: 25/06/2018

Hora: 10:00

Descrição

CID

F142 - Transtornos mentais e comport. dev. uso cocaína - síndrome de dependência

F142

F208 - Outras esquizofrenias

F208

## RELATÓRIO DE ALTA (EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA USADA, QUADRO ATUAL):

paciente foi internado compulsoriamente devido quadro de alteração de comportamento, fenômenos produtivos e uso de SPAS. Evoluiu com estabilização do quadro e remissão da sintomatologia produtiva. Fez uso de Clozapina 200 mg/dia e Fluoxetina 20 mg/dia

## MEDICAÇÃO APÓS A ALTA:

Clozapina 200 mg/dia e Fluoxetina 20 mg/dia

## OBSERVAÇÕES:

## RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

Nome: André Luiz de Sena Nunes - (CRM: 38023) - PSQUIATRIA

Carimbo:

Dr. André Luiz Nunes  
Médico  
CRM-MG 38023

Nome do hospital: HOSPITAL GALBA VELLOSO

Data: 21/06/2018



FHEMIG		SUS		CARTÃO DE MATRÍCULA/CONSULTA	
UNID. HOSP. CMT					
NOME DO PACIENTE: Nicolai					
DIAGNÓSTICO: 32179009					
FILIAÇÃO:					
Nº REGISTRO: 29403		C. SÓCIO ECONÔMICA			
DATA	HORA	SETOR	PROFISSIONAL		
26/6	10:00	AB	Robson		
27/7	9:00		Robson		
29/7	9:00	Arm B	Robson		
13-8	12hrs	AB	Robson		

FHEMIG		SUS		CARTÃO DE MATRÍCULA/CONSULTA	
UNID. HOSP. CMT					
NOME DO PACIENTE: Nicolai Assis					
DIAGNÓSTICO:					
FILIAÇÃO:					
Nº REGISTRO: 29403		C. SÓCIO ECONÔMICA			
DATA	HORA	SETOR	PROFISSIONAL		
10/6	10h	4ª F	Marcelo		
18/6	16:00h	5ª F	Thiago		
23/7	15:00	5ª F	Thiago		
19/7	16:00	5ª F	Thiago		
16/7	16:00	5ª F	Thiago		
13/08	17:00	5ª F	Thiago		
21.09	17:00	2ª F	Thiago		
02.11	16:30	2ª F	Thiago		

Proposição Inicial  
 Avulsos distribuídos em:  
 05/10/20  
 Responsável pela distribuição: [Assinatura]



# CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

## Requerimento de Comissão

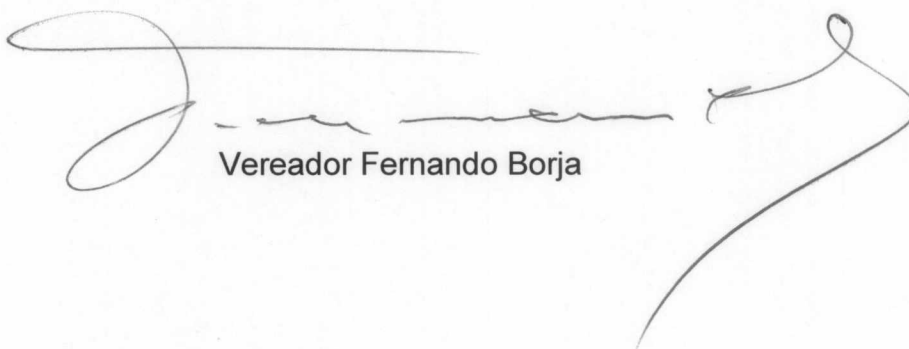
REQUERIMENTO **717/2020**

PROTOCOLIZADO EM	
PLENÁRIO	
05 / 10 / 20	
às 12 h	09 min
Qua/21/8	
Responsável	

Senhor Presidente,

Requeiro a esta comissão a juntada dos documentos, em anexo, fornecidos pelo Sr. Fernando Siqueira, gerente da Rede de Saúde Mental, da SMSA-BH, durante oitiva, na 5ª reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito – Extinção de Leitos Psiquiátricos, realizada no dia 05 de outubro de 2020 .

Belo Horizonte, 05 de outubro de 2020



Vereador Fernando Borja

Ao Senhor

Vereador Fernando Borja

Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito – Extinção de Leitos Psiquiátricos

## MEMO CIRCULAR INTERNO 026/2020 – URGÊNCIA

Belo Horizonte, 12/03/2020

Após reunião com a Coordenação Municipal de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte e considerando que somos um serviço aberto do SUS de PORTAS ABERTAS, pactuou-se que:

### PLANTÃO DIURNO

1-Usuários de B.H. que procurarem o serviço por demanda espontânea deverão ser acolhidas pela equipe da urgência. Após avaliação e discussão do caso, devem ser produzidos encaminhamentos responsáveis de acordo com a demanda e os serviços de referência apropriados, sejam os Centros de Saúde ou CERSAM's.

2-Usuários de B.H. trazidos por PM, Corpo de Bombeiros e SAMU deverão ser orientados quanto aos serviços de referência em saúde mental. Estas ações fortalecem a REDE e vão ao encontro do fluxo. Entretanto, por se tratar de uma instituição hospitalar, deve-se abrir ficha no guichê para registro da abordagem realizada pela equipe do plantão da urgência. Não é necessário encaminhamento ou contato com os respectivos serviços, salvo exceções.

### PLANTÃO NOTURNO

1-Usuários de B.H. trazidos por PM, Corpo de Bombeiros e SAMU, após as 19h, deverão ser encaminhados ao SUP. Caso haja alguma questão com o SUP naquele momento, é possível fazermos parcerias como pernoite na sala de observação para encaminhamento do usuário pela manhã. É imprescindível o registro destas pactuações em livros de ata.

Acorda-se também, que nenhum CERSAM deve encaminhar usuários para internação sem que haja uma discussão prévia com todos os envolvidos no caso e a Coordenação de saúde Mental. Caso haja indicação, os serviços devem desenvolver ações de cuidado compartilhadas.

Atenciosamente,  
Roberta Pádua Moraes MASP 11049541  
Coordenação da Urgência

## Usuários de Belo Horizonte - IRS/HGV

7 mensagens

Fernando Siqueira <fernandosiqueira@pbh.gov.br>

31 de março de 2020 11:36

Para: Ana Cristina <anacristorgasaade@gmail.com>, ARNOR <arnor@pbh.gov.br>, Bianca Barreiro <bianca.veloso@pbh.gov.br>, Bianca Barreiro <biancavmonteiro@pbh.gov.br>, Conceição Cersam AD Nordeste <maria.conceicaosantos@pbh.gov.br>, Fernando Libânio Cersami CS <flibanio7@gmail.com>, Kelly <kellynilo@pbh.gov.br>, Luciene <lumabessa@yahoo.com.br>, Márcia <mcd@pbh.gov.br>, Mônica Cersam AD CS <monica.borges@fhemig.mg.gov.br>, Paula Brant Fernandes <paulabrant@pbh.gov.br>, Paulo <paulorigomes@pbh.gov.br>, Ramon Alfenas Panades <ramon.panades@pbh.gov.br>, Renata <renatac@pbh.gov.br>, Simone Cristina De Paulo <simone.paulo@pbh.gov.br>, Walkiria Normandia dos Santos <walkiria.normandia@pbh.gov.br>, Centro de Referencia em saude Mental Pampulha <cersamadp@pbh.gov.br>, Cersam AD CS <cmt.direcao@fhemig.mg.gov.br>, CERSAM AD Barreiro <cersamadb@pbh.gov.br>, CERSAM AD NORDESTE <cersamadne@pbh.gov.br>, Cersam Barreiro <cersam.barreiro@pbh.gov.br>, cersam leste <cersaml@pbh.gov.br>, Cersam Nordeste <cersamne@pbh.gov.br>, Cersam Noroeste <cersamno@pbh.gov.br>, CERSAM NORTE <cersamn@pbh.gov.br>, CERSAM OESTE <cersamoeste@pbh.gov.br>, CERSAM PAMPULHA <cersamp@pbh.gov.br>, Cersam venda nova <Cersamvn@pbh.gov.br>, Cersami CS <cepai.diretoria@fhemig.mg.gov.br>, CERSAMI NE <cersamine@pbh.gov.br>, Cersami NO <cersami@pbh.gov.br>, "irs.direcao@fhemig.mg.gov.br" <irs.direcao@fhemig.mg.gov.br>, IRS Diretor <irs.diretor@fhemig.mg.gov.br>, "irs.residencia@fhemig.mg.gov.br" <irs.residencia@fhemig.mg.gov.br>, CMT - Assistencial <cmt.assistencial@fhemig.mg.gov.br>, CePAI - Gerência <cepai.gerencia@fhemig.mg.gov.br>, DIRASS Secretaria <secdirass@fhemig.mg.gov.br>, "presidencia@fhemig.mg.gov.br" <presidencia@fhemig.mg.gov.br>, "lucineia.carvalhais@fhemig.mg.gov.br" <lucineia.carvalhais@fhemig.mg.gov.br>, "smental@pbh.gov.br" <smental@pbh.gov.br>, hgv direcao <hgv.direcao@fhemig.mg.gov.br>, "hgv.assistencial" <hgv.assistencial@fhemig.mg.gov.br>

Prezados:

- Dr. Fábio Baccheretti - Presidente da FHEMIG
- Dra Lucineia Carvalhais - Diretora Assistencial
- Dr. Marco Antônio Andrade - Diretor do Instituto Raul Soares
- Gerentes dos Cersam de Belo Horizonte

Recebi, com **INDIGNAÇÃO**, o relato de que tal "AVISO" (VER ANEXO) foi colocado na porta de entrada do Instituto Raul Soares, devido ao fechamento do Hospital Galba Velloso.

Esta coordenação de saúde mental **REPUDIA** tal atitude, que é desrespeitosa, desqualificada, desonesta e sem qualquer cuidado com os usuários da cidade de Belo Horizonte.

Não foi isso que foi pactuado em conversas com as direções do IRS, HGV e FHEMIG. Pactuamos o programa BH Zero, que é "**NENHUMA NOVA INTERNAÇÃO DE MORADORES DE BELO HORIZONTE NO INSTITUTO RAUL SOARES após o dia 27/03/2020**".

Me envergonha profundamente tal atitude da Instituição onde me formei psiquiatra. O Instituto Raul Soares é um Hospital de Ensino! Espero que ensinem algo além disso para os residentes deste hospital.

**NENHUM PASSO ATRÁS! MANICÔMIO NUNCA MAIS!!!!**

Atenciosamente

**Fernando Siqueira | Coordenador de Saúde Mental | DIAS**

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA | Av. Afonso Pena 2336 | 5º Andar | Savassi | BH/MG  
3277-7825 | 3277-7793 | www.pbh.gov.br

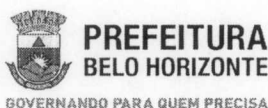
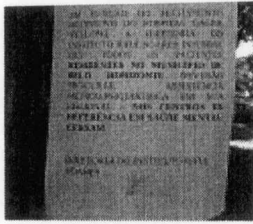


PHOTO-2020-03-31-10-12-11.jpg  
111K





**Coordenação de Saúde Mental PBH** <smental@pbh.gov.br>

31 de março de 2020 12:03

Para: Abílio <abilio.castro@pbh.gov.br>, "adrianosoug@gmail.com" <adrianosoug@gmail.com>, Camila <camila.d.alvarenga@pbh.gov.br>, Fernando Siqueira <fernandosiqueira@pbh.gov.br>, JULIA <julia.machado@pbh.gov.br>, Leticia Cabral Cunha <leticia.cunha@pbh.gov.br>, LUIZ CARLOS <pennachaves@gmail.com>, Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho <crisrina.coelho@pbh.gov.br>, Mariela Bauer Valerio <marielabauer@pbh.gov.br>, Marina Ziviani <marina.ziviani@pbh.gov.br>, Renato Jose de Avila <ravila@pbh.gov.br>, Renato Jose de Avila <renato.davila@pbh.gov.br>, wallacehob <wallacehob@pbh.gov.br>

Boa tarde!

Segue para conhecimento.

Att. Kelli Dunay

**Coordenação de Saúde Mental | Diretoria de Assistência à Saúde - DIAS**

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA | Avenida Afonso Pena, nº 2.336 | 5º andar

Bairro Savassi | Belo Horizonte/MG | CEP 30130-012

Telefones: 31 3277-7825 | 3277-7793 | [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA

"Entre unidades da PBH, esse e-mail equivale a ofício na forma do art. 2º do Decreto 13.573/09."

[Texto das mensagens anteriores oculto]

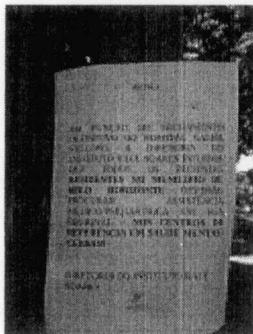


PHOTO-2020-03-31-10-12-11.jpg  
111K

**Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho** <crisrina.coelho@pbh.gov.br>

31 de março de 2020 12:12

Para: Coordenação de Saúde Mental PBH <smental@pbh.gov.br>

Cc: Abílio <abilio.castro@pbh.gov.br>, Camila <camila.d.alvarenga@pbh.gov.br>, Fernando Siqueira <fernandosiqueira@pbh.gov.br>, JULIA <julia.machado@pbh.gov.br>, LUIZ CARLOS <pennachaves@gmail.com>, Leticia Cabral Cunha <leticia.cunha@pbh.gov.br>, Mariela Bauer Valerio <marielabauer@pbh.gov.br>, Marina Ziviani <marina.ziviani@pbh.gov.br>, Renato Jose de Avila <ravila@pbh.gov.br>, Renato Jose de Avila <renato.davila@pbh.gov.br>, "adrianosoug@gmail.com" <adrianosoug@gmail.com>, wallacehob <wallacehob@pbh.gov.br>

Fernando,

Ciente e completamente de acordo!

Beijos,

Cristina

**Lucineia Maria de Queiroz Carvalhaes Ramos** <lucineia.carvalhais@fhemig.mg.gov.br> 31 de março de 2020 14:06

Para: Fernando Siqueira <fernandosiqueira@pbh.gov.br>

Cc: Ana Cristina <anacristorgasaade@gmail.com>, ARNOR <arnor@pbh.gov.br>, Bianca Barreiro <bianca.veloso@pbh.gov.br>, Bianca Barreiro <biancavmonteiro@pbh.gov.br>, Conceição Cersam AD Nordeste <maria.conceicaosantos@pbh.gov.br>, Fernando Libânio Cersami CS <flibanio7@gmail.com>, Kelly <kellynilo@pbh.gov.br>, Luciene <lumabessa@yahoo.com.br>, Márcia <mcd@pbh.gov.br>, Mônica Cersam AD CS <monica.borges@fhemig.mg.gov.br>, Paula Brant Fernandes <paulabrانت@pbh.gov.br>, Paulo <paulorlgomes@pbh.gov.br>, Ramon Alfenas Panades <ramon.panades@pbh.gov.br>, Renata <renatac@pbh.gov.br>, Simone Cristina De Paulo <simone.paulo@pbh.gov.br>, Walkiria Normandia dos Santos <walkiria.normandia@pbh.gov.br>, Centro de Referencia em saude Mental Pampulha <cersamadp@pbh.gov.br>, Cersam AD CS <cmt.direcao@fhemig.mg.gov.br>, CERSAM AD Barreiro <cersamadb@pbh.gov.br>, CERSAM AD NORDESTE <cersamadne@pbh.gov.br>, Cersam Barreiro <cersam.barreiro@pbh.gov.br>, cersam leste <cersaml@pbh.gov.br>, Cersam Nordeste <cersamne@pbh.gov.br>, Cersam Noroeste <cersamno@pbh.gov.br>, CERSAM NORTE <cersamn@pbh.gov.br>, CERSAM OESTE <cersamoeste@pbh.gov.br>, CERSAM PAMPULHA <cersamp@pbh.gov.br>, Cersam venda nova <Cersamvn@pbh.gov.br>, Cersami CS <cepai.diretoria@fhemig.mg.gov.br>, CERSAMI NE <cersamine@pbh.gov.br>, Cersami NO <cersami@pbh.gov.br>, "irs.direcao@fhemig.mg.gov.br" <irs.direcao@fhemig.mg.gov.br>, IRS Diretor <irs.diretor@fhemig.mg.gov.br>, "irs.residencia@fhemig.mg.gov.br" <irs.residencia@fhemig.mg.gov.br>, CMT - Assistencial <cmt.assistencial@fhemig.mg.gov.br>, CePAI - Gerência <cepai.gerencia@fhemig.mg.gov.br>, DIRASS Secretaria <secdirass@fhemig.mg.gov.br>, "presidencia@fhemig.mg.gov.br" <presidencia@fhemig.mg.gov.br>, "smental@pbh.gov.br" <smental@pbh.gov.br>, hgv direcao <hgv.direcao@fhemig.mg.gov.br>, "hgv.assistencial" <hgv.assistencial@fhemig.mg.gov.br>, Ana Carolina Amaral de Castro Hadad Amaral de Castro Hadad <ana.hadad@fhemig.mg.gov.br>, Maria Thereza Coelho Papatela Jabour Coelho Papatela Jabour <maria.jabour@fhemig.mg.gov.br>

Prezado Fernando,

inicialmente informo que a DIRASS não pactua com a informação que o IRS registrou no aviso anexado na porta da unidade, com posicionalmento inadequado. Já me posicionei imediatamente, no início da manhã de hoje, com o Diretor do IRS, Marco Antonio, tão logo tive conhecimento do aviso anexado no IRS

Ressalto, ainda, que diante da grave situação que nos encontramos, com toda a rede de saúde em movimentação emergencial para preservar vidas diante do cenário previsto para Minas Gerais ao ser atingida pela pandemia de COVID-19, sabendo que a acolhida dos pacientes do HGV no IRS é medida respeitosa, segura, exequível e dentro da linha de cuidado da Fhemig, possibilitando abertura de cerca de 200 leitos de retaguarda clínica para pacientes da rede SUS.

Importante relembrar que na Webconferência dia 26/03/2020, ocorrida às 18 horas, entre Diretora do HGV, Luzmarina, Diretor do IRS, Marco Antônio, Diretora Assistencial Fhemig, Lucinéia, Assessora Dirass, Carolina Hadad, RT enfermagem Dirass, Arthur, Coordenação de Saúde Mental da SMSA-BH, Fernando Siqueira, em que a pauta o alinhamento de acolhida nos pacientes do HGV no IRS, tivemos excelente conversa e alinhamos de informações para aumento do cuidado com a medida emergencial de acolhida dos pacientes no IRS e não houve posicionamentos dos participantes pela restrição de acesso de qualquer paciente ao Pronto Atendimento do IRS.

Atenciosamente,

Lucinéia Carvalhais  
Diretoria Assistencial/FHEMIG

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Lirica Salluz Mattos Pereira** <lirica.pereira@saude.mg.gov.br>

31 de março de 2020 15:49

Para: rs.direcao@fhemig.mg.gov.br, lucineia.carvalhais@fhemig.mg.gov.br, hgv.direcao@fhemig.mg.gov.br, fernandosiqueira@pbh.gov.br, Cristiane Barbosa Marques <cristiane.marques@saude.mg.gov.br>, Cristina Guzman Siacara <cristina.siacara@saude.mg.gov.br>, pennachaves@gmail.com

Prezados,

Boa tarde!

A Diretoria de Saúde Mental, álcool e outras drogas recebeu o e-mail abaixo da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte e diante da situação, reiteramos a importância da realização de ações coordenadas e cuidadosas com os pacientes e familiares que recorrem aos hospitais psiquiátricos para atendimento.

Portanto, é importante que a instituição acolha o paciente e direcione para os CERSAM de referência do usuário na perspectiva de realizar um encaminhamento implicado para rede.

Inclusive é fundamental a troca de informações entre os hospitais e Coordenação Municipal de Saúde Mental do município, sendo de suma importância que os profissionais de todas as instituições envolvidas estejam orientados

... e assim se viabilizar uma comunicação clara e efetiva entre os pacientes, familiares e profissionais.  
É importante pensar em estratégias conjuntas de facilitação de acolhimento e referenciamento dos pacientes para os CERSAM, como por exemplo, contato do Instituto Raul Soares com o CERSAM informando sobre o referenciamento

Nesse momento delicado, se faz necessário alinhamentos constantes e ações dialogadas, visando assim minimizar impactos assistenciais.

Sendo o que se apresenta pelo momento, nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Lírica Salluz Mattos Pereira  
Especialista em Políticas e Gestão em Saúde  
Diretora de Saúde Mental, álcool e outras drogas  
Superintendência de Redes de Atenção à Saúde  
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Cidade Administrativa de Minas Gerais - Edifício Minas - 12º andar Rodovia Papa João Paulo II, 3777,  
Bairro Serra Verde  
31630-900- Belo Horizonte – MG  
(31)3916-8927

----- Original Message -----

Assunto: Fwd: Usuários de Belo Horizonte - IRS/HGV

Data: Terça, Março 31, 2020 13:37 -03

De: luiz carlos Pennachaves <pennachaves@gmail.com>

Para: Coordenação Saúde Mental <saudemental@saude.mg.gov.br>, Lírica <lirica.pereira@saude.mg.gov.br>

Referências:

Prezada Lírica,  
Boa tarde!

Encaminho e-mail de Fernando Siqueira, Coordenador de Saúde Mental de Belo Horizonte, para conhecimento e as devidas avaliações.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde Mental  
SRS-BH/NRAS

----- Forwarded message -----

De: **Fernando Siqueira** <fernandosiqueira@pbh.gov.br>

Date: ter., 31 de mar. de 2020 às 11:36

Subject: Usuários de Belo Horizonte - IRS/HGV

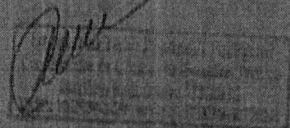
To: Ana Cristina <anacristorgasaade@gmail.com>, ARNOR <arnor@pbh.gov.br>, Bianca Barreiro <bianca.veloso@pbh.gov.br>, Bianca Barreiro <biancavmonteiro@pbh.gov.br>, Conceição Cersam AD Nordeste <maria.conceicaosantos@pbh.gov.br>, Fernando Libânio Cersami CS <flibanio7@gmail.com>, Kelly <kellynilo@pbh.gov.br>, Luciene <lumabessa@yahoo.com.br>, Márcia <mcd@pbh.gov.br>, Mônica Cersam AD CS <monica.borges@fhemig.mg.gov.br>, Paula Brant Fernandes <paulabrant@pbh.gov.br>, Paulo <paulorlgomes@pbh.gov.br>, Ramon Alfenas Panades <ramon.panades@pbh.gov.br>, Renata <renatac@pbh.gov.br>, Simone Cristina De Paulo <simone.paulo@pbh.gov.br>, Walkiria Normandia dos Santos <walkiria.normandia@pbh.gov.br>, Centro de Referência em saúde Mental Pampulha <cersamadb@pbh.gov.br>, Cersam AD CS <cmt.direcao@fhemig.mg.gov.br>, CERSAM AD Barreiro <cersamadb@pbh.gov.br>, CERSAM AD NORDESTE <cersamadne@pbh.gov.br>, Cersam Barreiro <cersam.barreiro@pbh.gov.br>, cersam leste <cersaml@pbh.gov.br>, Cersam Nordeste <cersamne@pbh.gov.br>, Cersam Noroeste <cersamno@pbh.gov.br>, CERSAM NORTE <cersamn@pbh.gov.br>, CERSAM OESTE <cersamoeste@pbh.gov.br>, CERSAM PAMPULHA <cersamp@pbh.gov.br>, Cersam venda nova <Cersamvn@pbh.gov.br>, Cersami CS <cepai.diretoria@fhemig.mg.gov.br>, CERSAMI NE <cersamine@pbh.gov.br>, Cersami NO <cersami@pbh.gov.br>, irs.direcao@fhemig.mg.gov.br <irs.direcao@fhemig.mg.gov.br>, IRS Diretor <irs.diretor@fhemig.mg.gov.br>, irs.residencia@fhemig.mg.gov.br <irs.residencia@fhemig.mg.gov.br>, CMT - Assistencial <cmt.assistencial@fhemig.mg.gov.br>, CePAI - Gerência



## AVISO

EM FUNÇÃO DO FECHAMENTO  
DEFINITIVO DO HOSPITAL GALBA  
VELLOSO, A DIRETORIA DO  
INSTITUTO RAUL SOARES INFORMA  
QUE TODOS OS PACIENTES  
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE  
BELO HORIZONTE DEVERÃO  
PROCURAR ASSISTÊNCIA  
MÉDICO/PSIQUIÁTRICA EM SUA  
REGIONAL – NOS CENTROS DE  
REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL/  
CERSAM

DIRETORIA DO INSTITUTO RAUL  
SOARES





## DEBATE

## Open Access



# Forty years without mental hospitals in Italy

Corrado Barbui<sup>1</sup>, Davide Papola<sup>1\*</sup> and Benedetto Saraceno<sup>2</sup>

## Abstract

In 1978 Italy implemented Law Number 180, the reform law that blocked all new admissions to public mental hospitals. After 40 years without mental hospitals, we aim at understanding the consequences of the Italian reform in terms of mental health care facility and staff availability. We compared the organization of the Italian mental health system with that of countries belonging to the Group of 7 (G7) major advanced economies. Italy has nearly 8 psychiatrists, 20 nurses, 2 social workers and less than 3 psychologists per 100,000 population, while for example in France there were 22 psychiatrists, in Japan 102 nurses, in the United States 18 social workers, and in Canada and France more than 45 psychologists per 100,000 population. In terms of inpatient facilities, no beds in mental hospitals were available in Italy, while in the other G7 countries mental hospital beds ranged from 8 in the United Kingdom to 204 in Japan per 100 000 population. In Italy there were fewer beds for acute care in general hospitals but more beds in community residential facilities than in the other G7 countries. Service use data showed variability in the provision of mental health care throughout the country. Soon after the implementation of the Italian reform the absolute number of compulsory admissions progressively declined, from more than 20,000 in 1978 to less than 9000 in 2015. Alongside the progressive decline of psychiatric beds imposed by Law 180, the age-adjusted suicide rate remained stable, ranging from 7.1/100,000 population in 1978 to 6.3/100,000 population in 2012. The population of psychiatric patients placed in Italian forensic psychiatric hospitals progressively declined. During the last 40 years without mental hospitals, Italy has seen a progressive consolidation of a community-based system of mental health care. We highlighted, however, reasons for concern, including a decreasing staffing level, a potential use of community residential facilities as long-stay residential services, a still too high variability in service provision across the country, and lack of national data on physical restraints. At a national level, the resources allocated to mental health care are lower in Italy than in other high-income countries.

**Keywords:** Italy, Reform law 180, Mental health, Community care

## Background

A radical change in the organization of mental health care occurred in Italy in 1978 as a consequence of the implementation of the Italian Law Number 180, the reform law that marked the transition from a hospital-based system of care to a model of community mental health care (Box 1) [1–8]. Law 180 blocked all new admissions to public mental hospitals, with immediate

effect (i.e. from 1978), as well as readmissions, 2 years later. Consequently, the psychiatric hospital population (78,538 individuals in 1978) dropped by 53% between 1978 and 1987, further declined to 7704 in 1998, and the final dismantling was completed by year 2000 [9, 10].

After 40 years of community mental health care, here we provide an overview of the mental health system in Italy, with emphasis on understanding the consequences of the Italian reform in terms of mental health care facility and staff availability. Using available data taken from both international and national sources (Box 2) [11–15], we compared the organization of the Italian mental health system with that of countries belonging to the Group of 7 (G7) major advanced economies.

\*Correspondence: candido09@hotmail.it

<sup>1</sup> WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Policlinico GB Rossi, Piazzale Scuro, 10, 37134 Verona, Italy  
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2018. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Additionally, we described trends in compulsory admissions and suicide rates in Italy in the 40 years after the implementation of Law 180.

**Box 1. Summary of the main characteristics of the 1978 Italian psychiatric reform**

The main principle of Law 180 is that patients with mental disorders have the right to be treated the same way as patients with other diseases, which means the following:

Acute mental health conditions have to be managed in psychiatric wards located in general hospitals. These wards cannot exceed 15 beds.

Treatments should be provided on a voluntary basis, with compulsory admissions reserved for the following specific circumstances: (1) an emergency intervention is needed; (2) the patient refuses treatment; (3) alternative community treatment is impossible.

Compulsory admissions need to be formally authorized by the Mayor and can only be undertaken in general hospital psychiatric wards.

New community-based services were to be established to provide mental health care to the population of a given catchment area.

Gradual closure of public mental hospitals by blocking all new admissions.

**Box 2. Data source**

We used the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) database to gather information on demographic and economic indicators, psychiatric bed availability and age-standardised suicide rates for Italy and the other G7 countries [11].

The WHO Global Health Observatory [12] and the WHO Mental Health ATLAS-2014 repository [13] were used to extract data on inpatient and outpatient resources for mental health care (both public and private) in Italy and in the other G7 countries. WHO definitions of mental health staff, inpatient and outpatient facilities were used. For inpatient facilities, the following WHO categories were used: mental hospitals (public and private non-profit and for-profit specialized hospital-based facilities that provide inpatient care and long-stay residential services for people with mental disorders), psychiatric wards in general hospitals (public and private non-profit and for-profit psychiatric units usually located within general hospitals that provide inpatient care for the management of acute mental disorders), community residential facilities (public and private non-profit and for-profit non-hospital, community-based mental health facilities

that provide overnight residence for people with mental disorders).

From the recently implemented Italian national mental health information system data on the availability and use of mental health facilities (both public and private) were gathered for the year 2015 [14]. The following information was extracted for each Italian region: treated prevalence of any mental disorders (number of individuals with at least one contact with psychiatric services during 2015/10,000 population); treated incidence of any mental disorders (number of individuals with a first ever contact with psychiatric services during 2015/10,000 population); rate of individuals under the care of mental health outpatient facilities (per 10,000 population); rate of individuals under the care of day treatment facilities (per 10,000 population); admissions to community residential facilities (per 10,000 population); admissions to psychiatric wards of general hospitals (per 10,000 population); rate of compulsory admissions (per 10,000 population); proportion of outpatients visits within 30 day after hospital discharge.

As additional source of information, we used the Italian Central Institute of Statistics (ISTAT) data to describe the total number of compulsory admissions and the proportion of all psychiatric admissions that were compulsory from 1978 onwards [15]. Data released from the Commission on psychiatric forensic facilities were used to compute the number of psychiatric patients placed in forensic psychiatric hospitals from 1978 onwards [16].

**Italy in comparison with the other G7 countries**

Italy is the fourth most populous European state after Germany, France and the United Kingdom. It hosts a growing proportion of foreign population, which is approaching 10%, as in Germany (Table 1). In 2014, the number of healthy life years at birth was estimated at 83 years, similar to Japan and higher than the other G7 countries. The unemployment rate in 2016 was close to 12%, with a gross domestic product much lower than the other G7 countries. In 2011, the proportion of government expenditures on mental health was half than Germany or France (Table 1).

Italy, in comparison with the other G7 countries, has fewer human resources for mental health care (Table 2). According to WHO ATLAS-2014, there were nearly 8 psychiatrists, 20 nurses, 2 social workers and less than 3 psychologists per 100,000 population, while for example in France there were 22 psychiatrists, in Japan 102 nurses, in the United States 18 social workers, and in Canada and

**Table 1 Demographic and economic indicators for Italy and the other countries belonging to the Group of 7 (G7) major advanced economies (OECD data)**

	Canada	France	Germany	Italy	Japan	UK	USA	Year
Population (million persons)	35.54	64.06	80.89	60.44	127.51	63.65	318.85	2014
Foreign population (% of population)	NA	NA	9.29	8.11	1.62	7.70	6.96	2013
Healthy life expectancy at birth (years)	NA	82.40	81.20	83.20	83.70	81.40	78.80	2014
Unemployment rate (% of labour force)	6.99	10.05	4.10	11.68	3.11	4.80	4.86	2016
Gross domestic product (total, US dollars/capita)	44,025	41,489	48,839	38,146	41,534	42,651	57,325	2016
Government expenditures on mental health (% of total expenditure on health)	7.20	12.91	11.00	5.00	4.94	NA	NA	2011

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development

NA not available

**Table 2 Staff availability and resources for mental health care in Italy and in the other G7 countries**

	Canada	France	Germany	Italy	Japan	UK	USA
<b>Staff<sup>a</sup></b>							
Psychiatrists working in mental health sector (per 100,000)	12.61	22.35	15.23	7.83	10.1	14.63	12.40
Nurses working in mental health sector (per 100 000)	65.0	86.21	56.06	19.28	102.55	67.35	3.07
Social workers working in mental health sector (per 100 000)	NA	3.83	NA	1.93	6.06	1.99	17.93
Psychologists working in mental health sector (per 100 000)	46.56	47.9	NA	2.58	3.99	12.83	29.03
<b>Inpatient facilities<sup>b</sup></b>							
Beds for mental health in general hospitals (per 100 000)	NA	22.72	41.08	10.95	73.12	50.63	14.36
Beds in community residential facilities (per 100 000)	NA	NA	NA	46.41	16.23	2.28	22.29
Beds in mental hospitals (per 100 000)	31.38	71.81	47.62	0	204.4	7.99	19.44
<b>Outpatient facilities<sup>b</sup></b>							
Mental health outpatient facilities (per 100,000)	NA	5.75	30.32	1.43	2.31	4.94	1.95
Day treatment facilities (per 100,000)	NA	3.50	0.61	1.34	1.05	2.88	NA

NA not available

<sup>a</sup> From WHO Global Health Observatory (GHO)

<sup>b</sup> From WHO ATLAS

France more than 45 psychologists per 100,000 population (Table 2).

In terms of inpatient facilities, no beds in public mental hospitals were available in Italy, as required by Law 180, while in the other G7 countries mental hospital beds showed high variability, ranging from 8 in the United Kingdom to 204 in Japan per 100,000 population. In Italy there were fewer beds for acute care in general hospitals than in the other G7 countries, with Japan having more than 70 beds in general hospitals and Italy around 10/100,000 population. However, In Italy the rate of beds in community residential facilities was higher than in other countries where this information was available (Table 2).

### Trends in public health indicators

Soon after the implementation of the Italian reform the absolute number of compulsory admissions progressively declined, from more than 20,000 in 1978 to less than 9000

in 2015. Similarly, the proportion of psychiatric admissions that were compulsory progressively declined from 1978 to 2005, and remained stable thereafter, accounting for less than 5% of all psychiatric admissions (Fig. 1).

Figure 2 describes the age-adjusted suicide rate in Italy from 1978 onwards, alongside the progressive decline of psychiatric beds imposed by Law 180. In 1978 there were 7.1 suicides per 100,000 population, while in 2012 there were 6.3 suicides per 100,000 population, with the highest rate in 1985 (8.8 suicides per 100,000) and the lowest in 2006 (5.6/100,000). Lack of a clear relationship between psychiatric bed availability and suicides was also suggested by Fig. 3, where psychiatric beds for the G7 countries are reported alongside the national rate of suicides. In Japan the rate of suicide was the highest among the G7 countries, despite more than 250 psychiatric beds per 100,000 population, while in the United States there were high suicide rates with relatively few psychiatric

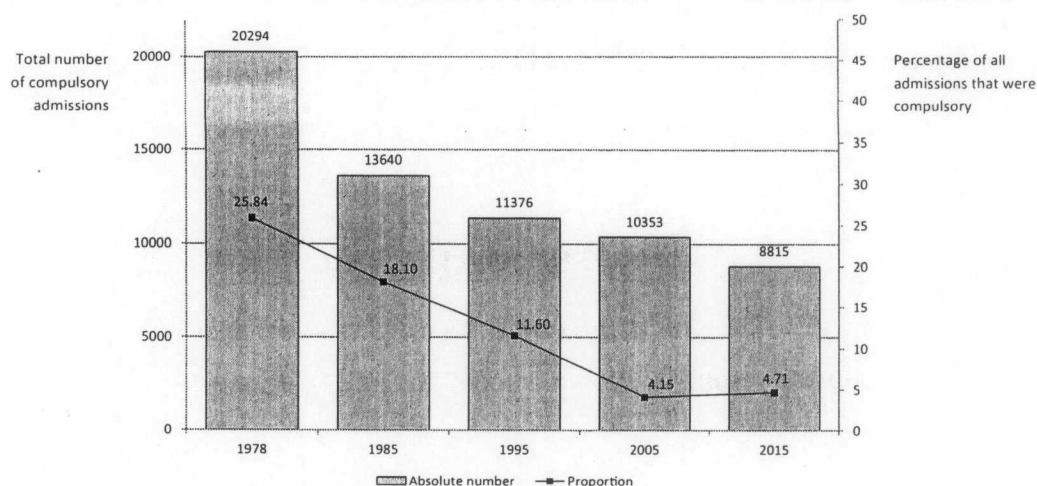


Fig. 1 Compulsory psychiatric admissions in Italy, 1978–2015 (ISTAT data)

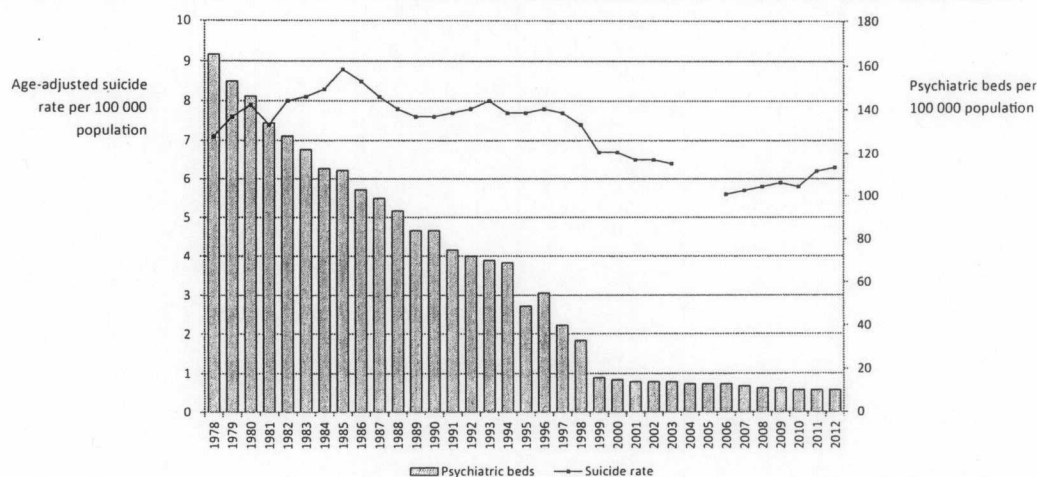


Fig. 2 Availability of acute-care psychiatric beds in Italy and age-standardised suicide rates from 1978 to 2012 (OECD data, 2004 and 2005 are missing)

beds. The United Kingdom showed a situation similar to Italy, with few beds and relatively low suicide rates.

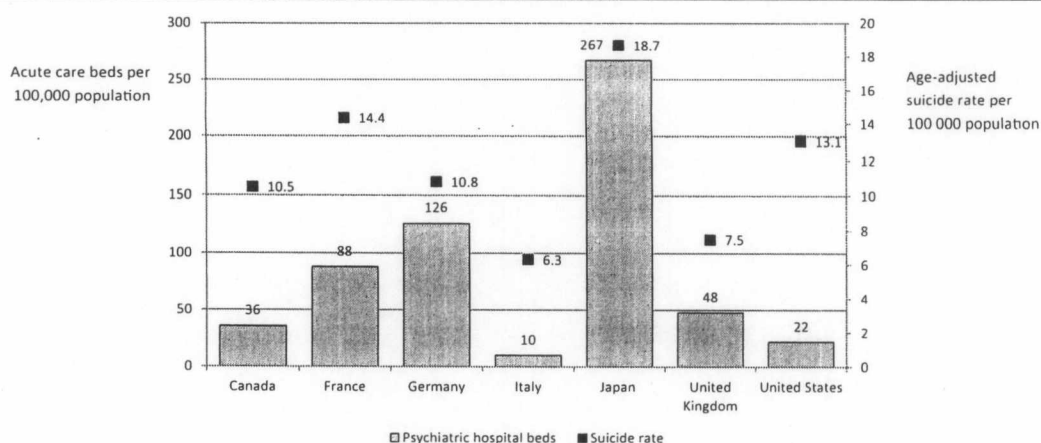
Unfortunately, there is little epidemiological data on the population of psychiatric patients placed in forensic psychiatric hospitals from 1978 onwards. In 1980, the population comprised 1424 people, in 1987 there were 977 people and in 2012 there were 1264 people [16]. In 2016, after the phasing out of forensic psychiatric hospitals, there were 541 individuals placed in newly developed residential facilities providing intensive mental health care to socially dangerous individuals with mental disorders [16]. Additionally, there were 201 individuals with mental disorders placed in psychiatric units in

prison, yielding an overall number of 742 people for the year 2016 [16].

### Service use data for mental health care in Italian regions

In Table 3 service use data for mental health care in Italy is presented for the year 2015. Substantial variability in the provision of mental health care can be observed throughout the country. For example, the treated prevalence of mental disorders, a proxy indicator of the coverage capacity of community psychiatric services, ranged from 205 individuals per 10,000 population in Emilia Romagna (north of Italy) to 108 in Basilicata (south). Similar differences were observed for the treated incidence of





**Fig. 3** Availability of acute-care psychiatric beds and age-standardised suicide rates in the G7 countries (OECD data)

**Table 3** Treated prevalence and treated incidence of mental disorders, and service use data for mental health care in Italian regions, year 2015 (Italian national mental health information system data)

Italian region (north to south)	Rate per 10,000 population							Percentage
	Treated prevalence of mental disorders	Treated incidence of mental disorders (first-ever cases)	Individuals under the care of mental health outpatient facilities	Individuals under the care of day treatment facilities	Admissions to community residential facilities	Admissions to psychiatric wards	Compulsory admissions	Outpatient visits within 30 days after hospital discharge
Piemonte	163.68	67.64	164.13	8.79	5.34	24.20	1.37	52.1
Valle D'Aosta	NA	NA	NA	NA	NA	30.17	2.99	NA
Lombardia	176.65	46.52	172.54	6.70	5.71	23.78	0.96	55.3
Bolzano	NA	NA	NA	NA	NA	40.19	0.22	NA
Trento	165.96	57.54	177.27	4.77	3.70	19.26	0.95	86.7
Veneto	143.40	67.99	142.29	13.98	4.56	28.69	0.98	34.9
Friuli Venezia Giulia	116.52	120.20	113.86	10.45	2.95	6.34	0.43	69.9
Liguria	175.33	131.32	176.26	6.66	10.35	37.46	1.19	41.7
Emilia Romagna	205.82	79.38	206.25	5.54	14.27	26.78	2.64	56.9
Toscana	110.49	39.01	110.66	3.07	3.62	23.23	1.16	49.3
Umbria	164.89	48.03	184.12	3.74	9.79	10.48	1.94	30.1
Marche	158.94	44.05	168.84	4.35	8.84	24.25	5.68	49.7
Lazio	138.60	76.39	131.45	5.59	10.13	17.31	1.46	NA
Abruzzo	142.41	66.83	141.82	4.37	3.88	24.50	1.49	32.1
Molise	165.10	71.77	167.24	2.06	5.05	22.00	1.61	63.6
Campania	139.39	54.05	153.06	3.47	1.56	9.06	1.90	57.8
Puglia	167.58	79.69	159.83	4.27	6.25	17.35	2.07	47.3
Basilicata	107.63	47.98	135.73	2.53	5.94	18.75	0.72	NA
Calabria	161.34	105.85	222.09	0.30	0.37	16.38	2.10	50.0
Sicilia	186.33	90.27	196.19	3.70	4.99	28.40	3.08	42.5
Sardegna	NA	NA	NA	NA	NA	19.48	2.33	NA
Italy	159.40	68.13	153.87	5.91	6.10	21.87	1.73	49.4

NA not available

mental disorders, although a north to south gradient was not observed, being higher in Liguria and Friuli (north of Italy) and lower in Lombardy (north), Tuscany (north), Umbria (centre), Marche (centre) and Basilicata (south). On average, in Italy there were 150 individuals per 10,000 population under the care of mental health outpatient facilities, with wide regional differences, and 6 individuals per 10,000 population under the care of day treatment facilities (Table 3).

In terms of bed use, there were slightly more than 20 admissions to general hospital beds per 10,000 population, with substantial variability in terms of proportion of patients with an outpatient visit within 30 days after discharge, ranging from nearly 90% in Trento (north) to less than 35% in Veneto (north), 32% in Abruzzo (centre) and 30% in Umbria (centre). The rate of compulsory admissions was 1.73/10,000 population, ranging from 5.68 in Marche (centre) to 0.22 in Bolzano (north) and 0.43 in Friuli (north). On average, there were 6 admissions to community residential facilities per 10,000 population, with substantial variability. Interestingly, the average length of stay in these facilities was higher than 750 days, ranging from 30 days in Campania (south) to 2 269 days (more than 6 years) in Veneto (north).

#### **Data-based considerations on the Italian experience**

It has often been emphasised the closing of mental hospitals as the main objective of the Italian reform, while its first and main aim is that individuals with mental disorders are treated the same way as individuals with other diseases. Implementing this principle has determined a shift in the role and focus of psychiatry, from custody and coercion to treatment and care. All the practical changes to the Italian mental health system have been a consequence of this paradigm shift: the total dismantling of old asylums, the development of psychiatric wards in general hospitals and the implementation of a community-based system of mental health care.

#### **Compulsory admissions and suicides**

A hard indicator of the shift from custody to care is a progressive decline in compulsory admissions, both in terms of absolute numbers and in terms of proportion of psychiatric admissions that were involuntary. In other countries different trends have been observed. In the United Kingdom, for example, the number of uses of the Mental Health Act has been rising, with the highest ever year-on-year rise (10%) to 58,400 detentions in 2014/15 [17]. More than half of admissions to psychiatric hospitals in England are now involuntary, the highest rate recorded since the 1983 Mental Health Act, with wide local variations [18].

A decreasing availability of psychiatric beds has been suggested as one explanation for the rise in compulsory admissions [19]. On similar grounds, in the United States a decreasing availability of psychiatric beds has been suggested as one explanation for the rise in suicide rates [20–23]. The natural experiment offered by the Italian reform would suggest that a direct and linear relationship between psychiatric bed availability and these public health indicators should not be expected. Despite a dramatic decrease in acute-care hospital beds, compulsory admissions decreased and suicide rates remained stable. Data from other G7 countries would reinforce this point, as there are countries with high rates of both beds and suicides, countries with low rates of beds and suicides, and countries with diverging rates. Of course we acknowledge that a wide variety of social, economic, health, mental health and context variables may significantly affect such indicators, and therefore no causal inference can be derived from these descriptive data. However, for the same reasons we argue that increasing the number of psychiatric beds may hardly be considered an evidence-based public health measure to decrease the rates of suicides and the rates of involuntary admissions.

Data available on individuals placed in forensic facilities from 1978 onwards suggests that the phasing out of mental hospitals has not determined an increase of this population, which has declined. Unfortunately, no data are available on the true prevalence of mental disorders in people placed in Italian prisons. A study conducted in one prison found a prevalence of 19.3% of one or more diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, axis I current mental disorders (excluding substance misuse) [24], which seems in line with international estimates [25].

#### **Mental health workers**

Fewer human resources were available in Italy than in other high-income countries. WHO ATLAS showed that the median number of mental health workers per 100,000 population vary from below 1/100,000 population in low-income countries to over 50 in high-income countries [26]. In Italy there were 33 workers per 100,000, which is below the median of 43.5/100,000 population in Europe and below the median of 52.3/100,000 population in high-income countries. The global median is 9/100,000 population, or less than one mental health worker for every 10,000 people [26]. Although it may be argued that the Italian experience suggests that human resources are not as important as system organisation, it is nevertheless true that staff availability is associated with the capacity of providing mental health care which, in turn, affects the coverage for severe mental disorders, which is one of the main targets mentioned by the WHO action plan [27].

Related to this, Italy has the lowest gross domestic product among the G7 countries, with the lowest proportion of government expenditures on mental health. Looking ahead, this may represent a key challenge for the sustainability of the Italian mental health care system, and for the quality of health care provided by mental health services.

#### **Community residential facilities**

In Italy we recorded more beds in community residential facilities as compared with other high-income countries. These are non-hospital, community-based facilities that provide overnight residence for people with mental disorders. Usually these facilities serve individuals with relatively stable mental disorders who require rehabilitation interventions. In Italy both public and private non-profit and for-profit facilities are available. A challenging issue is that a length of stay exceeding 2 years on average, and reaching 6 years in some Italian regions, may suggest that these facilities, rather than focusing on rehabilitation, provide inpatient care and long-stay residential services. This was also suggested by the PROGRES survey, which showed that patients in residential facilities were mostly males, with low education, and with a disability pension in the majority of cases. Almost half of the sample surveyed was totally inactive, not even assisting with their facility's daily activities. Extremely low resident turnover emerged as one of the most relevant problems [28–30]. Looking ahead, we argue that the mission and operational definition of residential facilities should be reconsidered, perhaps recognising that for many long-term, disabled patients, these facilities currently represent "homes for life" rather than rehabilitation sites. In this perspective, we recognise some ambiguity in their role, being focus on rehabilitation and care but also on some degree of protection, with a risk of gently switching back to custody as main mission.

#### **Variability in service provision**

In terms of regional differences, we highlighted a marked variation in service provision for different areas of the country, especially between the more wealthy areas of northern and central Italy and the poorer regions of the south. It was particularly worrying to note a marked variation in the proportion of discharged patients seen within a month, which is an indicator of continuity of care between hospital and the community, an aspect that is usually considered quite strong in the Italian mental health care system. Not only wide differences were observed in different areas of the country, but the average percentage of 49% is well below the average for European countries and for high-income countries, which is 81 and 76%, respectively [13]. Looking ahead, we argue

that continuity of mental health care should receive more attention by policy makers and team leaders who have planning and clinical responsibilities, taking advantage of the recently implemented Italian national mental health information system that may play a key role in monitoring this indicator and in providing data to check if poor continuity of care is associated with other facility-related variables, for example the mental health staffing level [31].

#### **Limitations**

The description of the Italian reform presented here has several limitations. A first problem is that national statistics describing health systems may have some imprecisions that cannot be quantified. However, WHO and OECD data are based on operational definitions to decrease ambiguity and to guide towards a common interpretation. WHO ATLAS, for example, has a glossary of terms to precisely characterise facilities, workers, and all the service use data that were collected [13]. A second issue is that national statistics do not capture the type and quality of care provided by Italian mental health facilities. However, at the end of the 1990s, two consecutive nationwide projects gathered an unprecedented amount of data about residential care and acute inpatient care [28–30, 32]. On the whole, the data collected highlighted several critical issues, such as a large regional variability in the availability of residential and acute inpatient beds, a delay between symptom onset and first contact with psychiatric services, and a substantial proportion of patients that seem not to receive fully adequate care [28, 29]. Other studies conducted on large, representative numbers of patients in treatment showed that the quality of mental health care may often be of limited quality [33–35].

#### **Concluding remarks**

Overall, during the last 40 years without mental hospitals, Italy has seen a progressive consolidation of a community-based system of mental health care. The Italian experience would suggest that the number of psychiatric beds may not represent a key factor for public health indicators such as rates of suicides, involuntary admissions, and people placed in forensic facilities. We highlighted, however, reasons for concern, including a decreasing staffing level, a potential use of community residential facilities as long-stay residential services, and lack of community alternatives to acute inpatient admissions. Action is therefore required to reverse these trends. At a national level, the resources allocated to mental health care are lower in Italy than in other high-income countries. Consequently, apart from notable exceptions, the organization of services has remained very similar to that implemented 40 years ago. This does not consider the

fact that the Italian society has been profoundly changing and the needs of special populations, for example the elderly and adolescents, as well as the needs of new populations, such as economic migrants, asylum seekers and refugees [36], are not receiving enough consideration in current service planning and delivery [37]. Additionally, very few evidence-based specific interventions and treatment modalities, such as early intervention teams for first-episode psychosis, for example, have been implemented. Italy needs to improve what is called 'translational epidemiology' in psychiatry [38].

Policy makers and clinical team leaders, with the involvement of a variety of stakeholders and the wider society, should be able to generate a new and innovative vision for the future of mental health care, motivating all the actors involved to work together, as a team, towards new achievements, aiming for continuous improvement and continuous reinforcement of treatment and care as main mission.

#### Authors' contributions

CB and BS conceptualised the study. CB was responsible for data curation. CB wrote the first draft and CB, DP and BS reviewed and edited subsequent versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

#### Authors' information

CB coordinates the activities of the WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation at the University of Verona, Italy, and conducts research in the field of evidence-based global mental health. DP is resident in psychiatry and Ph.D. student at the University of Verona. BS is a psychiatrist who has made, and continues to make, a major contribution to global mental health, by his sustained and vigorous efforts for the advancement of psychiatry and mental health around the world, and particularly for those who are least able to speak for themselves. BS had the opportunity to work with Franco Basaglia, an Italian psychiatrist who gave impetus to the development and implementation of the Italian reform.

#### Author details

<sup>1</sup> WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Policlinico GB Rossi, Piazzale Scurio, 10, 37134 Verona, Italy. <sup>2</sup> Lisbon Institute of Global Mental Health, Rua do Instituto Bacteriológico 5, Edifício Amarelo, 1150-190 Lisbon, Portugal.

#### Acknowledgements

Not applicable.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Availability of data and materials

The datasets generated and/or analysed during the current study are available in the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) repository [<https://data.oecd.org/>], the WHO Global Health Observatory [<http://www.who.int/gho/en/>], the WHO Mental Health ATLAS-2014 repository [[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)], the Italian Central Institute of Statistics (ISTAT) repository [<http://www.istat.it/it/>].

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Ethics approval and consent to participate

Ethical committee approval is not required for this article.

#### Funding

This study was performed without any external support.

#### Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Received: 23 April 2018 Accepted: 25 July 2018

Published online: 31 July 2018

#### References

1. Tansella M, De SD, Williams P. The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. *Soc Psychiatry*. 1987;22:37–48.
2. Tansella M, Williams P. The Italian experience and its implications. *Psychol Med*. 1987;17:283–9.
3. Saraceno B, Tognoni G. Methodological lessons from the Italian psychiatric experience. *Int J Soc Psychiatry*. 1989;35:98–109.
4. de Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform. A 20-year perspective. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23:197–214.
5. de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:83–91.
6. Barbui C, Tansella M. Thirtieth birthday of the Italian psychiatric reform: research for identifying its active ingredients is urgently needed. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:1021.
7. Amaddeo F, Barbui C, Tansella M. State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24:314–20.
8. Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, et al. Thirty-five years of community psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202:432–9.
9. D'Avanzo B, Barbato A, Barbui C, Battino RN, Civeniti G, Frattura L. Discharges of patients from public psychiatric hospitals in Italy between 1994 and 2000. *Int J Soc Psychiatry*. 2003;49:27–34.
10. D'Avanzo B, Frattura L, Barbui C, Civeniti G, Saraceno B. The Qualyop Project. 1: monitoring the dismantlement of Italian public psychiatric hospitals. Characteristics of patients scheduled for discharge. *Int J Soc Psychiatry*. 1999;45:79–92.
11. OECD. The Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd.org/>. Accessed 15 May 2017.
12. World Health Organization. Global health observatory (GHO) data. <http://www.who.int/gho/en/>. Accessed 15 May 2017.
13. World Health Organization. Mental health atlas 2014. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/). Accessed 15 May 2017.
14. Ministero della Salute. Rapporto sulla Salute mentale anno 2015. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2769](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2769). Accessed 15 May 2017.
15. ISTAT. Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.istat.it/it/>. Accessed 15 May 2017.
16. Corleone F. Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. <http://www.penalecontemporaneo.it/upload/Relazione%20semestrale.pdf>. Accessed 15 May 2017.
17. Care Quality Commission. Monitoring the Mental Health Act in 2015/16. <http://www.cqc.org.uk/publications/major-report/monitoring-mental-health-act-report>. Accessed 15 May 2017.
18. Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ*. 2017;357:j2904.
19. Wall S, Hotopf M, Wessely S, Churchill R. Trends in the use of the Mental Health Act: England, 1984–96. *BMJ*. 1999;318:1520–1.
20. Allison S, Bastiampillai T, Licinio J, Fuller DA, Bidargaddi N, Sharfstein SS. When should governments increase the supply of psychiatric beds? *Mol Psychiatry*. 2018;23:796–800.



21. Bastiampillai T, Sharfstein SS, Allison S. Increasing the Use of Lithium and clozapine in US suicide prevention. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:423.
22. Tyrer P, Sharfstein S, O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T. Psychiatric hospital beds: an Orwellian crisis. *Lancet*. 2017;389:363.
23. Bastiampillai T, Sharfstein SS, Allison S. Increase in US suicide rates and the critical decline in psychiatric beds. *JAMA*. 2016;316:2591–2.
24. Carra G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalence of mental disorder and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study. *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2004;13:47–54.
25. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:871–81.
26. Lora A, Hanna F, Chisholm D. Mental health service availability and delivery at the global level: an analysis by countries' income level from WHO's Mental Health Atlas 2014. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;13:1–12.
27. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO; 2013.
28. de Girolamo G, Picardi A, Santone G, et al. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*. 2005;35:421–31.
29. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry*. 2002;181:220–5.
30. Picardi A, Lega I, Candini V, Dagani J, Iozzino L, de Girolamo G. Monitoring and evaluating the Italian mental health system: the "Progetto Residenze" study and beyond. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202:451–9.
31. Lora A, Lesage A, Pathare S, Levav I. Information for mental health systems: an instrument for policy-making and system service quality. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:383–94.
32. de Girolamo G, Barbato A, Bracco R, et al. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *Br J Psychiatry*. 2007;191:170–7.
33. Dell'Acqua G, Norcio B, de Girolamo G, et al. Characteristics and activities of public psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Giornale Italiano di Psicopatologia*. 2007;13:26–39.
34. Lora A, Monzani E, Ibrahim B, Soranna D, Corrao G. Routine quality care assessment of schizophrenic disorders using information systems. *Int J Qual Health Care*. 2016;28:728–33.
35. Lora A, Conti V, Leoni O. Rivolta A728-733. Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. *Psychiatr Serv*. 2011;62:1079–84.
36. Miller KE, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:129–38.
37. Priebe S. A social paradigm in psychiatry—themes and perspectives. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25:521–7.
38. Weissman M. Translating epidemiology in psychiatry: the future is here. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21:167–9.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more [biomedcentral.com/submissions](https://biomedcentral.com/submissions)



### CERSAMI NOROESTE

MÊS	FEVEREIRO	AGOSTO
Total de usuários em PD	36	21
Total de PD's	240	193
Total de usuários em ambulatório	111	110
Total de usuários acolhidos	24	17
Total de usuários em HN	16	18
Total de HN's	92	98

### CERSAM VENDA NOVA

Fevereiro:

Média de Permanência-dia:45

Média de Hospitalidade Noturna: 05

Média de acolhimento diário:05

Agosto:

Média de Permanência-Dia:23

Média de Hospitalidade Noturna:06

Média de acolhimentos diário:07

### CERSAM Barreiro

	Fevereiro	Setembro
PD	306	296
HN	265	205
Acolhimentos	154	145

### CERSAM NOROESTE

MÊS	PD	HN	ACO	ALTAS	
FEV/2020	185	6,7 MÉDIA MENSAL	74	33	
AGO/2020	80	4,7 MÉDIA MENSAL	228	13	

### CERSAM LESTE

#### FEVEREIRO/2020

PROCEDIMENTO	TOTAL
AMBULATÓRIOS	220 (7,33/DIA)
ACOLHIMENTOS (CASOS NOVOS)	69 (2,3/DIA)
PERMANÊNCIA DIA	75 (PACIENTES INDICADOS/DIA)
HN'S	176 (5,86/NOITE)

AGOSTO/2020

PROCEDIMENTO	TOTAL
AMBULATÓRIOS	277 (9,23/DIA)
ACOLHIMENTOS (CASOS NOVOS)	54 (1,8/DIA)
PERMANÊNCIA DIA	54 (PACIENTES INDICADOS/DIA)
HN'S	180 (6/NOITE)

## LEVANTAMENTO CERSAM NORTE

fev/20				mar/20			
HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS	HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS
96	673	65	11	89	439	62	13

abr/20				mai/20			
HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS	HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS
56	385	57	11	49	384	63	16

jun/20				jul/20			
HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS	HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS
62	390	43	9	74	388	60	16

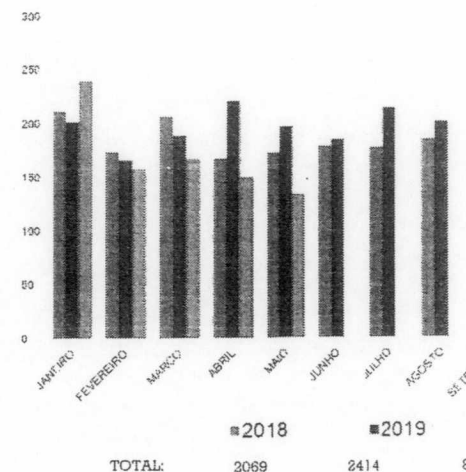
ago/20				set/2020 até 28/09			
HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS	HN	PD	ACOLHIMENTOS	INSCRITOS
58	363	74	9	66	349	55	4



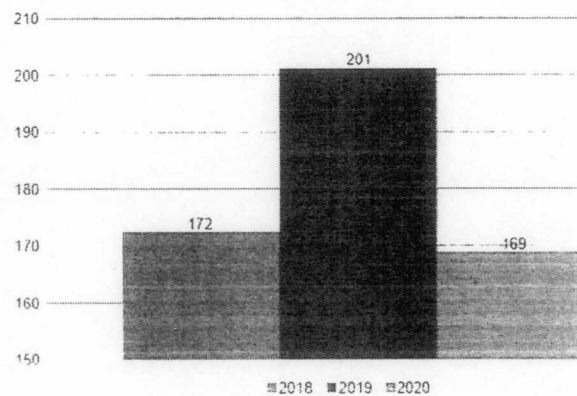
# CERSAM OESTE

Análise dos acolhimentos por Centro de Saúde  
e condutas nos atendimentos  
anos de 2018, 2019 e 2020

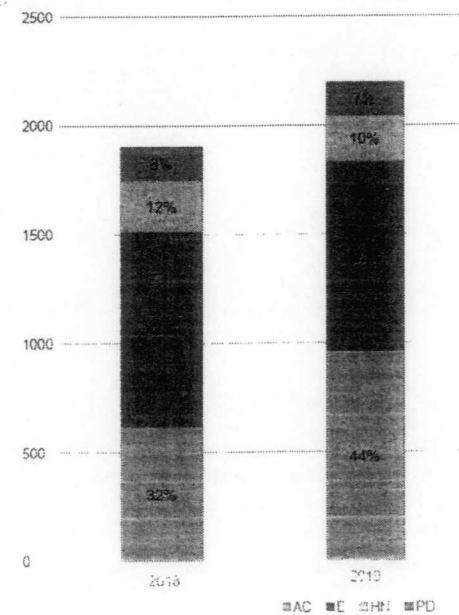
## Total de atendimentos



## Média de atendimentos por mês



## Condutas por ano



## Dados dos Atendimentos Jan, Fev e Ago

2 mensagens

*PD P/NO*

Giovana Sousa Carmo Pieri <giovana.sousa@pbh.gov.br>

23 de setembro de 2020 13:51

Para: Fernando de Siqueira Ribeiro <fernandosiqueira@pbh.gov.br>

Boa tarde Fernando.

Abaixo os dados de Jan, Fev e Agosto. Se precisar de algum outro dado e só falar.

O do Acolhimento Noturno esse mês teve bastante alteração, acho que devemos ter parâmetro a partir de agora pois o funcionamento está completo.

Abraço.

CERSAM AD P/NO			
	jan/20	fev/20	ago/20
Indicações de PD	57	51	35
PD (média de presença)	41	34	26
Porcentagem de Presença	71%	66%	74%
Ambulatório	194	240	399 + 26 (V. DOM.)
Total em tratamento (PD+Ambulatório)	245	280	419+ 26 (V.DOM)
Casos Novos	118	85	67
Reacolhimento	1	3	17
Retaguarda Psiquiátrica			
	jan/20	fev/20	ago/20
Acolhimento	152	283	235
Média por Dia	19	25,73	23,5
Telemedicina	97	205	161
Média por Dia	12,13	18,64	16,10
Total	249	488	396
Acolhimento Noturno			
	jan/20	abr/20	ago/20
Acolhimentos	-	48	84
Média por Dia		1,85	2,71
Telemedicina	-	-	30
Média por Dia			0,97
Total	-	-	114

--

**Giovana Sousa C. Pieri** | Gerente Adjunta - CERSAM AD Pampulha/Noroeste  
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA | Av. João XXIII, 1253 Manacás |BH/MG

## ATENDIMENTO CERSAM AD P / VN

### FEVEREIRO

#### QUANTIDADE DE USUÁRIOS EM ACOMPANHAMENTO

PD	AMB	TOTAL INSCRITOS
59	179	278

PD INDICAÇÃO DURANTE / SEMANA	PD INDICAÇÃO FDS E
43	33

#### ACOLHIMENTOS

26

#### REACOLHIMENTOS

27

#### ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

1668

#### ATIVIDADES COLETIVAS

46

#### MÉDIA DE USUÁRIOS POR ATIVIDADE

12

#### MATRICIAMENTO

9

### AGOSTO

#### QUANTIDADE DE USUÁRIOS EM ACOMPANHAMENTO

PD	AMB	TOTAL INSCRITOS
43	105	148

PD INDICAÇÃO DURANTE / SEMANA	PD INDICAÇÃO FDS E
26	13

#### ACOLHIMENTOS

21

#### REACOLHIMENTOS

32

#### ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

2002

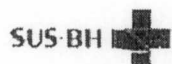
#### ATIVIDADES COLETIVAS

2020	JANEIRO		FEV
<b>ACOLHIMENTOS - PLANTÃO</b>	Pampulha	Outras regionais	Pampulha
Usuários novos acolhidos	40	3	55
Usuários cadastrados acolhidos	28		7
Total de acolhimentos do plantão	68	3	62
<b>ATENDIMENTOS - NO MES</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>FREQ</b>	<b>USUÁRIOS</b>
INSCRIÇÕES (novos usuários)	28	na	21
AMBULATORIO / PD	245	950	225
PLANTÃO	157	529	184
PERNOITES (pampulha)	25	161	25
<b>SAÍDAS</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>FREQ</b>	<b>USUÁRIOS</b>
ABANDONO	17	na	29
ENCAMINHAMENTOS	32	na	36
OBITO	0	na	2
OUTROS MOTIVOS	0	na	0



**ERSAM PAMPULHA - 2020**

<b>FEVEREIRO</b>	<b>JULHO</b>		<b>AGOSTO</b>	
<b>Outras regionais</b>	<b>Pampulha</b>	<b>Outras regionais</b>	<b>Pampulha</b>	<b>Outras regionais</b>
5	49	4	26	4
	14		19	
5	63	4	45	4
<b>FREQ</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>FREQ</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>FREQ</b>
na	14	na	14	na
922	148	202	135	208
484	218	720	200	818
167	16	182	20	186
<b>FREQ</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>FREQ</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>FREQ</b>
na	9	na	17	na
na	15	na	38	na
na	0	na	0	na
na	0	na	0	na



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**



**OFÍCIO GERÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL/DIAS/SUAS/SMSA/ Nº /2020**

Belo Horizonte , 08 de julho de 2020.

**Em resposta ao Ofício externo GA nº142/2020**

Exmo. Vereador,

Em resposta ao expediente supracitado segue retorno aos questionamentos colocados em relação a dados e funcionamento da Rede de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte.

01) Quantidade de mortes auto provocadas ou suicídios realizados em Belo Horizonte entre os anos de 2010 a 2020 divididos por mês.

**Óbitos por suicídio segundo ano e mês de ocorrência em Belo Horizonte, 2010-2020.**

Ano do Obito	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2000	10	9	7	5	5	6	5	9	7	3	10	9	85
2010	10	12	14	13	11	9	7	11	9	12	11	15	134
2011	12	9	14	16	13	14	16	11	23	12	8	16	164
2012	15	11	8	12	14	15	17	18	17	16	15	14	172
2013	15	11	19	12	11	8	7	10	13	7	10	14	137
2014	14	13	16	8	11	14	8	18	11	17	17	14	161

Gerência da Rede de Saúde Mental/Diretoria de Assistência à Saúde/  
Subsecretaria de Atenção à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Av. Afonso Pena, 2.336/5º andar - Savassi  
CEP: 30130-012 - Belo Horizonte MG  
Fone: (031) 3277-7779/7825 E-mail: smental@pbh.gov.br



2015	13	15	14	14	13	14	8	15	15	13	17	13	164
2016	17	12	7	13	16	12	9	14	12	13	10	15	150
2017	18	15	23	18	23	12	12	12	21	12	7	15	188
2018	17	15	16	17	17	16	12	14	11	10	14	17	176
2019	13	15	21	19	14	15	21	14	10	19	9	15	185
2020	15	5	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	28
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>142</b>	<b>165</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>136</b>	<b>122</b>	<b>146</b>	<b>149</b>	<b>134</b>	<b>128</b>	<b>157</b>	<b>1.744</b>

Fonte: SIM/SMS-BH. \* dados de 2019 e 2020 provisórios e sujeitos a alterações.

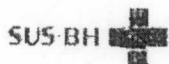
02) Quantidade de CAPS / CERSAM existentes em Belo Horizonte distribuídos por I, II, III, AD e Infantil distribuídos entre os anos de 2010 a 2020 divididos por mês.

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES					
CERSAM					
N. º	N.º CNES	Estabelecimento	Sigla do Serviço	Classificaçã o na Habilitação	Data de Habilitação
01	002352 3	<u>Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha</u>	CERSAM P	CAPS III	27/09/2002
02	002269 1	<u>Centro de Referência em Saúde Mental Barreiro</u>	CERSAM B	CAPS III	19/11/2002
03	002283 7	<u>Centro de Referência em Saúde Mental Leste</u>	CERSAM L	CAPS III	19/11/2002
04	269570 7	<u>Centro de Referência em Saúde Mental Nordeste</u>	CERSAM NE	CAPS III	12/12/2003
05	269571 5	<u>Centro de Referência em Saúde Mental Noroeste</u>	CERSAM NO	CAPS III	12/12/2003

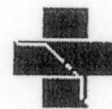


06	269553 7	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Oeste</u>	CERSAM O	CAPS III	12/12/2003
07	269552 9	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Venda Nova</u>	CERSAM VN	CAPS III	12/12/2003
08	760278 2	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Norte</u>	CERSAM N	CAPS III	22/12/2017
<b>CERSAMI</b>					
01	269569 3	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental a Criança e Adolescente</u> <u>Noroeste</u>	CERSAMI NO	CAPSi	30/03/2010
02	910928 5	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental a Criança e Adolescente</u> <u>Nordeste</u>	CERSAMI NE	CAPS AD III	22/12/2017
03	002669 7	<u>Centro Psíquico da Adolescência</u> <u>e Infância</u>	CERSAMI CS/ CEPAI *	CAPS III	26/07/2019
<b>CERSAM AD</b>					
01	002762 6	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Álcool e Drogas Centro</u> <u>Sul</u>	CERSAM AD CS/ CMT *	CAPS AD III	19/11/2002
02	592505 3	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Álcool e Drogas</u> <u>Pampulha/Venda Nova</u>	CERSAM AD P/VN	CAPS AD III	21/12/2002
03	728684 8	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Álcool e Drogas Barreiro</u>	CERSAM AD B	CAPS AD III	08/04/2014
04	734455 4	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Álcool e Drogas Nordeste</u>	CERSAM AD NE	CAPS AD III	22/12/2017
05	989174 9	<u>Centro de Referência em Saúde</u> <u>Mental Álcool e Drogas</u> <u>Pampulha/Noroeste</u>	CERSAM AD P/NO	CAPS AD IV	17/12/2019





**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**



*Serviços contratualizados com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
FHEMIG/SES:*

*\* O CEPAI foi habilitado como CERSAMI Centro Sul – CEPAI (CAPS III) com funcionamento 24 horas.*

*\*\* O CMT foi qualificado como CERSAM AD Centro Sul - CMT (CAPS AD III) com funcionamento 24 horas.*

*03) Quantidade de atendimentos ambulatoriais psiquiátricos realizados em Belo Horizonte nos de 2010 a 2020 divididos por mês.*

*Anexo 1.*

*04) Existe monitoramento dos pacientes de Belo Horizonte que não conseguem vaga hospital nos hospitais Galba Velloso e Raul Soares? Se sim, como é feito o monitoramento? Existe dados sobre isso? Se não, por qual motivo não é feito?*

*Não há indicação de internação de moradores de Belo Horizonte nos hospitais psiquiátricos da FHEMIG. Em Belo Horizonte, seguimos a lógica do tratamento em liberdade, antimanicomial e em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os moradores de Belo Horizonte devem ter seu tratamento feito APENAS na Rede de Atenção Psicossocial do Município, rede esta ampla, completa e complexa, formada por:*

- 152 Equipes de Saúde mental nas unidades básicas de saúde;*
- 08 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), que realizam atendimento para casos de crises psiquiátricas, com acolhimento em diversos tipos de modalidade, inclusive integral (hospitalidade noturna e permanência dia);*
- 05 Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (CERSAM AD), com acolhimento para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas em diversos tipos de modalidade, inclusive integral (hospitalidade noturna e permanência dia);*

- 03 Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMI), com acolhimento para crianças e adolescentes com transtorno mental e uso problemático de álcool e outras drogas;
- 02 Serviços de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP), um no SUP Santa Casa e outro no CERAM AD Pampulha/Noroeste;
- 04 Equipes de Consultório de Rua – para atendimento às pessoas em situação de rua em uso problemático de álcool e outras drogas, entre outros;
- 09 Centros de Convivência – reabilitação psicossocial dos usuários com transtorno mental;
- 09 Equipes Complementares – acolhimento ambulatorial de crianças e adolescentes, incluindo autistas;
- 01 Unidade de Acolhimento Transitório Adulto (UAT), para acolhimento integral de pessoas em uso de álcool e outras drogas, em tratamento nos CERSAM AD e em vulnerabilidade;
- 01 Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil (UATi), para acolhimento integral de crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas, em tratamento nos CERSAMi e em vulnerabilidade;

05) Existe integração de prontuário eletrônico e dados entre pacientes de Belo Horizontes que chegam nos hospitais públicos ou privados trazidos pelo SAMU ou CORPO DE BOMBEIROS com relato de tentativa de suicídio? Esses pacientes são acompanhados pela equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família? Se sim, o que há de dados referente a isso?

Não existe integração do prontuário eletrônico (Sisrede), atualmente, entre pacientes de Belo Horizontes que chegam nos hospitais públicos ou privados trazidos pelo SAMU ou CORPO DE BOMBEIROS com relato de tentativa de suicídio.

Todos os pacientes devem ser acompanhados pelos CERSAM ou pelas equipes das UBS.

06) Existe Central de Leitos da PBH relacionados a saúde mental especificamente? Se sim, quais as taxas de ocupação de todos os CERSAM.

*Não há Central de Leitos na PBH relacionados à Rede de Saúde Mental. A rede acolhe todas e todos que necessitam.*

*07) Qual é o direcionamento dos pacientes de Belo Horizonte que chegam ao hospital Raul Soares e não há vagas para internação? O que era feito no Hospital Galba Velloso? O fluxo da PBH era redirecionar para onde em caso de necessidade de internação breve, e NÃO APENAS NOTURNO.*

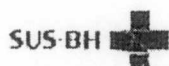
*A orientação e a pactuação desta Gerência de Saúde Mental com o IRS foi, desde antes da pandemia ou do fechamento do HGV, o programa BH Zero: nenhuma internação de moradores de Belo Horizonte no IRS, visto que a Rede de Saúde Mental da capital pode e deve acolher todos os moradores.*

*08) Com a ausência do Galba Velloso e retirada de mais de 115 leitos de internação, como será a internação de tais pacientes na prefeitura de Belo Horizonte? O Cersam irá internar tais pacientes?*

*Os CERSAM são responsáveis pelo acolhimento integral de todos os usuários de Belo Horizonte, seja em ambulatório-crise, permanência-dia ou hospitalidade noturna (que pode-se chamar de internação). O CERSAM promove, segundo a Lei Federal 10.216/2001, as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória. Vale ressaltar, novamente que Em Belo Horizonte, seguimos a lógica do tratamento em liberdade, antimanicomial e em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, neste sentido, a condução do tratamento, a modalidade deste é avaliada a partir da singularidade de cada caso.*

*09) Quais são as medidas de planejamento para a saúde mental de Belo Horizonte com o provável fechamento do Hospital Galba Velloso, e teoricamente um aumento de demanda de urgências psiquiátricas?*

*A Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte sempre esteve preparada e desejosa para receber todos os usuários de Belo Horizonte, não necessitando da existência seja do Hospital Galba Velloso ou do Instituto Raul Soares. Não cremos, contudo, que haverá um aumento de demanda de urgência psiquiátrica, visto que, segundo dados do próprio HGV*



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**



de Janeiro a Julho de 2019, a média de atendimento de moradores de Belo Horizonte foi de 04 usuários/dia.

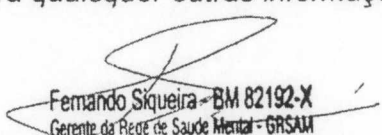
10) O que a Prefeitura de Belo Horizonte está realizando de forma prática para minimizar os efeitos da suspensão dos atendimentos do Hospital Galba Velloso?

Toda a Rede foi (re)orientada a acolher integralmente os moradores de Belo Horizonte.

Destacamos ainda que a maioria dos atendimentos realizados nestes hospitais é de pacientes do interior de Minas Gerais, desde a gestão estadual anterior que começou um projeto de interiorização destes atendimentos, criando serviços substitutivos em cidades polo. Deste modo, promove-se um atendimento mais humanizado, e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, deixando os usuários próximos do seu território. Muitas cidades não aderiram e preferiram continuar encaminhando os usuários para a capital, cidades que ficam a mais de 500 km, desta forma os usuários ficam sem contato com os familiares o que dificulta a construção ou o fortalecimento de vínculos fundamentais para a condução do tratamento, principalmente após a alta.

Ficamos à disposição para quaisquer outras informações que se façam necessárias.

Atenciosamente,

  
Fernando Siqueira - BM 82192-X  
Gerente da Rede de Saúde Mental - GRSAM  
DIAS/SMSA/SUS-BH

Fernando Siqueira

**Gerente da Rede de Saúde Mental**

**Diretoria de Assistência – DIAS**


**Ao Exmo. Vereado Gabriel**

**Gabinete Vereador Gabriel**

**Av. dos Andradas, 3.100, Sala B-308 – Santa Efigênia**

Gerência da Rede de Saúde Mental/Diretoria de Assistência à Saúde/  
Subsecretaria de Atenção à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Av. Afonso Pena, 2.336/5º andar - Savassi  
CEP: 30130-012 - Belo Horizonte - MG  
Fone: (031) 3277-7779/3/7825 E-mail: smental@pbh.gov.br



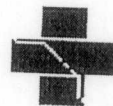
SUS BH 



**PREFEITURA**  
**BELO HORIZONTE**

*Belo Horizonte – MG*

*CEP: 30260-900*



Gerência da Rede de Saúde Mental/Diretoria de Assistência à Saúde/  
Subsecretaria de Atenção à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Av. Afonso Pena, 2.336/5º andar - Savassi  
CEP: 30130-012 - Belo Horizonte - MG  
Fone: (031) 3277-77793/7825 E-mail: smental@pbh.gov.br

**Proposição Inicial**  
**Avulsos distribuídos em:**

5 / 10 / 20

4634

Responsável pela distribuição