

Avaliação de ações de Saúde Mental em 5 Regiões do Estado de São Paulo¹

Maria de Lima Salum e Morais²
 Marisa Fefferman³
 Marli Fernandes⁴
 Regina Figueiredo⁵
 Silvia Helena Bastos de Paula⁶
 Sonia Ioyama Venancio⁷

Este trabalho apresenta resultados parciais de um projeto intitulado “Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP” cujo principal objetivo foi avaliar as práticas gestoras de referenciamento regional no estado de São Paulo a partir de quatro linhas de cuidado: Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Saúde do Adulto. O foco do presente estudo é a avaliação de ações da linha de cuidado de **Saúde Mental**.

O Ministério da Saúde aponta que 3% da população sofre de transtorno mental severo ou persistente e que cerca de 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Contudo, apenas 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado às ações de Saúde Mental (BRASIL, s/d).

Em relação ao uso de álcool e substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde considera que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Segundo o relatório da 60ª Conferência Mundial de Saúde (OMS, 2007), o uso prejudicial do álcool é considerado o quinto fator de risco para morte prematura e incapacidade no mundo. A Organização Mundial de Saúde aponta, ainda, que 10% da população dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (OMS/OPAS, 2001).

A Reforma Psiquiátrica e as Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil acompanha o movimento da reforma sanitária, que ocorreu desde meados da década de 1970. Compatibiliza-se com a luta pela conquista do SUS, mas tem uma história

própria inserida no movimento internacional na busca de superação do modelo asilar.

O ano de 1978 é reconhecido como o marco cronológico de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Nesse ano, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores de saúde, associações da sociedade civil, usuários e familiares dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2005).

Em 1987, ocorre a I Conferência de Saúde Mental e o MSTM lança o lema que marca até hoje a luta antimanicomial: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Em 1989, entra no Congresso um Projeto de Lei (que é aprovado apenas em 2001 na forma da Lei nº 10.216 – também conhecida como Lei Delgado ou Lei Antimanicomial) que propõe a extinção dos manicômios e estabelece os direitos das pessoas portadoras de doença mental.

Na década de 1990, vários estados aprovam leis que propõem a substituição da internação em hospitais psiquiátricos pela assistência em serviços extra-hospitalares. O Brasil firma compromisso com a Declaração de Caracas (1990). Surgem as primeiras normas regulamentando os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS).

Na esfera federal, apenas em 2001, é sancionada a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegia o tratamento em serviços territoriais, de base comunitária. Embora a Lei não explicita mecanismos claros de extinção de manicômios, gera, paralelamente à III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), um novo impulso ao processo de Reforma Psiquiátrica. Multiplicam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios brasileiros. É instituído programa “De Volta para Casa”, que beneficia egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, estimulando a volta dessas pessoas ao convívio familiar e social. São também criados e subsidiados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para os egressos que não têm possibilidade ou desejo de manter uma casa só ou com seus familiares (BRASIL, 2005).

Segundo a Coordenadoria da Área Técnica da Secretaria de Estado da Saúde, no estado de São Paulo, em 2007, havia 58 hospitais psiquiátricos (25% dos leitos do Brasil), com cerca de 13.000 leitos, sendo

¹ Projeto financiado por convênio Fapesp - CNPq - SUS

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

³ Psicólogo, Mestre e Doutora em Psicologia e Psicólogo do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marisaf@isaude.sp.gov.br

⁴ Psicóloga e Mestre em Psicologia e Psicóloga do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marlif@isaude.sp.gov.br

⁵ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@uol.com.br

⁶ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

⁷ Médica Pediatra, Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

50% deles ocupados por moradores de hospitais psiquiátricos (6.556 pessoas) e 178 CAPS cadastrados (BICHAF, R., 2007). Dos leitos psiquiátricos, havia, em 2008 apenas 482 em hospitais gerais. De acordo com o CNES, havia em fevereiro de 2008, apenas 35 Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados no estado de São Paulo (DATASUS). Para uma população de 41 milhões de habitantes tais números são insuficientes, mesmo sem se considerar a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

No restante do Brasil, com poucas exceções, a situação não é diferente. Em uma das raras reportagens jornalísticas a respeito da situação de Saúde Mental no Brasil, publicada no jornal O Estado de São Paulo, de 21 de setembro de 2008 (SANT'ANNA; IWASSO) discorre-se e apresentam-se dados sobre a questão. Segundo essa matéria, São Paulo ocupa o 17º. lugar no ranking dos estados em termos de número de CAPS por 100.000 habitantes. Aproximam-se do número preconizado de CAPS alguns estados nordestinos (Sergipe, Paraíba, Alagoas) e do sul do país (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e, entre os mais deficitários, estão o Amazonas, o Distrito Federal e Roraima.

Considerando-se as conseqüências psicossociais do uso problemático de substâncias psicoativas, tal quadro é alarmante e justifica medidas urgentes de intervenção na área da saúde e da necessária ação intersetorial nos cuidados com a dependência química.

A Política de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde segue os mesmos princípios da Reforma Psiquiátrica. Fazem parte das recomendações da "Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas": proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, envolver a comunidade, usuários e familiares, promover ações intersetoriais, monitorizar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa. No documento preconiza-se, também, a atenção em dispositivos de maior complexidade, como emergências médicas, para quadros de abstinência, de intoxicação e de transtornos clínicos e psiquiátricos agudos resultantes do uso de substância psicoativas. Os CAPS ad (Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas) devem oferecer atendimento em seu território no sentido de prevenir e tratar transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e de outras drogas.

O objetivo deste trabalho foi investigar a evolução da implementação da Política Nacional de Saúde Mental em cinco Regiões do Estado de São Paulo, por meio da análise de séries históricas de indicadores de atendimento ambulatorial e de internações hospitalares por transtornos mentais, de 2003 a 2006.

Método

As unidades de análise do estudo foram as Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. No decorrer

da pesquisa havia no Estado 24 Direções Regionais de Saúde (DIR)¹. Dessas, foram selecionadas para estudo cinco Regionais, de acordo com os critérios estabelecidos a seguir. O agrupamento das DIRs deu-se mediante três fatores: o esforço gestor para o referenciamento, a capacidade instalada (oferta) de saúde em cada Regional e o cenário sócio-econômico em que gestores e serviços de saúde operam.

- Critérios para classificação das DIRs:

O esforço gestor e a oferta de serviços foram avaliados por um questionário preenchido pelos gestores regionais, com questões que dimensionavam a capacidade de articulação entre gestores e entre esses e os prestadores e a oferta de serviços na região. Para dimensionamento do Determinante "Cenário Sócio-econômico", foi escolhido o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS).

A partir desses critérios, as Direções Regionais de Saúde pesquisadas, existentes até o final de 2006, foram classificadas como pertencentes a:

- Grupo I - "elevados níveis de esforço gestor e de oferta de serviços e melhores condições de vida e riqueza regional" - representado nesta pesquisa pela DIR Campinas;
- Grupo II - "melhores índices de esforço de referenciamento e de oferta de serviços e condições medianas de vida e riqueza regional" - representado pela DIR Piracicaba;
- Grupo III - "elevado nível de esforço gestor e mediana oferta de serviços de saúde e condições de vida e riqueza regional" - representado pela DIR São José do Rio Preto;
- Grupo IV - "níveis médios de esforço do gestor para referenciamento e de oferta de serviços de saúde e baixos níveis de condições de vida e riqueza regional" - representado pela DIR Moji das Cruzes;
- Grupo V - "baixos níveis de esforço gestor para referenciamento regional e de oferta de serviços de saúde e mediano nível de condições de vida e riqueza regional" - representado pela DIR São José dos Campos.

- Indicadores selecionados:

Para o estabelecimento das séries históricas de 2003 a 2006, utilizaram-se os seguintes indicadores: internações por transtornos mentais e comportamentais em geral (CID-10, grupo V), internações devidas ao álcool e a outras substâncias psicoativas (SIH-SUS, DATASUS), consultas psiquiátricas e terapias de grupo (SIA-SUS, DATASUS). Os dados também foram relativizados em função da população residente nos respectivos municípios e anos de apuração e os índices, calculados por 10.000 habitantes.

¹ Uma reforma administrativa na Secretaria de Saúde transformou, posteriormente, as DIRs em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Resultados

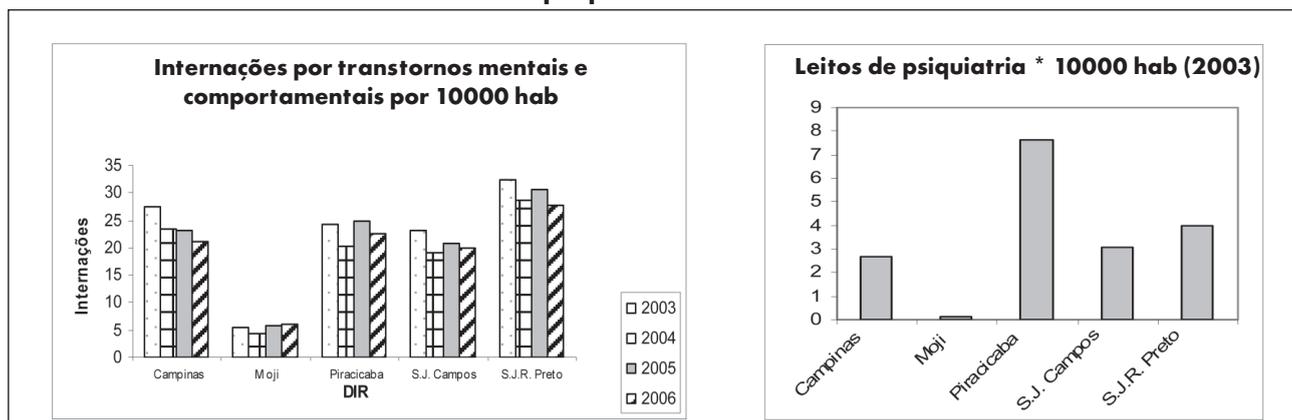
Os dados representados no Gráfico 1 indicam que, com exceção da DIR Moji, houve ligeiro decréscimo das internações psiquiátricas (CID 10 - Grupo V) na DIR Campinas, seguida das regiões de São José do Rio Preto e São José dos Campos, representando um esforço gestor no sentido da redução de internações, preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental.

Quanto às internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, constatou-se que, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que houve decréscimo nas internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool, houve crescimento das internações devidas ao uso de outras drogas (Gráficos 3 e 4). Tal dado pode indicar que o tratamento ambulatorial para abuso de álcool tem sido mais efetivo, possivelmente em razão da atuação dos CAPS ad, enquanto as intervenções sobre os transtornos advindos de uso de outras drogas, também objeto de tratamento em CAPS ad, não têm conseguido dar conta da demanda no nível ambulatorial. Quanto ao uso problemático de drogas, pode-

se ainda conjecturar que venha aumentando em todas as regiões, em razão de um eventual crescimento do número de dependentes químicos com o passar do tempo, ou de maior visibilidade desses casos em razão da disseminação de informações a respeito de considerar a drogadição como problema de saúde passível de tratamento, por um lado. Por outro lado, pode-se supor que os usuários de drogas não procurem atendimento ambulatorial pelo fato de seu consumo ser ilícito, diferentemente do consumo de álcool. De maneira geral, verificou-se tendência de associação direta entre o número de internações e os leitos oferecidos, o que pode, em parte, explicar o baixo índice de internações na DIR Moji (Gráficos 1,2,3 e 4).

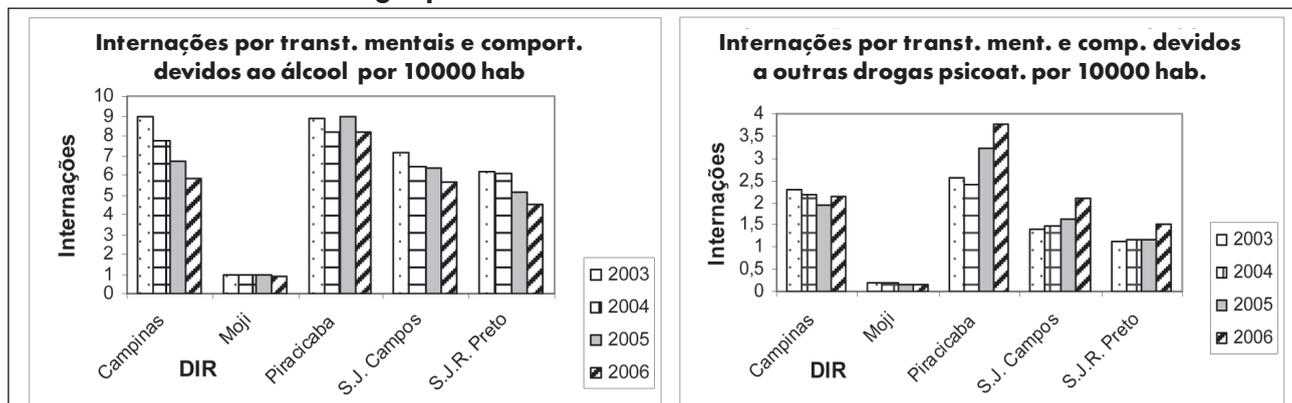
Em relação aos atendimentos extra-hospitalares (Gráficos 5 e 6), observa-se que, apesar de descontínuo ao longo dos anos, houve tendência ao crescimento do número de consultas psiquiátricas, mais perceptível nas DIRs Campinas e Moji. A DIR Campinas sobressai quanto ao número de terapias de grupo e constata-se tendência de crescimento desse indicador ao longo dos anos, especialmente nas DIRs Moji e São José do Rio Preto.

Gráficos 1 e 2: Internações por transtornos mentais e comportamentais (CID-10, grupo V) de 2003 a 2006 e leitos de psiquiatria em 2003 nas cinco DIRs estudadas



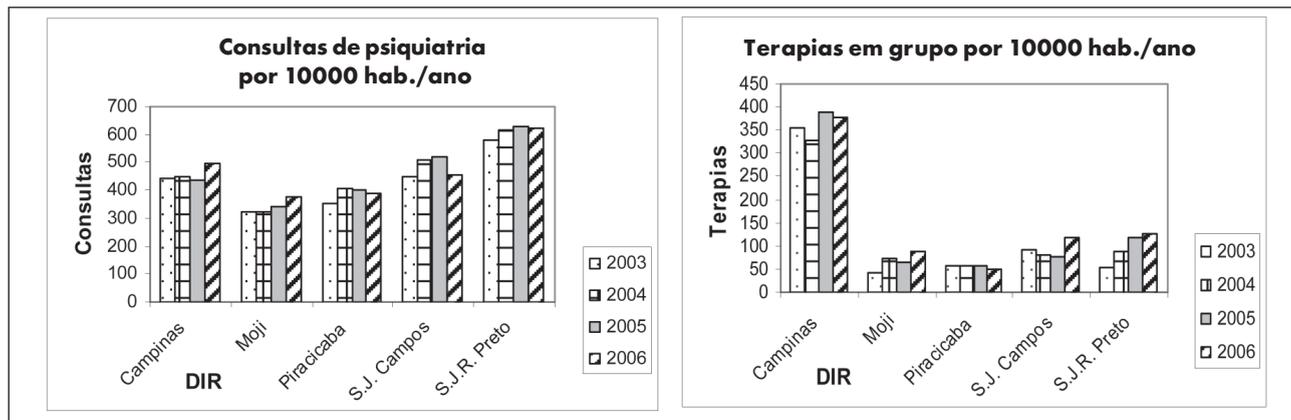
Fontes: (SIH-SUS, SAI-SUS, DATASUS)

Gráficos 3 e 4: Internações por transtornos mentais devidos ao álcool e a outras drogas psicoativas de 2003 a 2006 nas cinco DIRs estudadas



Fontes: (SIH-SUS, SAI-SUS, DATASUS)

Gráficos 5 e 6: Consultas de psiquiatria e terapias em grupo de 2003 a 2006 nas cinco DIRs estudadas



Fontes: (SIH-SUS, SAI-SUS, DATASUS)

Discussão

Pelo comportamento dos indicadores analisados neste estudo, verificou-se que, de forma geral, a proposta de mudança no modelo de atendimento em saúde mental não tem repercutido significativamente na oferta de serviços alternativos e na redução das internações psiquiátricas. O grande número de internações ainda presente na maior parte das regiões pesquisadas pode estar relacionado tanto com estados crônicos que não sofreram outros tipos de intervenção preventiva em estágios iniciais da doença, quanto com a persistência de modelos tradicionais de atenção, centrados na atenção hospitalar.

Tendo em vista um longo passado de estigmatização e isolamento do doente mental e de um modelo hegemônico médico e hospitalocêntrico, é possível que os efeitos dessa transformação sejam lentos e graduais e venham a ser mais claramente percebidos no futuro. Há, no entanto, consenso entre os que militam e trabalham na área de que o atendimento de Saúde Mental em rede e com base territorial - evitando o isolamento da internação e cuidando do portador de transtorno mental de modo a preservar sua inserção social - é o mais humano, adequado e eficiente.

É necessário destacar alguns pontos fundamentais quando se trata de estabelecer e analisar indicadores em geral e de saúde mental em particular. Em primeiro lugar, deve-se ressaltar a importância de registros precisos e confiáveis para que sua análise também o seja. Equívocos ou omissões nos registros podem acarretar conclusões errôneas e essas podem levar a planejamentos e ações inadequadas. É, portanto, imprescindível que, para uma avaliação mais precisa, reafirme-se junto aos gestores e profissionais a importância de registros fidedignos. Em segundo lugar, é preciso incrementar o uso efetivo e a análise dos indicadores na auto-avaliação por parte dos serviços e dos gestores municipais. Muitas vezes, os indicadores não são suficientemente valorizados para o real monitoramento e planejamento das atividades dos

serviços de saúde. Um terceiro ponto relevante diz respeito ao estabelecimento por parte de gestores municipais, com a participação dos serviços de Saúde, de indicadores que possam melhor refletir a realidade dos atendimentos.

Referências Bibliográficas

- BICHAF, R. **Política de atenção à saúde mental: dimensão interdisciplinar de direitos fundamentais e sociais**. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo 30/11/2007. Disponível em [http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao_civel]. Acesso em setembro de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, s/d. Disponível em [<http://portal.da.saude.gov.br>]. Acessado em setembro de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. **Lei Federal 10.216** de 6 de abril de 2001. Brasília. Disponível em [<http://portal.saude.gov.br/arquivos/>]. Acessado em setembro de 2008
- DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [<http://www.datasus.gov.br>]. Acessado em fevereiro de 2007
- OMS. **Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol**. Relatório da 60ª. Conferência Mundial de Saúde. 5 de abril de 2007. Disponível em: [www.ias.org.uk/resources/publications]. Acessado em novembro de 2007.
- OMS/OPAS. **Relatório sobre saúde mental no mundo**. OMS/ONU, 2001. Disponível em [www.psiqweb.med.br/acad]. Acessado em fevereiro de 2005.
- SANT'ANNA, E.; IWASSO, S. **Faltam leitos para doente mental**. São Paulo: **O Estado de São Paulo**, 21 de setembro de 2008. p. 27-29.