

A redução das internações psiquiátricas no município de Catanduva enquanto produto do processo de reorganização da Rede de Atenção Psicossocial

The reduction of psychiatric hospitalizations in Catanduva city as a product of the reorganization process of the Psychosocial Attention Network

Tiago Aparecido da Silva^I, Ronaldo Carlos Gonçalves Junior^{II}

Resumo

O município de Catanduva até o ano de 2012 centralizava todas as ações de saúde mental no hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental. Nesse cenário, a fila de espera para consulta médica em psiquiatria contabilizava 1.224 pacientes, com previsão para primeira consulta em 17 meses. Da mesma forma, os indicadores de saúde apontavam para um sistema fragmentado, pouco resolutivo e de baixa qualidade, evidenciado por uma taxa de 32,5 internações por 10.000 habitantes, sendo superiores à média DRS-XV (20,08) e Estado de São Paulo (17,5). O objetivo foi reorganizar, qualificar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fomentando a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais. Para tanto, foram realizados encontros mensais, com a participação intersectorial de diversas instituições, profissionais e gestores. Mediante os encontros foi possível repensar e propor importantes mudanças na formatação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal. Após implantação das estratégias pactuadas com foco na atenção básica, foi possível a redução 50% das internações psiquiátricas, assim como o fim da fila de espera para atendimentos em saúde mental.

Palavras-chave: Redes de Apoio Social, Saúde Coletiva, Saúde Mental.

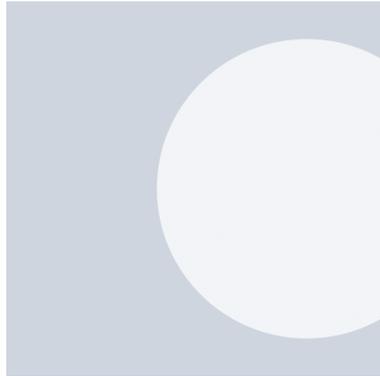
Abstract

Catanduva city centralized all mental health actions in psychiatric hospitals and outpatient clinics by 2012. The waiting list for the psychiatrist's appointment counted 1224 patients, with prediction for the first one within 17 months. Likewise, health indicators pointed to a fragmented, low resolution and low quality system, evidenced by a rate of 32.5 admissions per 10,000 inhabitants, higher than the DRS-XV (20.08) and the São Paulo State (17.5). In view of this scenario, the objective of this action was to reorganize, qualify and expand the Psychosocial Attention Network (RAPS), encouraging the reduction of hospitalizations due to mental and behavioral disorders. For this, monthly meetings were held, with the intersectoral participation of various institutions, professionals and managers. Thus, it was possible to rethink and propose important changes in the format of the Psychosocial Attention Network (RAPS) for the city. Following the implementation of these agreed strategies focused on primary care, it was possible to reduce psychiatric admissions by 50% as well as the end of the waiting list for mental health care.

Keywords: Networks of social support, Public health, Mental health.

^I Tiago Aparecido da Silva (ti.aps@hotmail.com), Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva, Coordenador do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva-SP

^{II} Ronaldo Carlos Gonçalves Junior (ronaldo.junior@catanduva.sp.gov.br), Farmacêutico, Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica, Secretário Municipal de Saúde do município de Catanduva-SP



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal 8.080 de 1990¹, regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo. Historicamente podemos observar como um dos principais avanços na consolidação do SUS o processo de descentralização político-administrativa, efetivada por meio da transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais, com ênfase na municipalização. Nesse sentido, os municípios assumiram, a partir dos anos 1990, novas responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica, contribuindo significativamente para ampliação da cobertura e amadurecimento do sistema. Apesar de todo o aparato legal, as Normas Operacionais Básicas se demonstraram insuficientes, na medida em que não abordavam de maneira clara e objetiva a necessária articulação entre os serviços de saúde de uma mesma região, que favoreceriam a consolidação de sistemas municipais autônomos e isolados. Todavia, a articulação intermunicipal não foi pautada como prioridade, no entanto a descontinuidade do cuidado entre os níveis de atenção e a consequente

fragmentação do sistema foram inevitáveis. Uma das estratégias para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, que tem sido buscada por vários países no mundo, está relacionada à organização dos serviços por meio de redes de atenção à saúde (RAS), na medida em que esse modelo permite dar respostas às necessidades dos indivíduos de forma organizada, integrada e orientada pela Atenção Básica, atendendo a uma população adstrita a determinado território. A construção de uma rede de serviços de saúde baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, mas envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Oficialmente, a RAS foi proposta como componente do SUS pelo Ministério da Saúde por meio de dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010², que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011³, que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). Em relação ao decreto nº 7.508/2011³, o governo federal, apoiado por estados e municípios, reconhece como prioridade a implantação das chamadas Redes Temáticas, dando novo impulso para a implantação das redes do SUS. Essas redes temáticas foram priorizadas mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite

(CIT) em 2011 e são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial³. Por se tratar do foco deste trabalho, descreveremos com maior detalhe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Prevalência de Transtornos Mentais

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número vem sofrendo um aumento progressivo com o avançar dos anos, principalmente nos países de baixa a média renda, incluindo neles o Brasil⁴. Estudos nacionais indicam que entre 31% e 50% da população brasileira apresentaram ou apresentarão pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, entre 20% e 40% necessitam de algum tipo de ajuda profissional⁵. Quanto aos transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental⁶. Recentemente a Organização Mundial de Saúde⁷ divulgou dados do primeiro Relatório Global para Prevenção do Suicídio, identificando que mais de 804 mil pessoas cometem o suicídio anualmente. Desses, 75% ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento. Esse número é equivalente a um novo evento a cada 40 segundos, caracterizando-se como a segunda maior causa de morte na faixa etária de 15 a 29. No mesmo documento, a OMS aponta que, para cada morte por suicídio por ano, outras duas pessoas cometem tentativas e sobrevivem. Segundo Botega⁸, no Brasil, para cada atendimento em pronto-socorro, resultante de tentativa de suicídio, outras três pessoas tentaram tirar a própria vida, cinco pessoas planejaram a própria morte e

dezessete pensaram no suicídio como uma alternativa possível para solução de seus problemas. Por fim, o relatório da OMS é enfático ao afirmar que o suicídio é responsável por mais mortes a cada ano do que todas as guerras e outras formas de violência interpessoal juntas.

Atenção à Saúde Mental

Em relação à assistência aos portadores de transtornos mentais, dados divulgados pela OMS⁹ indicam que, em países de baixa renda, cerca de 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não têm acesso adequado ao tratamento em saúde mental, o que, em tese, pode estar relacionado ao alto índice de suicídio. Em relação aos países de renda média e alta, esses números reduzem-se, respectivamente, para 35% e 50%. Frente a essa realidade e considerando a Saúde Mental como parte integrante das redes prioritárias, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁰, instituiu a RAPS. Essa portaria prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A portaria reforça os princípios da reforma psiquiátrica, que critica o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais na formulação de políticas e práticas de atenção psicossocial¹¹.

Com a publicação da Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁰, os municípios foram desafiados a ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e promover a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Frente ao exposto, no ano de 2012 o município de Catanduva com aproximadamente 120.092 habitantes, centralizava todas

as ações de saúde mental no hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental. Atenção Básica, composta por 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 2 Núcleos de Apoio a Saúde da Família e 4 UBS “Tradicionais”, não realizavam os atendimentos aos usuários com transtorno mental leve, ocasionando elevado índice de encaminhamentos e baixa resolubilidade. Nesse cenário, em dezembro de 2012 a fila de espera para consulta médica em psiquiatria contabilizava 1.224 pacientes, com previsão para primeira consulta em 17 meses. Indiferentemente, os indicadores de saúde referente ao mesmo período, apontavam para um sistema fragmentado, pouco resolutivo e de baixa qualidade, evidenciado por uma taxa de 32,5 internações por 10.000 habitantes, sendo superiores à média do DRSXV (20,08) e Estado de São Paulo (17,5).

Objetivo

Reorganizar, qualificar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Catanduva, fomentando a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais.

Metodologia

Caracterização do Local de Estudo

O município de Catanduva com aproximadamente 120.092 habitantes, localiza-se a 390 km da capital do Estado de São Paulo e a 60 km da sede do DRS XV e está situada na zona noroeste do Estado. As atividades econômicas predominantes na região são as indústrias sucroalcooleiras (cana-de-açúcar e derivados), de sucos de frutas, ventiladores, móveis e velas, além de comércio e serviços. Em relação ao saneamento básico, o município de Catanduva conta com cobertura de 97,91% de abastecimento de água da rede pública e de 98,56% de instalações de esgoto sanitário. No ano de 2012 à Atenção Básica, apresentava uma

cobertura total de 98,35%, sendo o principal modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 63,0%, correspondendo a 21 equipes implantadas. No mesmo período, havia apenas 2 (duas) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No que diz respeito aos componentes estratégicos da Saúde Mental, o município dispunha de um serviço/dispositivo de referência para acolhimento aos usuários com transtornos psíquicos graves em nível ambulatorial. No componente da Atenção às Urgências e Emergências, a região contava com um Hospital Geral e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos disponibilizados para toda a região e sediados no município de Catanduva. Como o Hospital Geral não possuía leitos psiquiátricos habilitados, diante da necessidade de atenção hospitalar, o usuário ainda é transferido para o Hospital Psiquiátrico no município de Catanduva, que também é referência para 102 municípios do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto. Após a alta, esse hospital encaminha os casos para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, por serem essas os únicos equipamentos da região de Catanduva disponíveis para atendimento e acompanhamento longitudinal do usuário, independentemente da gravidade do caso.

Participantes

Participaram do referido processo de reorganização da RAPS todo os profissionais do NASF, coordenador atenção básica, coordenador saúde mental, coordenador educação permanente e representantes das equipes de ESF, CRAS, CREAS e Secretaria da Educação, totalizando aproximadamente 60 participantes.

Procedimento Metodológico

O Fórum Rede de Atenção Psicossocial foi o espaço utilizado para problematização e intervenção. Tal espaço tem se mostrado como um

importante locus de discussão e participação que possibilita a reflexão a respeito da prática de trabalho e consequente tomada de decisão, objetivando o fortalecimento do trabalho em rede, mediante a troca de saberes e experiências de cada participante. No período de reestruturação e pactuação foram realizados seis encontros que aconteceram mensalmente, com duração aproximada de duas horas, sendo o primeiro em 05/2014 e o último em 11/2014. O primeiro encontro teve objetivo de reconhecer as percepções dos profissionais frente às diretrizes do programa, realizar o diagnóstico situacional e a partir de então dialogar sobre a lógica de funcionamento do mesmo. No segundo, foi possível identificar pontos-chaves para promover a mudança, assim como planejar todo o processo com prazos e metas definidas. O terceiro encontro foi destinado para reorganizar a rede assistencial por meio do mapeamento do território, identificando importantes equipamentos sociais, tanto os disponíveis, como os necessários, e por fim propor a reestruturação das equipes NASF, com nova divisão e redimensionamento. Posteriormente no quarto encontro, a participação das equipes de ESF foi de fundamental importância, à medida que contribuiu para repensar todo o processo de trabalho e principalmente a agenda compartilhada entre NASF/ESF, de modo que permitisse encontros presenciais semanais, atividades de grupos, consultas e visitas compartilhadas e outras atividades. O quinto encontro aconteceu presencialmente com cada equipe NASF/ESF em campo, onde a equipe técnica teve a oportunidade de vivenciar a prática junto aos profissionais. E o último encontro foi reservado para avaliar e monitorar as ações implementadas.

Resultados

Gestão em Saúde

O Diagnóstico Situacional permitiu constatar que os 2 (dois) Núcleos de Apoio a Saúde

da Família na modalidade I, não apresentavam o dimensionamento proposto pelo Ministério da Saúde, pois prestavam apoio a dez equipes, enquanto o recomendado era de cinco a nove. Identificou-se também, que o número de profissionais do NASF (44) e a carga horária total (1.460 horas). Esse quantitativo de profissionais de formar desordenada, possibilitou o credenciamento e habilitação de mais 2 (dois) novos NASF, totalizando quatro, além de implantar um CAPS na modalidade II, sem qualquer modificação/contratação no quadro de recursos humanos. Essa reestruturação, possibilitou aumento no incentivo financeiro federal em R\$ 73.086,25/mês, sem a necessidade de aumentar os custos existentes. Reorganização da Rede de Atenção Psicossocial: No componente da atenção básica, ficou pactuado que cada equipe de NASF ficaria responsável pelo apoio de cinco ou seis equipes de ESF, realizando reuniões semanais e se responsabilizando pela condução dos transtornos mentais leves. No componente Especializado, o ambulatório de saúde mental foi desativado, sendo alguns profissionais remanejados para o CAPS II. No processo de trabalho do CAPS II, foram instituídas reuniões semanais de matriciamento (ESF/NASF/CAPS), de acordo com a necessidade das equipes de atenção básica. Em relação ao componente da Atenção Hospitalar e Atenção a Urgência/Emergência, o Hospital Geral que é referência para 19 municípios da Região de Saúde, passou a atender as urgências e emergências psiquiátricas em situações de crise, disponibilizando leitos de observação. Da mesma forma aconteceu com o SAMU e UPA. No componente das Estratégias de Desinstitucionalização foi solicitado incentivo financeiro e estadual e federal para implantação de duas residências terapêuticas previstas para quinze moradores do Hospital Psiquiátrico local e cinco moradores que estão nos Hospitais Psiquiátricos da Região de Sorocaba.

Qualificação profissional e impacto nos indicadores de saúde mental

A nova formatação da RAPS municipal possibilitou o fortalecimento da Atenção Básica, aproximando e integrando as ações do NASF e CAPS. Nesse sentido o matriciamento se demonstrou uma importante ferramenta para qualificação da assistência e educação permanente, permitindo maior segurança dos profissionais frente a condutas terapêuticas e incorporação das ações de saúde mental, diminuindo a resistência e preconceito dos profissionais frente aos indivíduos com sofrimento psíquico e, dessa forma, evitando o encaminhamento desnecessário, o agravamento dos casos leves e consequente uso dos serviços de urgência e internação psiquiátrica. Nesse cenário, foi possível reduzir a taxa de internações psiquiátricas de 32,5 internações/10.000 habitantes (2012), para 16 internações/10.000 habitantes, correspondendo a uma redução de 50%. Por fim, a fila de espera para consulta psiquiátrica que contabilizava 1.224 pacientes em dezembro de 2012, foi zerada em meados de 2016.

Considerações finais

Desconstruir velhos conceitos e paradigmas, ampliar, implantar, integrar, qualificar e avaliar a efetividade das ações, não é tarefa fácil. Todavia, o processo de reorganização da RAPS, nos ensinou que a implantação e integração dos pontos de atenção tal como previsto na Portaria 3.088/2011¹⁰, são eficientes e correspondem satisfatoriamente às necessidades de saúde da população com transtornos mentais e comportamentais. Da mesma forma, ficou evidente que a resolução dos problemas de baixa qualificação e dificuldade de acesso, em algumas situações, não demandam grandes aplicações de recursos financeiros, mais sim um novo olhar para o território, carregado de conhecimento técnico, científico e político.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União 20 set/1990; Seção 1:018055.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010.
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e à articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial União. 29 jun. 2011d; Seção 1, p.1-3.
4. World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding new hope. Geneva: WHO; 2001.
5. Ximenes NFR. Felix RMS, Oliveira, EM. Jorge, MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. Enfermeira Global. 2009(16).
6. Brasil. Ministério da saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários, Brasília: (DF), 2003.
7. Organização Mundial da Saúde... Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO, 2014.
8. Botega NJ. Comportamento suicida em números. Debates Psiquiatria Hoje. 2010;2(1):9-11.
9. Organização Mundial da Saúde. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: WHO, 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União. 21 mai/2013; Seção 1:37.
11. Oliveira A, Alessi N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(1):191-203.