



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Pereira, Maria Odete; Ferreira de Oliveira, Márcia Aparecida

Análise dos dispositivos de saúde mental em municípios do Vale do Paraíba

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 64, núm. 2, março-abril, 2011, pp. 294-300

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019461012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise dos dispositivos de saúde mental em municípios do Vale do Paraíba

Analysis of mental health devices in the cities of the Paraíba Valley

Analisis de los dispositivos de salud mental en los municipios del Vale de Paraíba

Maria Odete Pereira¹, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹

¹Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, SP

Submissão: 13/01/2009

Aprovação: 07/11/2010

RESUMO

Estudo que teve como objetivo identificar e analisar a relação entre a população quanto à quantidade e modalidade de dispositivos de saúde mental existentes. Tratou-se de pesquisa descritivo-exploratória realizada nos 27 municípios da Regional da Saúde XVII do Estado de São Paulo. Dos municípios participantes, sete possuíam algum dispositivo de saúde mental, totalizando 12 em cinco diferentes modalidades: dois Centros de Atenção Psicossocial tipo I; dois do tipo II; um hospital dia; 12 leitos em hospital geral; quatro ambulatórios e sete leitos em unidades de emergência. Elevado número de pessoas residentes nos municípios participantes encontra-se sem cobertura assistencial.

Descriptores: Saúde Mental; Serviços comunitários de saúde mental; Serviços de saúde mental; Políticas públicas.

ABSTRACT

This study's purpose was to identify and to analyse the relation between population about the amount and modality of existing mental health devices. That was a descriptive-exploratory study carried out in 27 municipalities of the Regional of Health XVII of São Paulo State. Of the participant municipalities, seven had some mental health device, totaling 12 in five different modalities: two Centers of Psychosocial Attention type I; two of type II; one day-hospital; 12 beds in a general hospital; four outpatient clinics and seven beds in emergency services. High number of residents in those municipalities is without mental care coverage.

Key words: Mental health; Community mental health services; Mental health services; Public policies.

RESUMEN

Estudio que objetivó identificar la relación entre población y la cantidad y modalidad de dispositivos de salud mental existentes. Se trató de un investigación descriptivo-exploratorio realizado en los 27 municipios dirigidos por el Departamento Regional de Salud XVII del Estado de São Paulo. De los municipios participantes, siete tenían algún tipo de dispositivo de salud mental, con un total de 12 en cinco diferentes modalidades: dos Centro de Atención Psicosocial de tipo I, dos tipo II, un hospital de día, 12 camas en hospital general, cuatro clínicas para pacientes ambulatorios y siete camas en unidades de urgencia. Gran número de personas que viven en los municipios participantes están sin cobertura asistencial.

Descriptores: Salud mental; Servicios comunitarios de salud mental; Servicios de salud mental; Políticas públicas.

INTRODUÇÃO

No início da década de 1970, a Psiquiatria foi a especialidade mais explorada na área da saúde pelas empresas privadas. Nessa fase, a denominada “indústria da loucura” fez dobrar o número de leitos psiquiátricos, pois a inexistência de direitos dos usuários, associada à baixa exigência de qualidade do setor, facilitava o crescimento de construção ou transformação de velhos galpões em enfermarias⁽¹⁾.

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se com o movimento sanitarista, mas em um dado momento tomou outra direção, pois a Psiquiatria tinha um grande problema a resolver - os hospitais psiquiátricos, o que não acontecia com as demais áreas da Saúde Coletiva, na Reforma Sanitária⁽¹⁻²⁾.

Inicialmente, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira pautou-se na italiana que foi desenvolvida por Franco Basaglia como marco referencial do processo de desinstitucionalização. Na Itália, o processo foi marcado por forte poder de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania do doente mental, preocupando-se em oferecer-lhe soluções alternativas de tratamento na comunidade⁽²⁾.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, tendo a desinstitucionalização como principal vertente, envolvendo todos os atores sociais para modificar a organização das instituições psiquiátricas e consequente desconstrução do manicômio, o que implica na construção de outras estruturas para tratamento dos portadores de sofrimento psíquico⁽³⁾.

Durante 11 anos, em sua proposta inicial, com o Decreto nº 3.657/89, a Lei nº 10.216 sofreu modificações até ser aprovada em abril de 2001. De autoria do Deputado Paulo Delgado, a lei viabilizou o processo de Reforma, garantindo a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental⁽⁴⁾.

A Reforma objetiva a reabilitação psicosocial que se apresenta como um conjunto de atividades capazes de oferecer condições muito amplas à recuperação dos indivíduos, por meio de uso de recursos individuais, familiares e da comunidade, a fim de neutralizar os efeitos iatrogênicos e cronificadores da doença e das sucessivas internações psiquiátricas. Reabilitar significa ajudar os indivíduos a superar suas limitações e incapacidades e promover o autocuidado, elevando-lhes a autoestima, dando-lhes oportunidade para a restituição da identidade pessoal, social e a autonomia⁽⁵⁾.

Em consonância com a Lei nº 10.216, as Políticas de Saúde atuais estabelecem que o atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais seja realizado em base comunitária, próxima do convívio familiar, para tornar possível a convivência entre a loucura e a sociedade. Portanto, foram criados os equipamentos, serviços substitutivos ou dispositivos em saúde mental, como são denominados os diferentes serviços de atendimento em saúde mental, sediados na comunidade, formando uma Rede de atendimento psicosocial⁽⁴⁾.

Os serviços substitutivos são entendidos como um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais sob a ótica de integração das várias dimensões da vida do indivíduo, considerando diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)⁽⁶⁾.

Seguindo critérios populacionais, cada município deve contar com ações de saúde mental que transformem paradigmas sociais com relação à loucura, baseadas em processos coletivos, para que sejam garantidos os direitos à atenção em saúde mental, nos Programas de inclusão social. A Rede de atenção ao portador de transtornos mentais deve ser constituída por serviços substitutivos assistenciais, tais como: Unidades Básicas de Saúde; Centros de Atenção Psicosocial (CAPS); Centros de Convivência; Grupos de Produção; Moradias (residências terapêuticas); leitos de retaguarda em Hospitais Gerais (noturno/feriado/final de semana); Programa “de Volta para Casa”; ações intersetoriais; mobilização; controle social e a desconstrução do Hospital Psiquiátrico⁽⁶⁾.

Atualmente, o Brasil possui uma população de 189.612.814 habitantes, e a Rede de CAPS, 1.326 unidades, com cobertura de 0,55 para cada 100 mil habitantes. O Estado de São Paulo tem uma população de 41.011.635 habitantes, com uma Rede de 203 CAPS, cobrindo 0,45 em cada 100 mil habitantes. O Programa de Volta para Casa assiste a 3.192 pessoas e, até o momento no País, foram implantados 36.797 Serviços Residenciais Terapêuticos⁽⁷⁾.

Desde o início da década de 1990, quando começou o processo de reforma da intervenção psiquiátrica com a desinstitucionalização de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, o Sistema Único de Saúde, por meio dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) vem estruturando novas estratégias de atenção à saúde mental, pautadas nas políticas públicas em saúde mental.

O DRS XVII é sediado no município de Taubaté, no Médio Vale do Paraíba, e foi implantado há aproximadamente 12 anos. Abrange 39 municípios e é definido como serviço de regulamentação e coordenação de todas as ações de saúde, monitorando os serviços prestados pelos mecanismos assistenciais que possibilitem a atenção psicosocial das pessoas acometidas de transtornos mentais.

Considerando as determinações da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, que define as diretrizes para a instalação de CAPS em municípios que possuem população acima de 20 mil habitantes, a questão que se faz é: Será que as Secretarias municipais de Saúde coordenadas pelo DRS XVII, possuem dispositivos suficientes para atender a população que sofre de transtornos psíquicos e os usuários ou dependentes de álcool e de outras drogas⁽⁸⁾?

As autoras, baseadas nesse questionamento, realizaram o presente estudo com a finalidade de analisar se os dispositivos de saúde mental dos municípios coordenados pelo DRS XVII são quantitativamente suficientes para atender aos portadores de transtornos psíquicos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

As autoras realizaram um levantamento da produção literária a respeito da temática que está sendo abordada e identificaram apenas dois estudos para caracterização de serviços e equipes de enfermagem que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. As buscas de deram nas Bases de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Universidade de São Paulo e Universidade Estadual de Campinas, sendo identificada apenas uma dissertação de mestrado na Base da CAPES, que teve como objeto de estudo o ambulatório de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em um município do Vale do Paraíba, também participante deste estudo⁽⁹⁾.

Assim, na literatura não existem registros de levantamentos anteriores, com dados quantitativos ou qualitativos relativos aos dis-

positivos de saúde mental dos municípios que participaram do presente estudo.

Os objetivos traçados foram: identificar o número de habitantes dos municípios participantes coordenados pelo DRS XVII; identificar as modalidades e número de dispositivos de saúde mental disponíveis nos municípios participantes; identificar o número pessoas portadoras de transtornos psíquicos usuárias dos Serviços em saúde mental do SUS; e analisar a relação entre a população dos municípios e a quantidade e modalidade dos dispositivos de saúde mental existentes.

METODOLOGIA

A presente pesquisa é descritiva-exploratória. O estudo foi realizado entre março e maio de 2007, no DRS XVII e Secretarias municipais de saúde, tendo como participantes os representantes legais do Departamento e dos dispositivos de saúde mental nos municípios sob sua coordenação.

A proposta inicial do projeto era realizar o estudo nos municípios dirigidos pela Diretoria Regional de Saúde XXIV, como era denominado o atual DRS XVII. No entanto, no mês de dezembro de 2006, por meio do Decreto 51.433/06, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo desativou a DIR XXI, situada no município de São José dos Campos. Com isso, a DIR XXIV assumiu a coordenação e regulação das ações de saúde de todos os municípios dirigidos pela extinta DIR XXI.

A DIR XXIV dirigia 27 municípios, e o atual DRS XVII coordena 39 municípios. Como o projeto já estava em andamento quando ocorreram as mudanças descritas acima, as autoras mantiveram como participantes apenas os 27 municípios e dentre eles foi realizado o estudo naqueles que possuem dispositivos de saúde mental, totalizando sete.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob o Parecer de nº 30/2006. Todas as determinações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa foram observadas.

Inicialmente, o representante legal do DRS XVII foi contatado para a concessão de autorização formal. Uma vez obtida a autorização, as pesquisadoras coletaram alguns dados com o representante legal do DRS. Como não foi possível obter todas as informações no Departamento, para sua complementação outras visitas foram agendadas, por telefone, com os coordenadores dos dispositivos nos municípios.

O cadastro de todos os portadores de transtornos psíquicos foi extraído dos registros impressos. Para anotar as informações, as autoras adotaram um diário de campo em que foram registrados os dados de cada dispositivo que foram analisados descritivamente.

Com o intuito de preservar a identificação dos municípios participantes, adotou-se o nome de flores para identificá-los, assim, foram denominados: Begônia, Bromélia, Girassol, Lírio, Margarida, Rosa e Violeta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No início, foi feito o levantamento populacional dos municípios participantes nos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE⁽¹⁰⁾.

Nos dados da Tabela 1, são apresentados os municípios participantes, número de habitantes e os números de usuários que utilizam os dispositivos de saúde mental.

No momento da coleta de dados dos 27 municípios, apenas sete possuíam algum dispositivo para atendimento em saúde mental, representando 25,93%. Considerando que a população desses municípios era de 707.580 habitantes, apenas 13.195 pessoas (1,9%) têm acesso a algum tipo de serviço de saúde mental de base comunitária. Estes dados contrariam os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

Na perspectiva quantitativa, o município Bromélia, com 49.512 habitantes, e o município Margarida, com 16.454 habitantes, encontram-se dentro das normas preconizadas pela Portaria 336/2002. Como o estudo não se propôs a realizar a análise qualitativa, não se pode afirmar que a atenção oferecida aos usuários atenda efetivamente às demandas da saúde mental daquelas localidades.

Embora as diretrizes atuais do Ministério da Saúde sejam para uma atenção de base comunitária, quantitativamente, 92,59% dos 27 municípios participantes não dispõem de dispositivos que ofereçam cobertura de atendimento à população local, o que indica que os usuários estão sujeitos à desassistência no processo saúde-doença mental.

Os dados da Tabela 2 apresentam os municípios participantes e as respectivas modalidades dos dispositivos. Quanto ao tipo, os CAPS são classificados em: CAPS I, II, III, CAPS AD (atende usuário de álcool e de outras drogas) e CAPS I (atende crianças e adolescentes). Nesta tabela, encontram-se os números absolutos dos leitos disponíveis para internações psiquiátricas em pronto-socorro e hospital geral.

Os Recursos de Saúde Mental monitorizados pelo DRS XVII são compostos por: quatro CAPS, sendo dois tipo I e dois tipo II; quatro Ambulatórios; um hospital-dia, sete leitos em pronto-socorro geral e uma enfermaria com 12 leitos para internação de curta permanência (30 dias).

O CAPS, que foi regulamentado pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece diretrizes para seu funcionamento⁽⁸⁾.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais e visam a prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas⁽⁸⁾.

Esses Serviços substitutivos constituem-se como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, sendo definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional.

De acordo com o critério populacional: municípios com mais de 20 mil habitantes devem possuir CAPS I; 70 mil - CAPS II; 100 mil – CAPSad e 200 mil CAPS III e CAPS I⁽⁷⁻⁸⁾.

De acordo com as determinações da Portaria 336/2002, o município Begônia com 143.737 mil habitantes deveria ter um CAPSad para o atendimento de pessoas portadoras de transtornos psíquicos dependentes de álcool e drogas, além do CAPS II existente. O município de Girassol com 113.012 habitantes deveria possuir um CAPS II e um CAPSad para a maior qualidade do

Tabela 1. Distribuição do número de habitantes dos municípios participantes e número dos usuários cadastrados nos dispositivos de saúde mental – Lorena, SP, 2007.

Município	Número de Habitantes	Número de Usuários	Percentual
Begônia	143.737	195	0,14
Bromélia	49.512	310	0,62
Girassol	113.012	3.000	2,65
Lírio	77.076	2.700	0,35
Margarida	16.454	83	0,50
Rosa	36.129	1.448	4,0
Violeta	271.660	5.459	2,0
Total	707.580	13.195	1,9

Tabela 2. Distribuição dos dispositivos de saúde mental nos municípios participantes, segundo as características de atendimento – Lorena, SP, – 2007.

Município	Dispositivos de Saúde Mental				
	CAPS	Ambulatório Especialidade	Hospital-Dia	Leitos em Pronto-Socorro	Hospital Geral
Begônia	I-II	-	-	-	-
Bromélia	I-I	-	-	-	-
Girassol	I	I	6	12	
Lírio	I	-	-	-	-
Margarida	I-I	-	-	-	0
Rosa	I	-	-	-	-
Violeta	I-II	I	-	1	-
Total	4	4	1	7	12

atendimento em saúde mental, pois o serviço ambulatorial atende toda a população usuária de álcool e de outras drogas. Os municípios Lírio e Rosa deveriam prever a implantação de um CAPS I; e, por fim, o município Violeta deveria implantar um CAPS III para a contenção da crise no município, além de um CAPSad e CAPSi para a atenção aos usuários de álcool e de outras drogas e às crianças, respectivamente.

Estudo revela que o município de Campinas conta atualmente com um CAPS III para cada Distrito Sanitário, caracterizando condição ainda muito rara nos municípios brasileiros⁽¹¹⁾. No Vale do Paraíba, não existe CAPS III.

Nos CAPS, identificados no presente estudo, são atendidos todos os diagnósticos de transtornos mentais existentes e, em suas oficinas, os lucros gerados pela produção dos usuários são empregados para a compra de materiais para a manutenção de outras oficinas.

As modalidades de oficinas realizadas nos CAPS devem se ocupar com questões do cotidiano dos usuários e serem adequadas aos seus perfis⁽⁸⁾. Portanto, não são os sujeitos que precisam se adequar ao CAPS, mas é o CAPS que precisa se adequar para recebê-los⁽¹²⁾.

As atividades realizadas nas oficinas devem também objetivar a geração de renda, considerando que o CAPS deva possibilitar a inclusão social dos usuários. Para a comercialização dos produtos gerados nas oficinas, uma solução proposta é a de que um operador do serviço psiquiátrico negocie a oportunidade de trabalho em nome dos usuários. Esta proposta é reconhecida em estratégias em que alguns profissionais do CAPS lançam mão para viabilizar a

inserção dos usuários no mercado de trabalho, já que as dificuldades para passagem da situação protegida ao mercado livre do trabalho são muito grandes⁽¹²⁻¹³⁾.

O trabalho dos CAPS não ocorre apenas no período de crise, pois é exatamente fora desses momentos que a intervenção efetivamente se verifica. É quando se pode auxiliar o usuário a construir seus projetos de vida, aumentando sua autonomia, contratualidade social e qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Os municípios Girassol, Lírio, Rosa e Violeta possuem ambulatórios que se encontram com o número elevado de cadastrados, o que sugere um atendimento deficitário.

Estudo anterior realizado no ambulatório de saúde mental do município Violeta relata a existência de elevado número de usuários atendidos no serviço e a necessidade de ampliar e melhorar o atendimento prestado. Ressalta, ainda, a carência de recursos humanos e materiais e a falta de uma rede de atenção capaz de organizar a atenção primária, a fim de melhorar as condições sociais da população, como fatores que se colocam como entraves no processo⁽⁹⁾.

O presente estudo revelou um número excessivo de usuários cadastrados no ambulatório do município Girassol, o que pode ser atribuído ao fato do Hospital-Dia do município não atender a usuários de álcool e de outras drogas e, também, à pressão dos serviços públicos para que os trabalhadores cumpram as metas estabelecidas, relacionadas ao número de atendimentos

Por outro lado, muitos Serviços sentem dificuldade para ampliar o número de atendimentos em razão do número insuficiente de trabalhadores no quadro técnico e de muitos deles possuírem vínculos empregatícios temporários, com implicações de diferentes ordens: para a equipe, pela elevada rotatividade que compromete a articulação; para a dinâmica e continuidade dos projetos, pelas frequentes interrupções; para os usuários que sentem o comprometimento da qualidade do atendimento que lhes é prestado e; por fim, à comunidade, que percebe a ineficiência de uma estrutura que deveria ser articuladora⁽¹⁴⁾.

Comumente, no campo médico-psiquiátrico fala-se de tratamento e não de cuidado, porque refere-se a tratar como sendo uma ação mediada por conhecimentos científicos, instrumentais e objetivos. É a objetivação de um corpo de conhecimentos, traduzida na ação profissional. Cuidar é uma atitude de responsabilização, que pode ser traduzida como atitude de implicação, e assim, tudo o que se relaciona ao sujeito interessa, diz respeito a quem cuida. O cerne do cuidar está no fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território onde se dá o atendimento⁽¹⁵⁾.

O município Girassol possui um hospital-dia. O serviço aguarda o credenciamento do Ministério da Saúde para funcionar como

CAPS II. Desde sua implantação, o hospital-dia tem suscitado polêmicas quanto à eficiência para reabilitar pacientes crônicos, suas indicações, contra-indicações, entre outros, como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Em razão da carência de profissionais nos hospitais-dia, o serviço passa a funcionar com menor número de vagas, limitando o poder das análises estatísticas da qualidade do serviço prestado⁽¹⁶⁾.

Os hospitais-dia atendem usuários com níveis de incapacitação psiquiátrica, perdas e necessidades superiores à autonomia dos ambulatórios para atendê-las. Se os hospitais-dia visam a evitar internações, deve-se pensar na possibilidade de que esses serviços atendam pacientes com risco de vir a ser internados ou reinternados, independentemente do diagnóstico psiquiátrico⁽¹⁷⁾.

Os municípios de Violeta e Girassol possuem leitos para atendimento de emergência em hospital geral, mas as equipes não oferecem atendimento especializado aos usuários, em razão da elevada demanda e por não possuírem profissionais especializados e treinados para a atenção em saúde mental.

A questão da assistência ao ser humano em sofrimento psíquico requer que se construam não só estruturas físicas, mas também espaços de atenção, como no caso do hospital geral, com a capacitação dos profissionais que irão atuar no atendimento a esses pacientes⁽¹⁸⁾. Nesses ambientes, os pacientes precisam de um atendimento diferenciado, pois como se sentem bem fisicamente, permanecem por pouco tempo no leito. O ambiente físico deve favorecer para que os portadores de transtornos psíquicos sejam orientados em tempo e espaço (devem ter relógios, calendários, espelhos e quadros); possuir refeitório; área de lazer para que possam realizar atividades físicas; sala de estar com rádio e televisão, e que seja em andar térreo. Ao pensar na questão do espaço físico, a dificuldade de implantação desses leitos é grande, pois a reorganização para adequar os hospitais está vinculada à disponibilidade de espaço físico e implica investimentos financeiros^(17,19). Esta definição sugere que a emergência não tenha uma função exclusiva voltada a uma determinada nosologia psicopatológica, mas também ao sistema de serviços oferecidos por uma determinada região, na qual o indivíduo está inserido.

Com a desinstitucionalização do doente mental, registrou-se um aumento da demanda de serviços de emergência. Indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, que, atualmente, vivem na comunidade, buscam com maior frequência atendimento nos serviços de emergência, pelas descompensações periódicas da própria doença, suporte social ineficiente e eventuais falhas nos próprios serviços de saúde mental⁽¹⁹⁾.

Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais atendem diariamente, 24 horas, contando com o apoio de leitos de internação para até 72 horas. Deve ser composto por uma equipe multiprofissional e o atendimento tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo, assim, que o paciente retorne à sociedade. O serviço deve ser regionalizado, atendendo à população residente no município, a fim de que se possa realizar um atendimento com qualidade⁽¹⁹⁾.

O município Violeta possui três hospitais gerais, sendo um deles referência em especialidades para todos os municípios do DRS XVII, por realizar cirurgias, tratamentos e exames de alta complexidade; no entanto não disponibiliza sequer um leito para a atenção em saúde mental. O município Girassol possui 12 leitos em hospi-

tal geral que atende a demanda local e de outros municípios vizinhos que não possuem leitos psiquiátricos disponíveis, para os quais o hospital é referência.

Nos municípios estudados, as internações em hospitais psiquiátricos ocorrem com muita frequência, estando o hospital de referência situado no município de Itapira, em outra região do Estado, há aproximadamente 250 km do Vale do Paraíba. Investigação realizada em dois CAPS (I e II) de dois municípios da região oeste do Estado de São Paulo, observou-se que as internações também ocorrem em hospitais psiquiátricos de outras regiões do Estado e que os dispositivos não possuem uma articulação com os demais da rede, a fim de proporcionar melhor atendimento em saúde mental⁽¹¹⁾.

Os leitos de retaguarda em hospital geral configuram um dispositivo estratégico para os municípios que não possuem CAPS III, ou seja, que funcionem 24 horas. O objetivo é segurar a crise no município, dando retaguarda de hospitalidade noturna, feriados e finais de semana, aos usuários que se encontram em crise no CAPS local^(8,18).

Os leitos psiquiátricos de hospital geral devem oferecer uma retaguarda hospitalar aos casos em que seja necessária a internação. O número de leitos não pode ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverá dispor de salas para trabalho em grupo (terapias e grupo operativo, entre outros), deverá constar de área externa do hospital para lazer e atividades socioterapêuticas⁽¹⁸⁾.

Embora os serviços substitutivos sejam considerados um grande avanço no processo de Reforma Psiquiátrica, não se pode ter como indicativo de qualidade apenas os números de unidades implantadas, preferencialmente CAPS, mas sobretudo a qualidade do atendimento e o alcance de suas ações, visando sempre à reabilitação psicossocial dos sujeitos.

Nesses Serviços, várias alternativas terapêuticas são oferecidas e não se resumem apenas à administração de medicamentos. Os diversos tipos de oficinas permitem às pessoas trabalharem suas habilidades; expressarem nos trabalhos artísticos a afetividade e a confusão mental que o adoecimento lhes impõe.

Os serviços não podem ser apenas espaços físicos onde as pessoas recebem medicação, alimentação, passes para os transportes coletivos e ocupem o tempo por meio das atividades assistidas, mas que sejam espaços onde as pessoas possam resgatar a auto-estima e auto-imagem. Que sejam portas que se abrem para a vida inclusiva⁽²⁰⁾.

Para que os dispositivos em saúde mental venham a ser realmente novos serviços, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico, faz-se necessário que o atendimento ali disponibilizado seja comprometido com rupturas necessárias de ordem ética, política e epistemológica em relação ao representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada de saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos⁽²¹⁾.

Em outras regiões do País, muitos municípios vêm mostrando que a implantação dos serviços substitutivos pode acontecer em curto prazo de tempo, como é o caso de Campina Grande, no interior da Paraíba que em um ano conseguiu reverter o modo de atenção em saúde mental, passando do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial⁽²²⁻²³⁾.

CONCLUSÃO

Por isso, as autoras consideraram o tema proposto relevante, visto que os resultados da análise serão disponibilizados ao DRS XVII, a fim de contribuir para a sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica na região. Ademais, os dados analisados poderão ser utilizados pelo DRS para melhor direcionar as estratégias na área, garantindo a universalidade e a equidade de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A ampliação da rede de serviços em saúde mental deve ser o reconhecimento do direito da população ter acesso aos serviços que lhe são mais adequados.

Em resposta aos objetivos estabelecidos, conclui-se com a pesquisa que: a população residente nos 27 municípios participantes totaliza 707.580 mil habitantes.

Os Recursos de Saúde Mental dos 27 municípios participantes, monitorizados pelo DRS XVII são compostos por quatro CAPS sendo: dois CAPS tipo I e dois CAPS tipo II; um Hospital Dia; uma Enfermaria de curta permanência; quatro Ambulatórios e duas Unidades Emergenciais Gerais.

Os resultados indicam que a cobertura de atendimento de saúde mental em base comunitária nesses 27 municípios é insuficiente, pois em uma população de 707.580 mil pessoas, apenas 13.195 mil (1,9%) estão cadastradas em algum serviço substitutivo de saúde mental em sete municípios.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2005, quase 12% da população brasileira possuem algum tipo de transtorno psíquico, inclusive aqueles decorrentes de dependência do álcool e de outras drogas. Confrontando os achados com as estimativas do Ministério da Saúde, supõe-se que, aproximadamente, 98,14% da população que sofrem de algum tipo de transtorno psíquico nos 27 municípios estudados estejam sem assistência em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Lat-am Enfermagem* 2003; 11(3): 333-40.
- Silva ATMC, Barros S. O Trabalho de enfermagem no hospital dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa - Paraíba. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3): 310-6.
- Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(2): 243-50.
- Ministério da Saúde (BR). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília 2001 abr 9; (1): 2.
- Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 734-9.
- Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. 1990-2004. Brasília; 2004.
- Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Divulgação: Rede CAPS fecha o ano com 1326 serviços. Brasília; 2008. [citado em 2009 Abr 29]. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/blob/194.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Sandini ELL. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo no município de Taubaté-SP [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro; 2006. [citado em 2007 Abr 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
- Luzio CA, L'Abatte S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(1):105-16.
- Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(6): 1455-61.
- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.
- Amarante P, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pio-

- neiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate* 2001; 25(58): 26-34.
15. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41:815-9.
 16. Reis R, Garcia MLT. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(6): 1965-74.
 17. Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(5): 672-77.
 18. Estelmhsts P, Brusamarello T, Borille D, Maftum MA. Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. *Rev Enferm UERJ* 2008; 16(3): 399-403.
 19. Calicchio RR, Rozembrerg B, Amarante P. Novas práticas de cuidado e produção de sentidos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: análise da experiência do grupo harmonia enlouquece no campo da saúde mental no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2007. [citado em 2008 Mai 23]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/6/3/1236-calicchiorrm.pdf>
 20. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc* 2008; 17(1): 95-106.
 21. Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Oliveira CC. Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(2): 187-93.
 22. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(6): 738-41.
 23. Lima MG, Silva GB. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5): 591-5.
 24. Pereira MO, Oliveira MAFde. A análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.