

# Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo\*

*An evaluative study of mental health actions in São Paulo state*

Maria de Lima Salum e Morais <sup>1</sup>  
Marisa Feffermann <sup>2</sup>  
Marli Fernandes <sup>3</sup>  
Regina Figueiredo <sup>4</sup>  
Silvia Helena Bastos de Paula <sup>5</sup>  
Sonia Isoyama Venancio <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisadora científica do Instituto de Saúde - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP).  
salum@isaude.sp.gov.br

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia pela USP; psicóloga do Instituto de Saúde - SES/SP.  
marisaf@isaude.sp.gov.br

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP); psicóloga do Instituto de Saúde - SES/SP.  
marlif@isaude.sp.gov.br

<sup>4</sup> Socióloga; Mestre em Antropologia da Saúde pela USP; pesquisadora científica do Instituto de Saúde - SES/SP.  
reginafigueiredo@uol.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira; Doutora em Ciências, Infectologia e Saúde Pública pela SES/SP; pesquisadora científica do Instituto de Saúde - SES/SP.  
silviabastos@isaude.sp.gov.br

<sup>6</sup> Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP.  
soniav@isaude.sp.gov.br

**RESUMO** *Este trabalho discute as propostas das Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas, além de introduzir a questão da avaliação das ações de saúde mental. Tem como objeto de análise as Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. O estudo baseou-se em indicadores de atendimento ambulatorial e de internações nas áreas de Saúde Mental e de Álcool e Drogas. Constatou-se nas regiões estudadas: relação direta entre o número de internações e a oferta de hospitais psiquiátricos; maior esforço no sentido de propiciar atendimento extra-hospitalar em algumas regiões; lenta e inconsistente evolução dos indicadores de 2003 a 2006 em direção ao preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Saúde Mental; Avaliação em saúde; Indicadores básicos de saúde.*

**ABSTRACT** *This paper brings an analysis of the National Politics for Mental Health, Alcohol and other Drugs, and introduces the issue of evaluation of Mental Health actions. The object of this piece of work is the Health Regions of São Paulo State. The study was based on indicators of extra-hospital attendance and of hospital admissions in Mental Health, and Alcohol and Drugs areas. In the studied regions, it has been observed a direct relation between the number of admissions and the psychiatric hospitals beds offer, greater effort forward offering extra-hospital attendance in some regions, slow and inconsistent evolutions of the indicators from 2003 to 2006 towards the National Policy of Mental Health.*

**KEYWORDS:** *Mental Health; Health evaluation; Health indicators*

\*Projeto do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo financiado por convênio FAPESP – CNPq – SUS – Processo 2005/58542-7.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta resultados parciais de um projeto maior, 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, identificando-se as principais dificuldades encontradas nos processos de pactuação e regionalização das ações de saúde nas linhas de cuidado de Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde Mental, com a finalidade de contribuir para a elaboração de instrumentos de gestão voltados a garantir a integralidade da atenção à saúde.

O presente estudo refere-se especificamente a análises relativas à linha 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 (BRASIL, 2005A). No entanto, segundo dados apresentados no site do Ministério da Saúde, apenas 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado à saúde mental (BRASIL, s/d).

Esses índices passam a ser mais expressivos conforme a população e a metodologia estudada. Maragno, Goldbaum, Gianini *et al.* (2006), por exemplo, encontraram no município de São Paulo índices de casos suspeitos de transtornos mentais comuns superiores a 20%, sobretudo em mulheres, idosos e pessoas de baixa renda e baixo nível de escolaridade. Medeiros, Ferreria Filha e Viana (2006), ao fazer uma revisão de estudos epidemiológicos a respeito de transtornos mentais comuns, relatam também pesquisas que trazem índices de prevalência ao redor

de 20% e, maiores ainda do que esse, entre as classes sociais mais baixas.

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 (BRASIL, s/d). Segundo o relatório da 60ª Conferência Mundial de Saúde (OMS, 2007), o uso prejudicial de álcool é considerado o quinto fator de maior risco para morte prematura e incapacidade no mundo. Estimativas de 2002 revelam que pelo menos 2.300 mil pessoas morreram no mundo por causas relacionadas ao álcool – o que corresponde a 3,7% da mortalidade global (6,1% em homens e 1,1% em mulheres). O impacto do consumo de álcool é maior nos grupos mais jovens, com 5% das mortes de pessoas abaixo de 60 anos de idade atribuídas a esse fator (OMS, 2007).

A Organização Mundial da 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). O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2005, revela, em relação ao Levantamento de 2001, crescimento de uso, durante a vida, de maconha, solventes, cocaína, crack, estimulantes, benzodiazepínicos e barbitúricos. Quanto ao tratamento para uso de álcool e outras drogas, comparando-se os dados desses dois levantamentos, constata-se uma diminuição do número de entrevistados que relataram ter recebido tratamento: 4% em 2001 e 2,9% em 2005 (CEBRID, 2005).

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 Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental*

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil acompanha o Movimento da Reforma Sanitária, que ocorreu desde meados da década de 1970, coincidindo com os movimentos que buscavam a redemocratização do país. O Movimento da Reforma Psiquiátrica, assim como o Movimento Sanitário, defendem mudanças nos modelos de atenção à saúde, equidade na atenção à saúde e participação de usuários e trabalhadores no processo de gestão.

Compatibiliza-se com a luta pela conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), mas tem uma história própria inserida no movimento internacional na busca pela superação do modelo asilar. A Reforma Psiquiátrica brasileira extrapola os serviços de saúde e se configura como:

*[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005A, p. 6).*

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. Esse movimento passa a denunciar a privação de liberdade e a violação dos direitos humanos nos manicômios, os interesses financeiros envolvidos na assistência à saúde mental da época, criticando o modelo hospitalocêntrico de atenção. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria passa a

inspirar um novo modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005A).

Em 1987 ocorre a 1ª Conferência de Saúde Mental e o MSTM lança o lema que marca, até hoje, a luta antimanicomial: “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado entra no Congresso Nacional com um projeto de lei 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) e surgem as primeiras normas regulamentando os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS).

Na esfera federal, apenas em 2001 foi 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 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), um novo impulso ao processo de Reforma Psiquiátrica. Criam-se linhas específicas de financiamento para a atenção em saúde mental. Multiplicam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios brasileiros e é instituído o 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 (SRT) para os egressos que não têm possibilidade ou desejo de morarem sozinhos ou com seus familiares (BRASIL, 2005A).

Segundo a Coordenadoria da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, no estado de São Paulo, em 2007, havia 58 hospitais psiquiátricos (25% dos leitos do Brasil), com 13 mil

leitos, sendo 50% deles ocupado por moradores (6.556 pessoas), além de 178 CAPS cadastrados (BICHAF, 2007). Dos leitos psiquiátricos, havia, em 2008, apenas 482 em hospitais gerais (SANT'ANNA; IWASSO, 2008). Dados do CNES (DATASUS) indicam que havia, em fevereiro desse mesmo ano, apenas 35 Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados no estado de São Paulo. Para uma população de 41 milhões de pessoas, tais números mostram-se claramente insuficientes.

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) apresentam-se dados sobre a questão, relatando que São Paulo ocupa o 17º lugar no *ranking* dos estados em termos de número de CAPS por 100 mil habitantes.

Tais dados demonstram que falta ainda avançar muito para a real implantação do novo modelo de atenção. Vale destacar que a Política Nacional de Saúde Mental estabelece que “As ações de saúde mental [...] devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento”. (BRASIL, 2004, p. 1).

São princípios fundamentais da Política Nacional de Saúde Mental: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade; interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania e construção da autonomia possível para os usuários e atenção aos familiares.

### *A política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*

A Política de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde segue os mesmos princípios da Reforma Psi-

quiátrica. Semelhante à forma como se tem tratado a loucura na sociedade, o tema da drogadição, historicamente, “vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de ‘tratamentos’ inspirados em modelos de exclusão dos usuários do convívio social” (BRASIL, 2004, p. 8).

No documento *Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (BRASIL, 2004), propõe-se que tal política deva envolver outros programas do Ministério da Saúde, bem como ações interministeriais, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando-se a participação intersetorial.

O documento reafirma que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde, que vem sendo abordado predominantemente como de ordem médica, mas que tem claras implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas. No relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002) ratifica-se que prevenir a dependência e tratar os dependentes químicos compete à esfera da Saúde Pública. Essa visão inclui a importância de atuação em rede de serviços, que “cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida” (BRASIL, 2004, p. 12).

Introduzindo a importância da política de redução de danos, o documento da Política de Álcool e Drogas alerta para a disseminação de uma cultura de combate às drogas, que nem sempre tem trazido resultados positivos, e problematiza a questão da abstinência como o único objetivo do tratamento. 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 inter-ssetoriais, monitorar 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 transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, buscando oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva aos dependentes químicos dentro da lógica da redução de danos; dar acolhimento e cuidado aos familiares; promover ações preventivas e de reinserção social dos usuários, utilizando recursos da comunidade; minimizar a influência de fatores de risco para o consumo de drogas; trabalhar no sentido de diminuir o preconceito em relação ao usuário de substâncias psicoativas.

### *Perspectiva e objetivos*

Apresentaram-se, acima, propostas governamentais de atenção aos portadores de sofrimento psíquico e aos usuários de álcool e outras drogas. Entretanto, tais propostas ainda estão longe de serem totalmente concretizadas. Entendemos que é necessário avaliar e monitorar a implantação de tais políticas. Conforme apontam Almeida e Escorel (2001), o processo de avaliação das ações de saúde mental é fundamental para se detectarem avanços na superação do modelo tradicional hospitalocêntrico. Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação em saúde:

*[...] tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e*

*resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.* (BRASIL, PNASS/DATASUS).

A avaliação em saúde tem, ainda, por finalidade “colaborar no planejamento, programação e tomada de decisões referentes às ações dos serviços” (OMS, 2000).

Uma das formas de monitoramento e avaliação é realizada a partir da análise de indicadores de Saúde. Nessa medida, este estudo objetiva avaliar a implantação de políticas governamentais de atenção aos portadores de sofrimento psíquico e aos usuários de álcool e outras drogas por meio da análise de alguns indicadores de Saúde disponíveis nos sistemas de informações conhecidos.

Evidentemente, considera-se que, se não forem seguidos os princípios estabelecidos para uma adequada política de atenção em saúde mental, a assistência nessa linha de cuidado fica altamente segmentada e prejudicada. Poucos estudos têm sido dedicados à análise do funcionamento da rede de serviços em saúde mental. Por esse motivo surgiu a proposta do presente trabalho que, mais especificamente, buscou: retratar a situação da assistência em saúde mental em cinco regionais do Estado de São Paulo no ano de 2003 e investigar a evolução da implantação da Política Nacional de Saúde Mental de 2003 a 2006, por meio de indicadores de saúde apresentados no sistema oficial de dados DATASUS.

## MÉTODOS

As unidades de análise do estudo foram as Regionais de Saúde do estado de São Paulo<sup>1</sup>. Ao iniciar o projeto

<sup>1</sup> Com a reforma administrativa realizada no final do ano de 2006 no âmbito da gestão estadual, as unidades regionais estaduais receberam outra denominação: Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Ao iniciar o projeto de pesquisa, havia 24 DIR; com a reforma, passaram a existir 17 DRS.

de pesquisa havia 24 DIR (Direção Regional de Saúde). Dessas, foram selecionadas para estudo cinco Regionais, de acordo com os critérios estabelecidos a seguir. O agrupamento das DIR se deu a partir de: o esforço gestor para o referenciamento, a capacidade instalada (oferta) de saúde em cada Regional e o cenário socioeconômico em que gestores e serviços de saúde operam.

### *Crítérios para classificação das DIR*

O esforço gestor e a oferta de serviços foram avaliados por um questionário preenchido pelos gestores regionais, com questões que dimensionavam (A) a capacidade de articulação entre gestores e entre esses e os prestadores e (B) a oferta de serviços na região (para maior detalhamento das questões, ver Anexo 1).

Quanto ao 'esforço gestor para o referenciamento', levantaram-se informações sobre a (A1) capacidade de articulação entre os gestores, (A2) o esforço efetivo para o referenciamento, (A3) a ocorrência de instâncias de articulação entre gestores e segmentos SUS, (A4) a quantidade e qualificação do pessoal envolvido no referenciamento e (A5) o uso efetivo de informações para o referenciamento. Cada sub-item do determinante principal gerou um escore entre zero e um, que dimensionou a atuação da região de saúde naquele componente. O escore do determinante A foi calculado a partir da média aritmética dos escores dos sub-itens de A. O mesmo cálculo foi efetuado para dimensionar o determinante B, a partir de seus sub-itens constitutivos: (B1) capacidade instalada, (B2) oferta através do referenciamento vigente e (B3) papel dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Para dimensionamento do Determinante (C) cenário socioeconômico, foi escolhido o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), que varia entre um e cinco, sendo 1 (um) o escore que representa a realidade de melhor desenvolvimento econômico e humano.

Para empregá-lo na análise, inverteu-se o sentido de sua valoração, já que na sistemática adotada, quanto maior o escore, melhor a situação encontrada.

A partir desses critérios, as DIR 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 Mogi 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*

Os indicadores selecionados para a primeira análise da linha de cuidado de saúde mental, com base no ano de 2003, foram:

- número de atendimentos em psicologia, consultas de psiquiatria, grupos educativos em saúde mental e terapia de grupo (MS/DATASUS/SIA);
- hospitalização por abuso de álcool, internação por transtornos mentais devido a álcool e drogas (SIH/SUS: movimento de AIH).

Os indicadores de hospitalização por abuso de álcool e de internação por transtornos mentais devido a álcool e drogas foram somados e agrupados em um só índice: hospitalização devido ao abuso de álcool e outras drogas.

Uma segunda análise referiu-se a séries históricas de evolução dos indicadores durante cinco anos. Para tanto, foram utilizados os seguintes indicadores de 2002 a 2006: internações por transtornos mentais e comportamentais em geral (CID-10, Grupo V), internações devido ao álcool e a outras substâncias psicoativas (SIH/SUS, DATASUS), consultas psiquiátricas e terapias de grupo (SIA/SUS, DATASUS). Para efeito comparativo, computou-se, ainda, o número de leitos psiquiátricos, de CAPS e de psicólogos e psiquiatras de cada DIR nos anos de 2002 e 2006 (CNES, DATASUS).

Todos os dados foram relativizados em função da população residente nos respectivos anos de apuração

dos dados e nas DIR selecionadas e os índices, calculados por 10 mil habitantes.

No decorrer do trabalho, tornou-se necessário calcular o índice de evasão das internações entre as DIR. Para tanto, foram analisados os dados de internação por local de residência e de ocorrência de acordo com o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no ano de referência de 2006. Para avaliar o percentual de evasão de internações de uma Direção Regional para outra, escolheram-se os indicadores de internações por transtornos mentais severos e aqueles provenientes do uso problemático de álcool e outras drogas. Para cada regional e evento analisado, calculou-se a porcentagem de evasão, dividindo o número de internações ocorridas fora da regional pelo total de internações registradas na região de determinada DIR e multiplicando-se o resultado por 100.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra o desempenho dos principais indicadores de atendimento ambulatorial e de internações nas DIR estudadas. Em relação às proporções esperadas

**TABELA 1** – Indicadores de Saúde Mental nas Direções Regionais de Saúde estudadas, em relação a 10 mil habitantes/ano (2003)

DIR	Atendimento psicológico	Consultas psiquiátricas	Terapia grupo	Grupo educativo em Saúde mental	Hospitalização por álcool e drogas	Internação por transtornos mentais	Leitos psiquiátricos
Campinas	1.102,64	441,72	353,31	19,19	17,08	48,38	2,66
Piracicaba	843,64	353,18	58,59	61,42	19,34	63,19	7,65
São José do Rio Preto	934,45	579,77	53,74	37,86	9,74	60,64	4,00
Mogi	236,87	322,64	40,97	10,68	1,68	13,01	0,16
São José dos Campos	646,23	449,55	89,88	10,05	13,40	48,33	3,06

Fonte: SIA e SIH/ SUS e CNES

DIR: Direção Regional de Saúde

(maior número de atendimentos extra-hospitalares e menor número de internações) observa-se pouca uniformidade quando se comparam indicadores de diferentes Regionais.

Examinando os dados de assistência ambulatorial, tanto em relação aos indicadores de atendimento psicológico quanto aos de consultas de psiquiatria, destacam-se as DIR Campinas e São José do Rio Preto. Na modalidade terapia de grupo, salienta-se o desempenho da região de Campinas e, em grupos educativos em saúde mental, a região de Piracicaba. A DIR Mogi destaca-se pelo baixo número de internações, proporcional à oferta de leitos psiquiátricos.

Para avaliar melhor a classificação das DIR em relação aos indicadores, atribuímos postos a cada uma (Tabela 2) de acordo com o seguinte critério: considerando que o número de atendimentos ambulatoriais reflete preocupação maior com a prevenção e integração social do usuário do sistema, os primeiros postos foram atribuídos aos maiores índices; em relação às internações, o raciocínio inverso foi aplicado: primeiro posto para a região com o menor número de internações. Calculando-se o posto médio em atendimento ambulatorial, temos do maior para o menor posto, respectivamente, as DIR Campinas, São José do Rio Preto, Piracicaba,

São José dos Campos e Mogi das Cruzes. Acreditamos que esse seja um bom indicador do esforço gestor e da oferta de serviços em saúde mental.

Em relação às internações, temos uma situação diferente: o primeiro posto cabe a Mogi e o último, a Piracicaba. Entretanto, convém notar que esses índices estão associados à oferta de leitos psiquiátricos, sendo que, entre as regiões estudadas, a DIR de Piracicaba é a que abriga o maior número de leitos psiquiátricos por habitante. De acordo com Barros e Bichaff (2008), no município de Araras, em 2008, concentravam-se 538 moradores em apenas um hospital psiquiátrico – o maior número de moradores em hospital encontrado no Estado de São Paulo. Diante desses dados, poderíamos supor que as regiões de saúde com menor oferta de leitos estão efetivamente internando menos usuários. Talvez, em parte, tal situação seja verdadeira. Contudo, para se ter uma real dimensão do fenômeno, é necessário verificar os índices de evasão de internações de uma DIR para outra.

Os percentuais de evasão de internações por transtornos mentais entre as DIR em 2006 foram: Campinas = 2,5; Piracicaba = 1,0; São José do Rio Preto = 0,5; Mogi = 30,0; São José dos Campos = 1,0. Os percentuais de evasão de internação por álcool e drogas foram: Campinas = 1,0;

**TABELA 2** – Classificação em postos das Direções Regionais de Saúde por indicadores (1 corresponde ao melhor e 5 ao pior indicador)

DIR	Atendimento psicológico	Consultas psiquiátricas	Terapia grupo	Saúde Mental	Média ambulatorial	Hospitalização por álcool drogas	Internação transtorno mental	Média de internações
Campinas	1	3	1	3	2,0	4	3	3,5
Piracicaba	3	4	3	1	2,75	5	5	5
São José do Rio Preto	2	1	4	2	2,25	2	4	3
Mogi	5	5	5	4	4,75	1	1	1
São José dos Campos	4	2	2	5	3,25	3	2	2,5

DIR: Direção Regional de Saúde



Piracicaba = 0,2; São José do Rio Preto = 0,2; Mogi = 24,0; São José dos Campos = 0,2 (SIH/SUS).

Observa-se que os maiores índices de evasão encontram-se na DIR Mogi, o que confirma a hipótese segundo a qual a oferta de leitos condiciona em parte o número de internações. Contudo, Barros e Bichaff (2008) encontraram que grande parte dos moradores de hospital psiquiátrico eram provenientes de outras DRS – fato que não está refletido nos dados oficiais de evasão. Como os dados das Tabelas 1 e 2 foram baseados em locais de residência, pode-se supor que nem sempre os dados registrados sejam fiéis à realidade. Em outras palavras, é possível que sejam utilizados endereços que não correspondem ao verdadeiro local de moradia dos usuários e, ainda, que se tenham considerado os moradores de hospitais psiquiátricos como residentes nos municípios em que se localizam.

Alguns dados chamam a atenção por sua diversidade e inconsistência. Por exemplo, o grande número de atendimentos psicológicos, psiquiátricos e terapias em grupo realizados na DIR Campinas não se adequa ao nível relativamente alto de internações, praticamente idêntico ao da DIR São José dos Campos, que está em penúltimo posto na média de atendimentos extra-hospitalares, muito embora ocupe o segundo posto em número de consultas psiquiátricas e de terapias de grupo.

Essas considerações nos induzem a pensar que não é tão direta a relação entre a categorização de esforço gestor e de oferta de serviços – tal como estabelecido inicialmente neste estudo – e os resultados observados na linha de cuidado de saúde mental. Regiões geográficas com mediano nível de desenvolvimento socioeconômico não apresentam, necessariamente, produção mais baixa de atendimentos em saúde, da mesma forma que uma elevada capacidade de gestão em saúde não corresponde, necessariamente, a um alto nível de atendimento.

Os dados apresentados acima são de 2003, quando ainda era recente a lei 10.216 (BRASIL, 2001). Procuramos, então, analisar como foi a evolução dos indicadores a partir de 2002, ano subsequente à promulgação da lei. Para tanto, optamos por avaliar o comportamento dos seguintes indicadores, de 2002 a 2006: internações por transtornos mentais e comportamentais em geral, internações por álcool e outras substâncias psicoativas, consultas psiquiátricas e terapias de grupo.

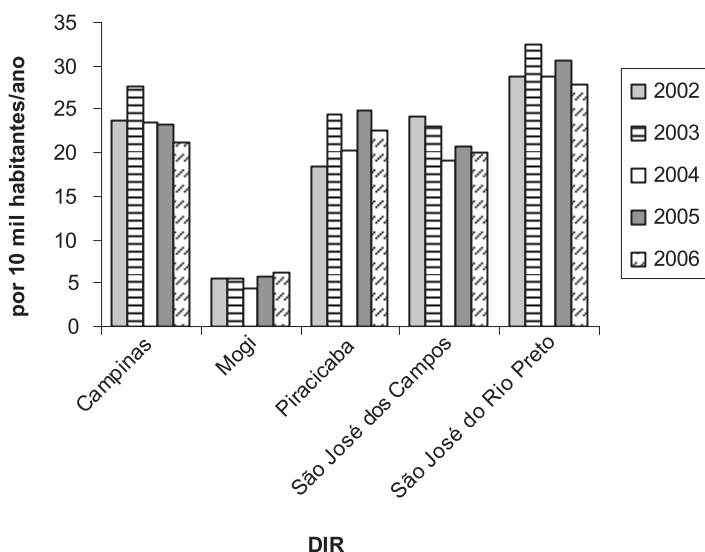
Os dados representados na Figura 1 indicam que, com exceção da DIR Mogi, houve um ligeiro decréscimo das internações psiquiátricas em geral, mais claro na DIR Campinas, seguida das regiões de São José do Rio Preto e São José dos Campos, o que representa um esforço gestor no sentido da redução de internações preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental. Quanto às demais internações (Figura 2), constata-se que, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que houve decréscimo nas internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool, houve um crescimento das internações por uso de outras drogas psicoativas. Tal dado pode indicar que o tratamento ambulatorial para abuso de álcool tem sido mais efetivo em razão, possivelmente, da atuação dos CAPS ad, enquanto as intervenções sobre os transtornos advindos do uso de outras drogas, também objeto de tratamento em CAPS ad, não têm dado conta da demanda no âmbito extra-hospitalar. 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. Com efeito, como já relatamos, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado pelo CEBRID em 2005, revela, em relação ao Levantamento de 2001, um crescimento de uso durante a vida de maconha, solventes, cocaína, crack e estimulantes. O aumento de internações pelo uso de substância psicoativas pode ainda dever-se a uma maior visibilidade desses casos,

em razão da disseminação de informações a respeito de encarar a drogadição como problema de saúde passível de tratamento.

No que concerne ao atendimento extra-hospitalar, representado pelas consultas de psiquiatria e terapias

de grupo (Figura 3), os dados são menos consistentes e mais variáveis. Na maior parte das DIR, observa-se um crescimento nas terapias em grupo de 2002 para 2006, ainda que não seja consistente, com exceção do que ocorre na DIR São José do Rio Preto, onde vem ocorrendo

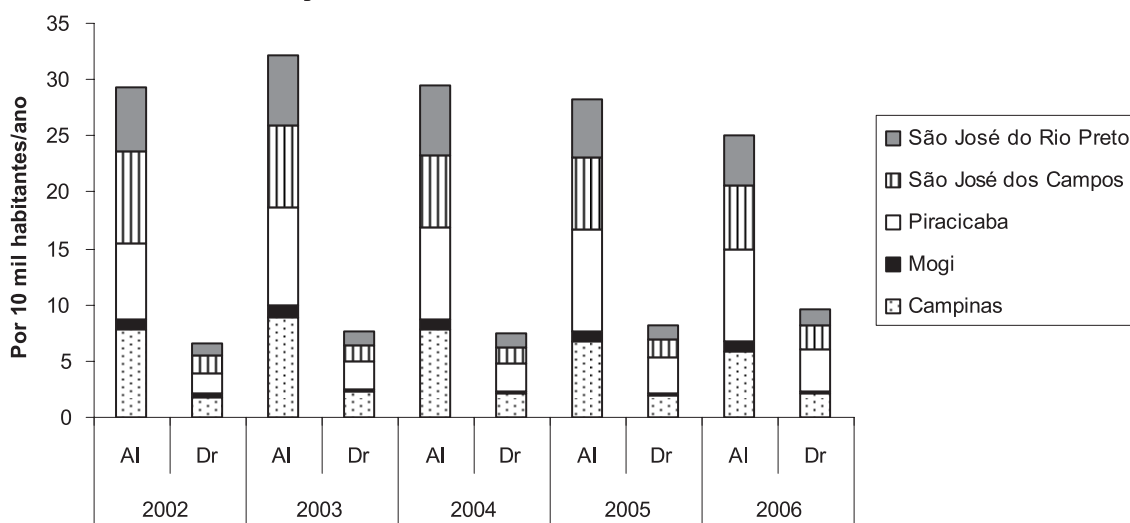
**FIGURA 1** – Internações por transtornos mentais nas Direções Regionais de Saúde estudadas, de 2002 a 2006, por 10 mil habitantes/ano



Fonte: SIH/SUS

DIR: Direções Regionais de Saúde

**FIGURA 2** – Internações por transtornos mentais devidos ao álcool e a outras drogas nas Direções Regionais de Saúde estudadas de 2002 a 2006 por 10 mil habitantes/ano



Fonte: SIH/SUS

Al: transtornos mentais devidos ao álcool; Dr: transtornos mentais devidos a outras drogas

um crescimento constante desse tipo de atendimento. Mantém-se a grande superioridade do número de terapias de grupo na DIR Campinas, indicando que provavelmente há, nessa DIR, valorização e investimento nessa modalidade de atendimento. Em relação ao número de consultas psiquiátricas, embora se verifique ligeiro crescimento a partir de 2004, há, também, oscilações de um ano para outro. Tais dados podem indicar que não houve grande investimento na expansão da rede ambulatorial em nenhuma das DIR estudadas.

Procuramos, então, averiguar a evolução de recursos disponíveis no CNES/DATASUS que pudessem ser mais representativos da atenção extra-hospitalar em Saúde Mental. Para isso, escolhemos os anos de 2002 e 2006. Tais dados, representados na Tabela 3, revelam, de maneira geral, que houve crescimento do número de CAPS, psicólogos e psiquiatras de 2002 a 2006. Constatam-se, novamente, algumas inconsistências. O crescimento mais expressivo do número de CAPS deu-se nas DIR de Campinas e Piracicaba. Houve maior crescimento do número de psicólogos nas DIR Campinas, São José do Rio Preto e São José dos Campos, enquanto o número de psiquiatras aumentou sensivelmente e o número de leitos psiquiátricos apresentou ligeiro decréscimo em todas as DIR estudadas.

Comparando o crescimento de recursos de atendimento extra-hospitalar (Tabela 3) ao número de atendimentos (Figura 3), também se verificam inconsistências. Era de se esperar, por exemplo, que aumentasse o número de consultas de psiquiatria e de terapias de grupo na DIR Campinas, proporcionalmente ao crescimento de recursos – o que não se observa nos resultados. Fenômenos semelhantes se constatarem em outras DIR, notadamente em São José dos Campos, onde o aumento de profissionais não se reflete na produção. A DIR São José do Rio Preto apresenta maior coerência entre os dados de recursos e de produção. Os resultados observados nas cinco DIR podem indicar certa imprecisão no registro de informações por parte de algumas regionais ou – o que não nos parece provável – que, mesmo com o aumento de recursos, tenha-se mantido a oferta de serviços. Confirma-se a maior adequação dos dados na DIR São José do Rio Preto, vista neste estudo como representativa do Grupo III, o que reforça a hipótese de que, provavelmente, não há relação direta entre a produção da rede e o nível de esforço gestor, oferta de serviços de saúde e condições de vida e riqueza regional.

Dentre as dificuldades de gestão do Sistema de Saúde, Guimarães, Amaral e Simões (2006) referem-se

**TABELA 3** – Número de Centros de Atenção Psicossocial, leitos psiquiátricos, psicólogos e psiquiatras nas Direções Regionais de Saúde estudadas em 2002 e 2006

DIR	CAPS		Psicólogos		Psiquiatras		Leitos	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Campinas	0,05	0,10	1,08	1,60	0,65	1,02	2,68	2,46
Piracicaba	0,02	0,07	1,60	1,44	0,64	0,79	7,77	7,17
São José do Rio Preto	0,01	0,02	1,48	1,90	0,64	0,83	4,08	3,63
Mogi	0,01	0,01	0,75	0,73	0,34	0,45	0,16	0,14
São José dos Campos	0,07	0,07	0,75	3,22	0,59	0,87	3,30	3,05

Fonte: CNES, com exceção de CAPS 2002: SIA/SUS

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

àquelas advindas da atomização dos serviços em função da disseminação de municípios de pequeno porte. Os autores referem-se, ainda, a disparidades entre a disponibilidade de recursos físicos e humanos devido a questões de organização dos serviços de saúde. Tal fato poderia explicar, em parte, os dados do presente trabalho que mostram que o crescimento de número de CAPS (Tabela 3) não corresponde inequivocamente ao aumento do número de profissionais, como é especialmente o caso das DIR de Piracicaba e São José dos Campos. A DIR Mogi, que representa o agrupamento categorizado por níveis medianos de esforço gestor e oferta de serviços, dentre as Regionais estudadas, apresenta menor produção na área de saúde mental e menor número de psicólogos e psiquiatras.

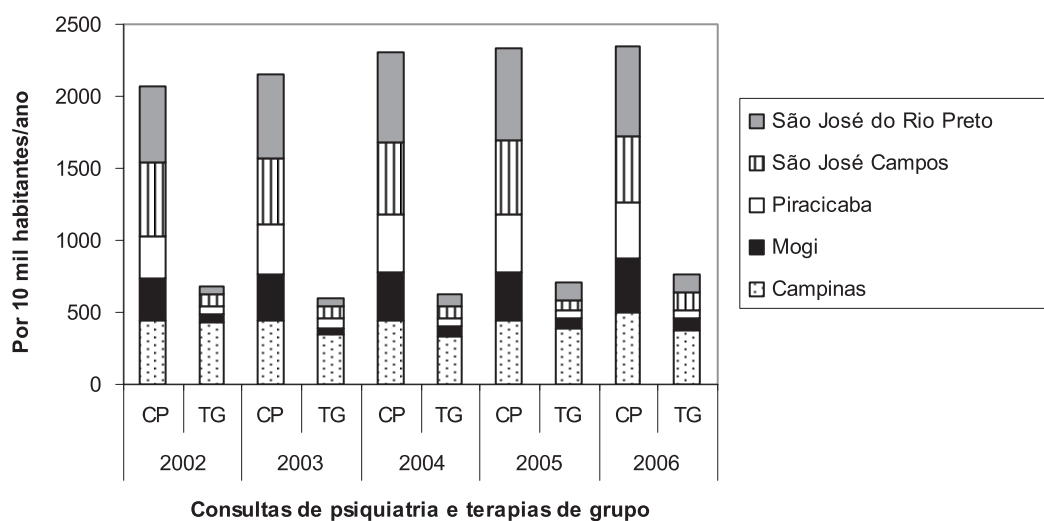
A questão da oferta de serviços de saúde remete-nos, ainda, às condições de acesso a esses serviços e à sua capacidade de utilização que, ao que indicam os dados, diferem de uma região para outra. Não basta haver oferta para que haja facilidade de acesso e efetiva utilização dos serviços.

*O conceito de acesso a serviços de saúde é um conceito complexo que explica o grau de ajustamento entre as necessidades dos usuários e a oferta desse tipo de serviço. (PALERMO; PORTUGAL; SOUZA, 2005, p. 3).*

Assim, a DIR Campinas, por exemplo, apesar de dispor de recursos humanos equivalentes aos das DIR Piracicaba e São José do Rio Preto, parece oferecer maior acessibilidade a atendimentos de psicologia e de terapia de grupo do que as demais.

Outro fato que explicaria as disparidades entre recursos físicos, humanos e número de atendimentos diz respeito à qualidade dos serviços prestados. Diversos trabalhos (BRASIL, 2005B; WETZEL, 2005; LEÃO; BARROS, 2008) apontam, como fatores que prejudicam os atendimentos na área de saúde mental, a pequena disponibilidade de alguns trabalhadores e a falta de capacitação profissional para atender à população dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Podemos supor que tais fatores operem diferentemente nas diversas regiões.

**FIGURA 3** – Consultas de psiquiatria e terapias de grupo nas Direções Regionais de Saúde estudadas, de 2002 a 2006, por 10 mil habitantes/ano



CP: consultas de psiquiatria; TG: terapia de grupo

Fonte: SIA/SUS

## CONCLUSÕES

Pelo comportamento dos indicadores analisados neste estudo, verificou-se que, de forma geral, de 2002 a 2006, a proposta de mudança no modelo de atendimento em saúde mental não repercutiu significativamente produção da rede substitutiva nem na redução das internações psiquiátricas no estado de São Paulo. O grande número de internações ainda presente na maior parte das regiões pesquisadas pode, por um lado, estar relacionado ao grande número de moradores em hospital psiquiátrico – 6.349 – segundo o Censo Psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos (BARROS; BICHAFF, 2008). Segundo os autores do censo, 3.150 moradores desejariam viver fora do hospital e 2.020 foram considerados em condições ótimas para a desinstitucionalização tendo-se em vista indicadores de autocuidado, cidadania e suporte social. Para esses, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o incentivo à adesão ao programa *De volta para casa* seriam a solução preferencial.

Por outro lado, o grande número de internações pode estar relacionado à persistência de modelos tradicionais de atenção, centrados na assistência hospitalar, e à falta de implantação de dispositivos e práticas substitutivos.

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 da transformação do modelo de atenção sejam lentos e graduais, e apenas 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. Contudo, como comentam Wetzel (2005) e Leão e Barros (2008) e como se constata no relatório de avaliação das ações

de atenção à saúde mental, realizada por auditoria do Tribunal de Contas da União em 2005 (BRASIL, 2005), persistem ainda, inclusive entre os profissionais de Saúde Mental, fortes resquícios do modelo hospitalocêntrico nos serviços substitutivos.

Wetzel (2005), estudando um CAPS do Estado de São Paulo, observou que ainda não está claro para os profissionais da instituição o objeto do trabalho, pois seu discurso oscila entre os princípios da reforma psiquiátrica e a tendência a reproduzir no CAPS o espaço de isolamento e cronificação do hospital psiquiátrico. A autora relata, ainda, que o referido CAPS não está preparado para acolher e responsabilizar-se pelos usuários durante as crises, “naturalizando” o encaminhamento para o hospital psiquiátrico.

Leão e Barros (2008), ao estudarem as representações sociais dos profissionais de Saúde Mental sobre práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos, constataram que o momento de transição de paradigma reflete-se no discurso dos trabalhadores da área que ainda conservam concepções do modelo psiquiátrico tradicional, ao lado das novas perspectivas de atenção baseadas no modelo psicossocial.

A avaliação das ações de atenção à Saúde Mental solicitada pelo TCU (BRASIL, 2005B) constatou, também, diversos problemas como: falta de estrutura física de alguns CAPS, ausência de integração entre os CAPS e a Atenção Básica, não-adesão ao modelo de atenção à saúde mental por parte dos gestores municipais e falta de capacitação dos profissionais. Entretanto, apesar de todos esses problemas, os usuários de CAPS entrevistados consideraram-se bastante satisfeitos com o atendimento.

Verifica-se que há, ainda, necessidade de muito esforço em direção à implantação da proposta de atendimento em rede – que, além da criação de novos dispositivos e da disseminação/aceitação das propostas da Reforma Psiquiátrica, prevê o bom funcionamento



dos mecanismos de referenciamento e contra-referenciamento, intercomunicação entre os serviços e atuação interdisciplinar e intersetorial.

É necessário destacar alguns pontos fundamentais quando se trata de estabelecer e analisar indicadores de saúde 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 ocasionar conclusões errôneas que levem 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. 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 de indicadores que possam refletir melhor a realidade dos atendimentos. O uso de indicadores deve contribuir para estabelecer e rever metas, recursos e processos de trabalho com a direcionalidade necessária para atender aos projetos terapêuticos e às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, documento das oficinas e seminários sobre atenção básica em saúde mental, promovidos pelo Ministério da Saúde, OPAS e ABRASCO (BRASIL, 2003) propõe que se acrescentem aos existentes alguns indicadores, dentre os quais consideramos de especial relevância: (1) atenção, na rede básica, a pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool, expressa em termos de percentual de pessoas acompanhadas por faixa etária e sexo; (2) o mesmo indicador para pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de outras drogas; (3) número de pessoas com transtornos mentais leves e severos atendidas na rede básica por faixa etária e sexo;

(4) percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo. Apontamos, ainda, a importância de outros indicadores, como: (5) internações em leitos psiquiátricos em hospital geral por diagnóstico, tempo de permanência, faixa etária e sexo; (6) número de profissionais de nível médio e superior lotados nos equipamentos de atenção à saúde mental por especialidade e tipo de dispositivo (rede básica, CAPS, emergências, ambulatórios, hospitais) e profissão; (7) número de encaminhamentos, com origem e destino, entre serviços da rede (indicador de referenciamento); (8) taxa de adesão/abandono de tratamento por modalidade de atendimento, diagnóstico, sexo e idade dos usuários.

Da forma como estão atualmente agrupados os indicadores, ainda não é possível discriminar atendimentos feitos na esfera da atenção básica e no âmbito dos serviços de média e alta complexidade (CAPS, ambulatórios, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais). Observa-se, contudo, uma tendência a um menor investimento nas ações da atenção básica em detrimento dos CAPS. Tal tendência pode acarretar, como tem acarretado em muitos lugares, que o modelo passe de hospitalocêntrico a 'CAPScêntrico', o que, sem dúvida, não colabora para abolir o estigma da doença mental.

A Portaria do Ministério da Saúde n. 154 de 2008 (BRASIL, 2008) dá um passo tímido em relação à valorização das ações de saúde mental na atenção básica, incentivando equipes de apoio matricial à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, a atenção em saúde mental, que deveria ocorrer em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com base em modelos considerados 'tradicionais', tem sido relegada ao segundo plano, na medida em que não se observam iniciativas no sentido de incrementar ações e equipes de saúde mental na rede básica. O mero exame dos documentos e portarias oficiais atesta a timidez dessas iniciativas em contraste com a robustez do incentivo à criação de CAPS. As di-

versas instâncias governamentais, ao colocarem os CAPS como dispositivos centrais e estratégicos na Política de Saúde Mental (BRASIL, 2003) incorrem no perigo de pôr em risco a integralidade nas ações de saúde e de levar essas ações à segmentação, dando continuidade a uma política que acaba por excluir aqueles que sofrem de transtornos mentais.

Pontuamos, como Wetzel (2005), a necessidade de ter sempre em mente a questão da inserção social, do resgate da autonomia e da identidade do usuário portador de sofrimento mental e de os profissionais de Saúde Mental fazerem um questionamento constante a respeito de sua atuação dentro dessa perspectiva. Leão e Barros (2008) lembram-nos da necessidade de novos discursos e de práticas inovadoras para tratar os transtornos mentais sob outra lógica. Para as autoras, “a explicitação das ideologias presentes nos serviços de saúde mental pode contribuir positivamente para a avaliação e posterior transformação dos discursos” (p. 104) e, conseqüentemente, das práticas.

Nosso trabalho suscita diversas questões que merecem ser mais bem investigadas. Dentre elas ressaltamos: mecanismos de referenciamento; métodos de planejamento, de monitoramento e de avaliação dos serviços; papel das redes de apoio e seu inter-relacionamento com os serviços; percepção de profissionais de saúde e de gestores a respeito da importância da saúde mental e do atual modelo de atendimento; utilização de recursos financeiros para a expansão e adequação da rede substitutiva e para a capacitação dos profissionais.

Como propõem Onocko-Campos e Furtado (2006), o presente estudo denota a importância da aproximação entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental e a necessidade de:

*constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas [...] com investigações [...] potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.* (p. 1054).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: Gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, v. 25, p. 35-47, 2001.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.) *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospital psiquiátricos do estado de São Paulo*. São Paulo: SESSP/FUNDAP, 2008.

BICHAFF, R. *Política de atenção à saúde mental: dimensão interdisciplinar de direitos fundamentais e sociais*. Ministério Público do Estado de São Paulo 30/11/2007. Disponível em [www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao\\_civel](http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao_civel). Acesso em setembro de 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. PNASS. Disponível em <http://pnass.datasus.gov.br>. Acesso em setembro de 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM, n. 154*, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em março de 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. 2003. Disponível em: <http://portaldasaude.gov.br>. Acesso em novembro de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed., revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005A.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. *Avaliação das ações de atenção à saúde mental. programa de atenção à*

*saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos*. Brasília, 2005B.

\_\_\_\_\_. Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/arquivos/>. Acesso em fevereiro de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. (s/d). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em fevereiro de 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Disponível em: <http://portal da saude.gov.br>. (s/d). Acesso em setembro de 2008.

CEBRID/UNIFESP. *II levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005*. Disponível em: <http://www.unodc.org>. Acesso em setembro de 2008.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. (adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990). Disponível em: <http://www.exclusion.net>. Acesso em setembro de 2008.

GUIMARÃES, C.; AMARAL, P.; SIMÕES, R. *Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise multivariada macro regional: Brasil, 2002*. In: XV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, Caxambu, Minas Gerais, 2006. Disponível em [www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006\\_422.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_422.pdf). Acesso em dezembro de 2008.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, n. 17, p. 95-106, 2008.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C.L.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São

Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MEDEIROS, E. N.; FERRERIA FILHA, M. O.; VIANA, R.P.T. Epidemiology of mental health and insanity: a review of literature. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/obj-nursing/>. Acesso em agosto de 2008.

OMS. *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>. Acesso em setembro de 2008.

\_\_\_\_\_. *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](http://www.ias.org.uk/resources/publications). Acesso em novembro de 2007.

OMS/OPAS. *Relatório sobre saúde mental no mundo, 3*. OMS/ONU, 2001. Disponível em: [www.psiqweb.med.br/acad](http://www.psiqweb.med.br/acad). Acesso em fevereiro de 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 22, p. 1053-1062, 2006.

PALERMO, P.U.; PORTUGAL, M.S.; SOUZA, F.H. Um estudo sobre a desigualdade no acesso à saúde na região sul. In: FÓRUM BNB DE DESENVOLVIMENTO; X ENCONTRO REGIONAL DE ECONOMIA DO NORDESTE, 2005, Fortaleza. Anais..., 2005.

SANT'ANNA, E.; IWASSO, S. Faltam leitos para doente mental. *O ESTADO DE SÃO PAULO*, 21 de setembro de 2008, p. 27-29.

WETZEL, C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

## ANEXO 1

*Questões utilizadas para avaliar o esforço gestor para o referenciamento e a capacidade instalada dos serviços de saúde*

Grade de análise do determinante 'esforço gestor para o referenciamento'

- Grau de envolvimento dos gestores municipais
- Tipo de parceria / expectativa dos municípios em relação à DIR
- Esforço concreto/ operacional / efetivo para referenciamento
- Instrumental para referenciamento
- Resultados práticos do referenciamento
- Instâncias de articulação entre gestores e segmentos SUS
- Instâncias para articulação (CIR etc.)
- Envolvimento de usuários e profissionais
- Quantidade e qualificação do pessoal envolvido no referenciamento
- Qualificação do pessoal envolvido e do pessoal total: qualificação do pessoal do Estado; qualificação do pessoal dos municípios
- Usam-se as fontes de informação?
- Os municípios dispõem de instrumentos para dimensionar necessidade e oferta?

Grade de análise do determinante 'capacidade instalada dos serviços de saúde'

- Capacidade instalada (oferta)
- Conhecimento e uso da informação sobre oferta
- Invasão / evasão inter-regionais
- Teto financeiro
- Percentual de oferta / demanda / necessidade / para leitos, consultas de especialidades, exames diagnósticos
- Oferta através do referenciamento atual
- Existência de hospitais
- Efetividade do referenciamento existente
- Percepção da importância de hospitais universitários e filantrópicos
- Efetividade da central de regulação
- Disponibilidade de leitos, consultas e exames através do referenciamento
- Papel dos municípios em GPAB e GPSM
- Participação dos municípios em realizar assistência (oferta) e referenciar

Recebido: Agosto/2008

Aprovado: Janeiro/2009